

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

KELLY FERNANDA GREIN

A SÍFILIS NO ALVO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

LAGES

2018

KELLY FERNANDA GREIN

A SÍFILIS NO ALVO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso vinculado ao Curso de Especialização em Desenvolvimento Regional da Universidade do Planalto Catarinense, apresentado à disciplina de Seminário de Casos Empreendedores para o Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Mirian Kuhnen

Linha de pesquisa: Agenda 21

LAGES

2018

RESUMO

O agente comunitário de saúde exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade por estar em contato mais frequente e próximo à comunidade, tornando-se extremamente importante na prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada entre os meses de outubro e novembro de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Lages - Santa Catarina, identificada como a que mais teve casos notificados de sífilis no ano de 2017. Participaram das ações 10 agentes comunitários de saúde (ACS). Foram realizados três encontros com enfoque em atividades de educação permanente e educação continuada. Na primeira fase, uma reflexão sobre a prática, permitiu realizar um levantamento do conhecimento prévio dos participantes, suas dificuldades e dúvidas referentes ao tema proposto. Na segunda etapa, a educação continuada permitiu um espaço para a retomada de conteúdos e conceitos importantes para a retroalimentação da prática profissional, foi desenvolvida por meio de um estudo dirigido. A avaliação ocorreu no terceiro momento com sugestões e recapitulação dos conteúdos. Percebeu-se que os profissionais participantes da ação apresentavam dúvidas como a maneira de transmissão, sintomas e fases de desenvolvimento da doença. Conclui-se que a ação desenvolvida foi positiva, pois contribuiu para uma atuação profissional mais efetiva dos ACS em sua comunidade, favorecendo o aprendizado no que se refere ao controle e prevenção da Sífilis. A educação permanente mostrou-se ideal na consolidação dessa pesquisa-ação por permitir um aprendizado significativo aos participantes.

Palavras-chave: Sífilis, Agente Comunitário de Saúde, Educação Permanente, Educação Continuada.

SUMÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO	5
1.1 Título	5
1.2 Pesquisadores	5
1.3 Local da Realização da Pesquisa	5
1.4 Público-alvo	5
1.5 Período de execução	5
1.6 Objetivos da proposta	5
2 JUSTIFICATIVA	5
2.1 Sífilis	8
2.1.1 Epidemiologia da Sífilis	10
3 MÉTODO	11
4 RESULTADOS	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	17

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Ação Educativa para Agentes Comunitários de Saúde sobre a Sífilis

1.2 Pesquisadores

Pós-Graduanda: Kelly Fernanda Grein

Orientadora: Mirian Kuhnen

1.3 Local da Realização da Pesquisa

Unidade Básica de Saúde Centenário

1.4 Público-alvo

Agentes comunitários de saúde

1.5 Período de execução

Outubro e novembro de 2018.

1.6 Objetivos da proposta

O presente projeto, tem como objetivo desenvolver a educação permanente de Agentes Comunitários em Saúde (ACS) para atuar como agente de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente da sífilis.

2 JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em 1988, sendo posteriormente implantado nos anos 90 através da criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990). O SUS é um grupo organizado de serviços e práticas de saúde, que coordena e sistematiza medidas para promover e prevenir, reabilitar e recuperar.

Na teoria, os seus princípios são a universalidade, equidade e integralidade. A universalidade diz respeito a assegurar atenção à saúde a todos os cidadãos sem qualquer tipo

de discriminação. Por equidade, define-se a garantia de ações e serviços de todos os níveis de atenção, sendo ela primária, secundária ou terciária, correspondente a complexidade que cada caso requeira, sem privilégio ou barreiras. A integralidade diz respeito a consideração da pessoa como um todo, sanando todas as suas necessidades de acordo com o nível de complexidade, integrando as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (NEVES, ONISHI, PELUSO, 2012).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que trata-se de um instrumento de reorganização e reestruturação do SUS (VIANA; POZ, 2005). Ela é a estratégia de organização da atenção básica mais importante no Brasil, sendo criada para melhorar o estado de saúde da população, através da elaboração de um modelo de assistência mais adequado as necessidades da população.

Possui como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A ESF possui como proposta a troca do modelo tradicional de assistência à saúde, direcionado no modelo biomédico e individual, para a reorganização da prática de assistência, com destaque para a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em perigo.

