

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**STELLA SAAR DE ANDRADE LEMOS**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA INICIAR AS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL PRECOCEMENTE PARA REALIZAR UMA ABORDAGEM DA SÍFILIS CONGÊNITA NAS MULHERES ADSCRITAS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CRISTINA, NO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

**SANTA LUZIA- MINAS GERAIS**

**2018**

**STELLA SAAR DE ANDRADE LEMOS**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA INICIAR AS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL PRECOCEMENTE PARA REALIZAR UMA ABORDAGEM DA SÍFILIS CONGÊNITA NAS MULHERES ADSCRITAS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CRISTINA, NO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**SANTA LUZIA- MINAS GERAIS**

**2018**

L557p Lemos, Stella Saar de Andrade.  
Projeto de intervenção para iniciar as atividades do pré-natal precocemente e realizar uma abordagem da sífilis congênita nas mulheres adscritas a estratégia de saúde da família do Cristina, no Município de Santa Luzia – Minas Gerais [manuscrito]. / Stella Saar de Andrade Lemos. - Belo Horizonte: 2019.  
28f.: il.  
Orientador (a): Maria Rizioneide Negreiros de Araújo.  
Area de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde da Família.  
Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.  
1. Sífilis Congênita. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Diagnóstico Precoce. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Araújo, Maria Rizioneide Negreiros de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WC 161

## FOLHA DE APROVAÇÃO



Núcleo de Educação Em Saúde Coletiva - NESCON  
Universidade Federal de Minas Gerais

### Declaração

DECLARAMOS, para fins de prova, que **STELLA SAAR DE ANDRADE LEMOS** (número de matrícula 2017750080) apresentou pôster relativo ao Trabalho de Conclusão de Curso de ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, com o título: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA INICIAR AS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL PRECOCEMENTE E REALIZAR UMA ABORDAGEM DA SÍFILIS CONGÊNITA NAS MULHERES ADSCRITAS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CRISTINA, NO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA - MINAS GERAIS.

Belo Horizonte / FM, 08 de Fevereiro de 2019

Stella Saar de Andrade Lemos.  
STELLA SAAR DE ANDRADE LEMOS

Sandra Soares Pereira.  
SANDRA SOARES PEREIRA

Data de emissão: 08/02/2019

**STELLA SAAR DE ANDRADE LEMOS**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA INICIAR AS ATIVIDADES DO PRÉ-NATAL PRECOCEMENTE PARA REALIZAR UMA ABORDAGEM DA SÍFILIS CONGÊNITA NAS MULHERES ADSCRITAS A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CRISTINA, NO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em: \_\_\_/\_\_\_/ 2018

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a toda a equipe de saúde da Família do Cristina e aos meus pacientes que me impulsionam a querer sempre aperfeiçoar e ampliar meus conhecimentos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu esposo, Bruno que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Quero agradecer também meus filhos, João Pedro e Francisco, que embora não tivessem conhecimento disto, iluminaram de maneira especial meus pensamentos, me levando a buscar mais conhecimento.

Agradeço a Maria Rizeide Negreiros de Araújo minha orientadora, que com muito zelo me auxiliou, na construção deste trabalho

Agradeço a Deus por sempre estar presente em todos os momentos da minha vida.

## RESUMO

Considerando o diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Cristina do município de Santa Luzia- Minas Gerais foi identificada uma elevada incidência de Sífilis Congênita. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para identificar as falhas na assistência pré-natal das gestantes infectadas por sífilis, para ter o tratamento adequado dessa infecção e reduzir a sífilis congênita na estratégia de saúde do Cristina. Para contribuir na elaboração do projeto de intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre o tema deste trabalho. A elaboração do projeto de intervenção seguiu os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que com as ações propostas aumentar o conhecimento das mulheres sobre a sífilis congênita e conseqüentemente e assim contribuir na mudança do estilo de vida das gestantes com sífilis e reduzir os principais fatores de risco para Sífilis Congênita.

Descritores: Pré-natal. Sífilis Congênita. Doenças Transmissíveis.