Entre os objetivos da ESF incluem-se a promoção da família como núcleo básico de abordagem; prevenção de doenças e identificação dos fatores de risco evidenciados à população; disponibilizar atenção integral nas especialidades básicas, a nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar; atendimento a população cadastrada da região, ambulatorial e hospitalar; atender a população cadastrada da região, através do agendamento, possibilitando os atendimentos domiciliares e humanizar o atendimento (BRASIL, 2012). Trata-se de uma estratégia que torna possível integrar e promover a organização dessas atividades em um território definido.

O Sistema Único de Saúde conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos 90, foi instituído e regulamentado em 1997 no âmbito do SUS. O PACS é uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS, tendo como foco a reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, sendo hoje compreendido como uma estratégia da ESF. (BRASIL, 2001)

As principais ações do PACS se dão por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissional que deve residir na própria comunidade e ter conhecimento da realidade

social que o cerca. O ACS tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe e que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe. (BRASIL, 2012).

Cada equipe de Saúde da Família é responsável pelo acompanhamento próximo de um número definido de famílias (no máximo 4.000 habitantes, sendo recomendado 3.000 habitantes), numa área geográfica demarcada. A composição mínima de cada equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é de: um médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico da Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2012)

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (BRASIL, 2012).

O ACS exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais (FORTES; SPINETTI, 2004). Por estar em contato mais frequente e próximo à comunidade o ACS é um profissional extremamente importante na prevenção de doenças e promoção da saúde.

O ACS é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da sua comunidade. (MARTINES; CHAVES, 2007). A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e

enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe” (BRASIL, 2011).

2.1 Sífilis

A Sífilis é uma doença infecciosa crônica, que desafia há séculos a humanidade. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem se mantendo como problema de saúde até os dias atuais.

É uma doença causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum* (*T. Pallidum*), adquirida pelo contato sexual e de origem congênita. Pode ocorrer também por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas, por meio de transfusão de sangue contaminado, via transplacentária. O risco de o parceiro passar a bactéria por meio do ato sexual é estimado em torno de 60% (SARACENI, 2005).

Os estágios da Sífilis é que determinam suas manifestações, que se diferenciam a depender do tempo da infecção, e estão classificados em primária, secundária e terciária, também chamada de tardia.

Na Sífilis Primária, a lesão específica é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação após a infecção, isto em torno de três semanas, surge inicialmente uma pápula de cor rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e exulceração, geralmente é único, indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, as bordas induradas descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolor. Localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

A Sífilis Secundária aparece de quatro a oito semanas depois da lesão primária. Por achar que ficaram curados, na grande parte das vezes, os pacientes não se recordam de ter tido a lesão primária. Normalmente nos casos diagnosticados de sífilis secundária, um quarto da lesão primária ainda existe. O tempo de latência é de 7 a 90 dias após o contágio sexual. Os órgãos atingidos pela doença em atividade afeta a pele e os órgãos internos conduzindo o *T. pallidum* pelo corpo da pessoa contaminada. As manifestações comuns da sífilis secundária são: dor nos olhos, mal-estar, cefaleia, dor óssea, artrite e rouquidão, artralgia, meningismo, erupções no corpo e face. (OLIVEIRA et al., 2007).

A sífilis terciária, também chamada de tardia, pode levar dez, vinte ou mais anos para se manifestar. Apresenta-se como uma doença inflamatória, lentamente progressiva e neste estágio tem grande potencial de evoluir e afetar múltiplos órgãos. É caracterizada por formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, que também podem acometer qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto ósseo. As manifestações mais graves incluem a sífilis cardiovascular e a neurosífilis. (BRASIL, 2010)

Na sífilis congênita pode ocorrer a transmissão vertical da mãe para o feto por via placentária, o *T. pallidum* existente na corrente sanguínea materna ultrapassa a barreira placentária após 16 semanas de gestação e adentra na corrente sanguínea do feto. As causas primordiais que ocasionam maior possibilidade de transmissão encontram-se presentes apenas nos estágios iniciais da patologia, o perigo do feto ser contaminado eleva na infecção recente, por que terão mais treponemas circulantes. Na fase primária e secundária, a taxa de transmissão é de 70% a 100% e aproximadamente de 40% na fase latente tardia. Haverá maior risco de acontecer aborto espontâneo ou morte fetal, havendo a contaminação do feto. Quando a doença se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida é denominada de sífilis congênita precoce e congênita tardia após os dois anos de vida. (SÃO PAULO, 2008).

A sífilis é uma doença curável, o tratamento adequado consiste no emprego da penicilina como primeira escolha e nas doses adequadas. Em situações especiais, como aumento localizado do número de casos, o tratamento profilático poderá ser avaliado.

O objetivo do controle da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos. Evitar a transmissão da doença consiste na detecção e no tratamento precoce e adequado do paciente e do parceiro, ou parceiros. A prevenção de novos casos deverá ter como estratégia a informação para a população geral e, especialmente, para as populações mais vulneráveis (prostitutas, usuários de drogas intravenosas, etc.) sobre a doença e as formas de evitá-la. É importante o aconselhamento ao paciente procurando mostrar a necessidade da comunicação ao parceiro e o estímulo ao uso dos preservativos na relação sexual. A reciclagem constante e continuada das equipes de saúde integra esse conjunto de medidas para prevenção e controle da sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

2.1.1 Epidemiologia da Sífilis

No Brasil, nos últimos cinco anos, observou-se um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados. (BRASIL, 2017)

No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita – entre eles, 185 óbitos – no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observadas as taxas, individualmente para cada estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis em gestantes encontradas no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. (BRASIL, 2017)

No município de Lages, com levantamento em base de dados juntamente a vigilância epidemiológica, verifica-se que no ano de 2017 foram diagnosticados um número total de 580 casos de sífilis. Sendo destes, 76 casos de sífilis congênita, 420 casos de sífilis adquirida e 84 casos de sífilis em gestantes. Explanando os dados observa-se que a maior parte dos casos (232 casos) foram diagnosticados na Vigilância Epidemiológica, e nas UBS foram notificados 154 casos. Dentre as UBS do município, a que apresentou o maior ocorrência foi a UBS Centenário, com 5 casos de sífilis em gestante, 1 caso de sífilis congênita, e 10 casos de sífilis adquirida, totalizando 16 casos no ano de 2017 (LAGES, 2017). Assim, justifica-se o motivo da escolha pelo local de aplicação do projeto, UBS Centenário.

A relevância deste trabalho atribui-se à necessidade de educação permanente para ACS do bairro Centenário, diante da contaminação por sífilis, uma doença sexualmente transmissível, considerada como um problema de saúde pública no país.

3 MÉTODO

O presente projeto caracteriza-se como uma pesquisa-ação. Segundo Koerich (2009), a pesquisa-ação caracteriza-se como um processo empírico que compreende a identificação do problema dentro de um contexto social, o levantamento de dados relativos ao problema e, a análise e significação dos dados levantados. Além da identificação da necessidade de mudança e o levantamento de possíveis soluções, a pesquisa-ação intervém na prática no sentido de provocar a transformação. Coloca-se então, como uma importante ferramenta metodológica capaz de aliar teoria e prática por meio de uma ação que visa à transformação de uma determinada realidade.

A pesquisa-ação permite associar ao processo de investigação a possibilidade de aprendizagem, pelo envolvimento criativo e consciente tanto do pesquisador como dos demais integrantes. A pesquisa-ação na área da saúde é um importante instrumento de educação, investigação e mudança, podendo ser utilizada com diversos grupos: profissionais, gestores, estudantes e população em geral, tanto nas comunidades quanto em instituições (ROLIM, BEZERRA, MENEZES, 2004).

O desenvolvimento do projeto deu-se em 4 etapas:

- 1) Em um primeiro momento foi apresentado o projeto as gestoras da UBS e posterior convite aos ACS anexado ao mural de avisos para participar da ação, esclarecendo que o comparecimento era opcional;
- 2) Encontro 1: realização de levantamento do conhecimento prévio dos ACS e esclarecimento de dúvidas referentes ao tema proposto – roda de conversa;
- 3) Encontro 2: estudo dirigido sobre doenças sexualmente transmissíveis com ênfase na sífilis;
- 4) Encontro 3: encerramento e avaliação da ação proposta.