## **ABSTRACT**

Considering the situational diagnosis of the area covered by the Health Strategy of the Cristina Family in the municipality of Santa Luzia-Minas Gerais, a high incidence of Congenital Syphilis was identified. Thus, this study aimed to elaborate an intervention project to identify failures in prenatal care of pregnant women infected with syphilis, in order to adequately treat this infection and reduce congenital syphilis in Cristina's health strategy. In order to contribute to the elaboration of the intervention project, a bibliographical research was done in the database of the Virtual Health Library in order to raise the existing evidence on the theme of this work. The preparation of the intervention project followed the steps of situational strategic planning. The proposed actions are expected to increase women's knowledge of congenital syphilis and consequently contribute to changing the lifestyle of pregnant women with syphilis and reduce the main risk factors for Congenital Syphilis.

Keywords: Prenatal care. Congenital syphilis. Communicable Diseases.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1	Aspectos gerais do município de Santa Luzia.....	9
1.2	Aspectos gerais da comunidade.....	9
1.3	O sistema municipal de saúde.....	9
1.4	A Unidade Básica de Saúde do Cristina.....	10
1.5	A Equipe de Saúde da Família Azul, da Unidade Básica de Saúde do Cristina.....	10
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Azul.....	11
1.7	O dia a dia da equipe Azul.....	11
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	11
1.9	Priorização de problemas e seleção do problema prioritário (Segundo passo)	12
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>
6.1	Descrição do problema selecionado(terceiro passo).....	19
6.2	Explicação do problema (quarto passo).....	19
6.3	Seleção dos “nós críticos”(quinto passo).....	19
6.4	Desenho das operações(sexto passo).....	20
6.5	Identificação dos recursos críticos(sétimo passo).....	21
6.6	Análise da viabilidade do plano(oitavo passo).....	22
6.7	Elaboração do plano operativo(nono passo).....	23
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Santa Luzia está localizada de forma estratégica na Região Metropolitana, à 18 Km de Belo Horizonte próxima aos aeroportos de Confins e da Pampulha. Dispõe de linha férrea e gasoduto subterrâneo. Santa Luzia é o 4º polo Industrial da Grande BH e ocupa o décimo terceiro lugar entre as cidades mais populosas de Gerais. Tem uma população estimada de 217.610 habitantes (IBGE, 2016). O município possui três vias de acesso com portais: via MG-020 ou Avenida das Indústrias; via MG-010 e MG-433 via São Benedito e via BR-381, através da Avenida Beira Rio. Os portais marcam o limite com Belo Horizonte e Sabará e dão identidade ao município, além de fazerem parte do sistema de segurança, com a maior concentração populacional e atividade comercial no distrito de São Benedito, situado a oito quilômetros do centro da cidade.

### 1.2 Aspectos da Comunidade

O bairro Cristina é um bairro marginal, com presença de aglomerados e alta atividade delitiva, sobretudo vinculada ao tráfico de drogas, sendo a falta de segurança um dos principais problemas na comunidade. Além disso, o desemprego, a falta de saneamento básico, a falta de espaço para lazer, para atividades culturais e de educação, transporte e alimentação são outros problemas queixados pela comunidade. Existem associações comunitárias, grupos culturais, centros de educação, comércios, farmácias, laboratórios, três escolas e 14 igrejas. A comunidade do bairro Cristina tem serviço de luz elétrica, água e telefone.

### 1.3 Sistema municipal de saúde

O município tem entre hospitais, prontos socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, 39 centros para a saúde. Tem 96 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Existe só um hospital São João de Deus. Conta com os seguintes recursos humanos: 49 auxiliares de enfermagem, 42 cirurgiões dentistas, 171 clínicos gerais, 21 cirurgiões gerais, 86 enfermeiros, 33 pediatras, 26 ginecologistas, e 230 trabalhadores de outras categorias perfazendo um total de 658 trabalhadores da saúde. (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

No momento o município de Santa Luzia conta com 23 equipes de Estratégia de Saúde da família, cobrindo aproximadamente 30% da população do município. Conta também com um Centro de Especialidades Odontológicas, um Pronto Atendimento (PA), e um Hospital Geral.

Os usuários que consultam nas Unidades Básicas de Saúde e que precisam ser avaliados por especialistas são encaminhados mediante um modelo disponível nas unidades para

as especialidades que necessitam. No caso em que o paciente precise ser avaliado de forma urgente é necessário fazer a justificativa no formulário para dar prioridade ao pedido. As solicitações para os encaminhamentos são enviadas à Secretaria de Saúde, especificamente ao departamento encarregado de fazer essa coordenação das especialidades e as prioridades do pedido. No município contamos com as seguintes especialidades: ginecologia, pediatria, neurologista, dermatologia, angiologia, ortopedia e cirurgia geral. Para essas especialidades o processo de marcação são mais rápidos. As outras especialidades que só estão presentes em Belo Horizonte, nestes casos são mais demoradas e complexas os processos de marcação das consultas.

Uma vez marcada a consulta a notificação é enviada a Unidade Básica onde o usuário é adscrito e de imediato as agentes comunitárias de saúde, seja por via telefônica ou pessoalmente informa ao usuário, a data, hora e lugar da consulta.

O município conta também com Centros de Apoio Psicossocial, Residências Terapêuticas, Centro de Especialidades Odontológicas, Ambulatórios de Especialidades e Lar de Abrigo. O município não possui maternidade. Toda a referência de média e alta complexidade é direcionada para Belo Horizonte e outros municípios da região metropolitana, por exemplo, Lagoa Santa.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Cristina**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Cristina, que abriga duas equipes de saúde e situa-se na rua principal de acesso ao Bairro Cristina, na cidade Santa Luzia e responde por 17.986 habitantes agrupados em 4.400 famílias. A estrutura física da UBS é adequada para atender todos os procedimentos preconizados para serem realizados na atenção básica.

A UBS não tem dificuldade de acesso, pois está bem localizada e possui uma boa infraestrutura permitindo a chegada de muitos usuários até de outros bairros do entorno do Cristina. Considerando o quantitativo de pessoas residentes no território, foi planejada a implantação de três equipes para a população, mas na realidade temos dois médicos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, seis agentes de zoonoses e nove agentes comunitários de saúde, ou seja, temos apenas duas equipes para atender um grande número de famílias. Tal situação acarreta uma grande sobrecarga no atendimento para a equipe de saúde.

#### **1.5 A Equipe de Saúde da Família Azul, da Unidade Básica de Saúde do Cristina**

O horário do trabalho na UBS é das 8:00hs até as 17:00hs. O dia do trabalho começa com o acolhimento realizado pela enfermagem. O médico faz as consultas agendadas pela manhã e a demanda espontânea, pela tarde. A equipe que sou responsável é a

equipe Azul, com um número de 8.500 pessoas agregadas em 2050 famílias. São realizadas na UBS as seguintes atividades: vacinação, consultas médicas e de enfermagem, coleta de material para exame preventivo, curativos, reuniões de grupos, visitas domiciliares, entre outras.

#### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Azul**

Todos os dias pela manhã temos duas consultas agendadas, destinada a doenças crônicas. O restante das consultas médicas da manhã é destinado as demandas agudas, provenientes do acolhimento realizado pela enfermeira. No período da tarde temos: grupo operativo de hipertensos e diabéticos. Grupos de psicotrópicos, atendimentos de pré-natal, puericultura, psicotrópicos, idosos. Também realizamos grupo de gestantes, planejamento familiar, grupo de tabagismo, consultas para hipertensos e diabéticos, visita domiciliar.

#### **1.7 O dia a dia da equipe Azul**

Como a parte da manhã realizamos duas consultas agendadas, enquanto o enfermeiro faz o acolhimento, deixamos o período da tarde, para as consultas de acompanhamento, também realizamos reunião de equipe 15/15 dias ou sempre que necessário, para discutimos processo de trabalho, casos de pacientes trazidos pelo Agente de Saúde, solicitamos busca ativa dos pacientes que não comparecem as consultas agendadas ou que julgamos necessário.