Após efetivar-se todas as etapas foi realizada a síntese de dados. Em relação ao método de análise, o seu objetivo é organizar e sumariar os dados de uma forma que seja possível fornecer respostas ao problema proposto para a investigação. A interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriores obtidos (GIL, 1999).

4 RESULTADOS

A Unidade Básica de Saúde Centenário atende quatro bairros do município de Lages, sendo São Luiz, Santo Antonio, Morro Grande e Centenário. É constituída por duas equipes de saúde da família, integram esta equipe médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas e técnicos em higiene dental, somam ainda a equipe 12 ACS.

Primeiramente, deu-se a chamada para participar da ação. Foi anexado junto ao mural de avisos da unidade um convite com o tema, dia, horário e ações a serem desenvolvidas. Compareceram aos encontros 10 ACS, sendo o grupo formado por 9 mulheres e somente 1 homem.

Para realização dos encontros a gerência da UBS cedeu a sala de reuniões da mesma, e ocorreram durante o horário de trabalho com duração aproximada de uma hora e meia. Este primeiro momento teve como objetivo a reflexão da prática dos ACS e a sensibilização quanto à problemática da Sífilis no município, principalmente da unidade de atuação. Inicialmente foi realizada uma exposição do projeto e em seguida cada participante realizou uma breve apresentação de identificação, juntamente a tempo de colaboração dentro da UBS.

Após, foi realizada um dinâmica com o objetivo de identificar quais as habilidades e dificuldades sobre o tema de trabalho, a sífilis. Distribuído aos participantes folhas de papel e solicitado que descrevessem todas as suas habilidades, o que sabem, ou suas facilidades com o tema de estudo. Pedido que, ao término de listar as habilidades colocassem o papel em uma caixa, ao centro da sala, identificada como: “Facilidades, Habilidades”. Realizado o mesmo processo com as dificuldades, o que consideram mais difícil no manejo da Sífilis, ou o que consideram ser necessário um estudo mais aprofundado no assunto. Colocado os papéis em outra caixa nomeada como: “Dificuldades, Dúvidas”.

Dando continuação a atividade, redistribuído aleatoriamente os papéis da primeira caixa, sobre as habilidades do grupo, onde cada participante leu o papel recebido. No decorrer da leitura, foram listadas as potencialidades do grupo, abrindo espaço para discussão, dúvidas, acréscimos e correções. Assim, foi possível identificar e expor ao grupo o conhecimento prévio relacionado à sífilis. Posteriormente, entregue as anotações referentes a dificuldades, onde foi realizada a leitura.

Com a realização da roda de conversa, foi possível discutir todos os pontos levantados pelos ACS e, analisando as habilidades listadas anteriormente na sensibilização, procurou-se

apontar possíveis soluções. A seleção roda de conversa ocorreu por permitir a interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa. Por ser uma espécie de entrevista de grupo, isso não significa que se trata de um processo diretivo e fechado em que se alternam perguntas e respostas, mas uma discussão focada em tópicos específicos na qual os participantes são incentivados a emitirem opiniões sobre o tema de interesse (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Os participantes apontaram apresentar muitas dúvidas quanto à doença como a sua forma de transmissão, sintomas/aspecto das feridas e fases de desenvolvimento da doença. Os ACS referiram já ter participado de capacitações abordando a temática da Sífilis, porém, segundo eles, a metodologia utilizada não surtiu em um aprendizado significativo, evidenciando-se a dificuldade de trabalhar a temática junto à população.

Ao final desse primeiro encontro, efetivou-se a dinâmica do pirulito que busca transmitir uma mensagem sobre o trabalho em equipe, sobre como é importante ajudar o próximo em todos os ambientes, inclusive no ambiente de trabalho; enfatizando que os ACS têm uma ligação extremamente importante com a comunidade que atua, tornando-se um agente de promoção de saúde.

Considerando o que foi discutido no primeiro contato com os ACS, sobre as potencialidades e fragilidades no contexto da Sífilis, foi elaborado para o encontro seguinte, um estudo dirigido, abordando tipo e fase de evolução da doença. Destaca-se que a utilização de estudos dirigidos procura o desenvolvimento do processo reflexivo, da análise crítica, em vez da memorização de uma quantidade de informações (VEIGA, 2007).

Com o relato dos ACS sobre capacitações já recebidas, evidencia-se que estas, quando realizadas, têm maior enfoque na Sífilis Congênita devido à gravidade e sequelas que podem trazer ao bebê. Realmente esta é uma das evoluções mais grave da doença, porém, vale salientar que para o desenvolvimento deste estágio, o (a) paciente já é portador da Sífilis Adquirida, daí a importância do estudo de todas as evoluções da Sífilis.

Outro ponto discutido diz respeito ao tratamento, os participantes expuseram que, mesmo recebendo o tratamento completo pela UBS, muitos portadores da doença não realizam a terapêutica indicada. Como motivos para não seguir o tratamento foram destacados o 'medo da injeção', por ter que suspender temporariamente o uso de álcool e outras drogas e, por ter que contar ao companheiro sobre seu diagnóstico. Utilizando-se do elo de confiança que possuem com cada usuário da sua área de atuação, o papel do ACS no tratamento pode ser muito importante, esclarecendo as consequências da não realização e orientando a forma

correta de seguir com o tratamento. Trabalhado também a questão do tratamento do parceiro que é essencial para que ocorra a interrupção da transmissão da doença e se evite a reinfeção.

Seguindo para o último encontro, realizou-se uma dinâmica com objetivo de recapitular e fixar conteúdos trabalhados sobre a temática. Assim, foi possível esclarecer ainda dúvidas pendentes e novamente debater questões de interesse dos participantes referente ao assunto.

Adicionalmente, nesse encontro foi desenvolvida a avaliação do projeto, com objetivo de verificar a satisfação dos ACS em participar das atividades e também avaliar a importância do aprendizado sobre a temática. Recebido feedbacks positivos, onde enfatizou-se a importância das ações realizadas para o fortalecimento da prática profissional nas atividades cotidianas de combate a Sífilis. Houve relatos de que as atividades desenvolvidas contribuem para a atuação mais efetiva na comunidade e conseqüentemente, para a redução dos indicadores de infecção da doença. Destaca-se que, segundo avaliação dos participantes, o aprendizado adquirido repercute diretamente em disseminação de conhecimentos à população, com vistas ao controle e prevenção da Sífilis no território onde atuam.

Caracteriza-se o desenvolvimento desta pesquisa-ação à Educação Permanente (EP) e da Educação Continuada (EC) em saúde. No primeiro encontro caracteriza-se como ação de EP, onde evidenciam-se a reflexão da prática dada pela oportunidade da roda de conversa. A EP é o processo de desenvolvimento do senso crítico, de descoberta de valores, de formas para se relacionar com o mundo por meio da partilha e da escuta (ARRUDA e KUHNNEN, 2014).

A esse respeito, Arruda e Kuhnen (2015) ainda declaram que:

A Educação Permanente está baseada na aprendizagem significativa, que engloba duas premissas: que o processo de aprendizagem aconteça a partir de situações/problemas enfrentado na realidade pelas pessoas que aprendem e que o conhecimento seja construído a partir do que as pessoas envolvidas já sabem sobre o que estão aprendendo, isto é, a partir dos conhecimentos prévios (p. 38).

Dá-se continuidade ao processo com EC, realizada no segundo encontro através de estudo dirigido. A EC é definida como algo que englobaria as atividades de ensino, com finalidades de atualização, aquisição de novas informações, com atividade de duração definida e através de metodologias tradicionais (PERES et al, 2010). A atividade desenvolvida caracteriza-se como EC, pois se define como um programa, espaço para a retomada de conteúdos, conceitos importantes para a retroalimentação da prática profissional (ARRUDA e KUHNNEN, 2014).

As atividades de EP constituem uma proposta de reflexão sobre a prática, é uma estratégia aberta, onde se constrói e se reconstrói a partir de uma conversação entre os participantes. Assim, os conteúdos sinalizados na EP podem ser discutidos em momentos de EC, através de atividades que permitam a busca de conteúdos pertinentes para o enfrentamento das necessidades apontadas (ARRUDA e KUHNEN, 2014).

Na avaliação surgiram sugestões da aplicação de estratégias de ações educativas semelhantes a esta, abordando outros assuntos de interesse as atividades habituais de trabalho; visto que os ACS relatam receberem constantemente capacitações, mas que possuem metodologia muito formal (palestra), o que dificulta a absorção do conteúdo de ensino.