#### **1.8 Estimativa rápida: identificação dos problemas de saúde do território (Primeiro passo)**

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde Cristina em Santa Luzia, foi identificado um grupo de problemas que interfere na assistência ao pré-natal, culminando com aumento da incidência de sífilis na área de abrangência.

Os principais problemas identificados foram as seguintes:

- Início tardio do pré-natal.
- Teste não treponêmico (VDRL) da mãe, que teve resultado falso negativo, efeito prozona.
- Promiscuidade da mãe e ou parceiro.
- Não realização do teste treponêmico no primeiro trimestre.
- Menos de 6 consultas realizadas no pré-natal.
- Idade gestacional menor que 20 anos.
- Baixa escolaridade das gestantes.

### 1.9 Priorização de problemas e seleção do problema prioritário (Segundo passo)

Para ordenar os problemas se utilizou como método a matriz de priorização, para fazer análise das situações de saúde e assim, alcançou-se um consenso das prioridades dos problemas

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Cristina, município de Santa Luzia, estado de Minas Gerais.				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização**
<b>Início tardio do pré-natal</b>	Alta	7	Total	1
Não realização do teste treponêmico no primeiro trimestre.	Alta	5	Total	2
Menos de 6 consultas realizadas no pré-natal.	Alta	5	Total	3
Promiscuidade da mãe e ou parceiro.	Alta	5	Parcial	4
Teste não treponêmico (VDRL) da mãe, que teve resultado falso negativo.	Média	3	Total	5
Idade gestacional menor que 20 anos.	Baixa	3	Parcial	6
Baixa escolaridade.	Baixa	2	Parcial	7

Fonte: autoria própria (2018)

Após a análise e discussão com a equipe foi selecionado o problema início tardio do pré-natal.

## 2 JUSTIFICATIVA

Na área da abrangência da UBS Cristina as gestantes iniciam tardiamente as consultas de pré-natal, ocasionando a não realização das seis consultas mínimas exigidas no protocolo de pré-natal. Outro problema que temos acompanhado no dia adia de trabalho na UBS são as atividades promíscuas tanto das mulheres como dos seus parceiros fazendo com que as doenças sexualmente transmissíveis sejam frequentes. Sabe-se que, a sífilis congênita é um problema de saúde pública que pode ser controlada por ações de prevenção realizadas no pré-natal.

Este projeto de intervenção tem a finalidade de garantir um atendimento e acompanhamento mais integral das gestantes para a prevenção da sífilis congênita por meio do tratamento da gestante em tempo hábil. Sabe-se da importância da aplicação do protocolo de atendimento que garanta identificar as causas ou falhas que condicionam a incidência de sífilis congênita.

A sífilis congênita na ausência do tratamento pode trazer sequelas irreversíveis para o recém-nascido, como surdez, cegueira e retardo mental. Sabemos que a prevenção tem início no pré-natal, com a realização dos exames e acompanhamento até o nascimento. As gestantes portadoras de sífilis devem estar bem orientadas sobre o que é sífilis congênita, suas complicações, sequelas e que, o tratamento é altamente eficaz.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir a incidência da sífilis congênita nos recém-nascidos de mães portadoras de sífilis, por meio das ações realizadas no pré-natal.

#### **3.2 Específicos**

Rastrear as gestantes na comunidade para que elas iniciem precocemente as ações do pré-natal e realizem as seis consultas mínimas exigidas no protocolo de atendimento à gestante.

Garantir que toda gestante faça o exame de VDRL no primeiro trimestre e nos subsequentes.

Orientar as gestantes da necessidade de tratar o parceiro, evitando assim nova infecção da sífilis.



#### 4 METODOLOGIA

Para elaborar o projeto de intervenção foram realizadas as seguintes atividades:

- Diagnóstico situacional para levantar os problemas prioritários existentes. O levantamento foi realizado por meio do método da Estimativa Rápida, conforme apresentado na disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).
- Pesquisa bibliográfica utilizando trabalhos científicos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e também os manuais do Ministério da Saúde que foram selecionados de acordo com a relevância e coerência com o assunto proposto.

A busca nos bancos de dados ocorreu por meio dos seguintes descritores:

Assistência pré-natal.