A EP mostra-se ideal na consolidação deste trabalho, pois tem como objetivo melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, da equipe de trabalho e da instituição em que se trabalha, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências vivenciadas como base de interrogação e mudança (ARRUDA e KUHNEN, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que a EP caracteriza-se com uma atividade educativa de caráter contínuo e que busca transformar o processo de trabalho em um local de aprendizagem, este estudo mostra-se de extrema importância, pois traz ao cotidiano de uma UBS, esta realidade.

A prática educativa partindo da reflexão sobre os problemas e desafios encontrados no dia-a-dia, referentes à Sífilis, favoreceu a construção de novos conhecimentos e desmistificação de dúvidas sobre o tema. Além de caracterizar-se como uma troca de vivências e saberes que se reflete positivamente na qualidade da assistência a saúde prestada a população atendida pelos ACS.

Considera-se necessário que todos os profissionais envolvidos com a sífilis na UBS estejam sensibilizados quanto à problemática da doença e que fortaleçam ações de EP como estratégia para uma prática adequada na prevenção e controle dos casos, de forma a melhorar a qualidade da assistência à saúde para a população.

Ao olhar do pesquisador participante, as atividades desenvolvidas proporcionaram a reflexão de situações vivenciadas no cotidiano dos participantes, que permitiram o compartilhamento de conhecimentos e opiniões. Assim, entende-se que a ação desenvolvida foi positiva, pois contribuiu para uma atuação profissional mais efetiva dos ACS em sua comunidade.

Apesar de grave, a sífilis é uma doença curável e que pode ser prevenida. Com a execução desta ação, almeja-se através dos ACS, a redução da ocorrência da sífilis, com a adoção de medidas mais efetivas de prevenção e controle, vislumbrando a tão sonhada erradicação da doença.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, M. P.; KUHNEN, M. **O Dia da Gente: Educação Permanente Renovando Práticas de Saúde**. 1ª edição. Curitiba: CRV, 2015.
- ARRUDA, M. P.; KUHNEN, M. **Guia de Educação Permanente: a singularidade dos lugares e das pessoas renovando práticas de saúde**. Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação Saúde e Qualidade de Vida. GEPESVida/Lages-SC. 1ª Edição. São José: ICEP Editora, 2014, 12p.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e controle. Educação Médica continuada. **Revista Brasileira Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 48. Número 36. Brasília (DF): Set/2017.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: 19 set/1990.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF: 24 out/2011.
- BRASIL. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília (DF): Janeiro/2001.
- BRASIL. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília: Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB)
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. **O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários**. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Editora Atlas SA, 6 ed. São Paulo: 2008.
- IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem**. USP, v. 35, n. 2, p. 115. Junho, 2001.
- KOERICH, M. S. et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Volume 11, n. 3., p. 717-723; 2009.
- LAGES. **Investigação dos casos de sífilis 2017**. Secretaria Municipal da Saúde – Vigilância Epidemiológica. Prefeitura de Lages. Estado de Santa Catarina. Sinan NET: 2017.

MARTINES, W. R.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

NEVES, L. O.; ONISHI, E. T.; PELUSO, E. T. P. Atuação do enfermeiro na estratégia saúde da família em relação aos idosos com vestibulopatias. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, 2012;4(1):9-18

OLIVEIRA, E. V. L. et al. **Sífilis secundária com acometimento pulmonar**. Anais Brasileiros de Dermatologia. Vol.82, n.2, pp. 163-167.2007.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; GONÇALVES, V.L.M. **Educação Continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional**. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROLIM, K. M. C.; BEZERRA, M. G.A.; MENEZES, V. T. A. Mulheres em uma aula de hidroginástica: experienciando o interrelacionamento grupal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. 2004; 17(1):8-13.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. São Paulo, 2008.

SARACENI, V. **A Sífilis, a gravidez e a Sífilis Congênita**. 2005. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilis_e_gravidez.pdf> Acesso em: 22 dez. 2017.

VEIGA, I. P. A. **Técnicas de ensino: Por que não?** Ed. Papirus, p. 81. 1991. Campinas, SP: 1991.

VIANA, A.; POZ, M. R. D. Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**. 2005; 15: 225-64