Sífilis Congênita.

Doenças Transmissíveis.

- O projeto de intervenção foi elaborado de acordo com os passos do planejamento estratégico situacional simplificado, conforme descrito por Campos, Faria e Santos (2010).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A disseminação sanguínea do *Treponema pallidum* da gestante infectada e não tratada para o seu concepto ocorre por via placentária.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 9)

- A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.
- Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.
- A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primárias e secundárias da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).
- Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis.

Segundo Araújo *et al.* (2012) o aumento das coberturas de consultas de pré-natal, observa-se ainda uma baixa efetividade das ações de prevenção da sífilis congênita. Apesar de a sífilis congênita ser um evento-sentinela para monitoramento da atenção primária à saúde, Araújo *et al.* (2012) destacaram que a sífilis é uma doença de fácil prevenção, mas a sua ocorrência acontece por falhas no funcionamento da rede de atenção básica onde o pré-natal deveria detectar precocemente as gestantes infectadas e tratá-las.

A notificação dos casos de sífilis congênita também padece de qualidade pelo fato de existir uma subnotificação acentuada comprovada no Sistema Nacional de Notificação

Segundo Grumach *et al.* (2007); Wolff *et al.* (2009) apud Araújo *et al.* (2012, p. 484) comentam que

A grande proporção de casos de SC notificados que tiveram diagnóstico durante o pré-natal (57%) também aponta falha na qualidade desse atendimento. Isso poderia ser explicado, em alguma medida, pela dificuldade de uso da penicilina (droga mais custo-efetiva para o tratamento das gestantes com sífilis e dos seus parceiros), observada na rede de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). A resistência à realização do tratamento da sífilis na rede básica tem sido justificada pela falta de condições técnicas para manejar casos de anafilaxia, mas a baixíssima incidência de reações letais após o uso da penicilina (1 a 2/100.000)<sup>8,24</sup> não justificaria o imenso custo social que a dificuldade de acesso a esse medicamento representa

Segundo o Ministério da saúde (BRASIL, 2007) apud Pinheiro *et al.* (2017) a Organização Mundial de Saúde externa a sua preocupação em relação a situação da sífilis congênita e estima que a taxa de transmissão vertical da sífilis seja de 25%, o que comprova que a sífilis na gestação é um dos grandes desafios da saúde pública na atualidade

A sífilis congênita foi inserida como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória em virtude de suas altas taxas de prevalência e transmissão vertical, que oscila entre 30% e 100% sem o devido tratamento de ou com tratamento inapropriado. O diagnóstico de sífilis na gestação é realizado nos casos em que a gestante apresenta evidências clínicas da doença e/ou sorologia não treponema reagente, com qualquer titulação, sendo essa obtida no pré-natal, parto ou curetagem, sendo objetivo da vigilância epidemiológica o controle da transmissão vertical e acompanhamento da infecção nas gestantes, no que diz respeito ao tratamento, prevenção e controle (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2008 apud OLIVEIRA; FIGUEREDO, 2011, p. 109).

É motivo de preocupação o número de abandono das pacientes que iniciam o tratamento da sífilis e apresentam como justificativa a falta de tempo, falta de informações sobre como o tratamento deve ser feito, a ausência do apoio da família, entre outros (SILVA, 2011).

De acordo com Amaral (2012) citado por Damasceno *et al.* (2014, p. 5)

O diagnóstico de sífilis na gestação em nosso País pode ser feito utilizando-se primeiramente o teste não treponêmico de floclulação do tipo VDRL, para triagem. Em caso de positividade, recomenda-se a confirmação diagnóstica com teste treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA) ou teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTA-ABS), entretanto a ausência desses não deve retardar o tratamento. Os recém-nascidos de gestantes que tiveram resultados positivos para algum destes testes também devem ser testados para sífilis ao nascer.

Galatoire; Rosso; Sakae (2012) comentam que, uma pesquisa realizada no ano de 2009 encontrou que a prevalência dos parceiros não tratados era mais da metade das notificações e que provavelmente isso aconteça pela falta de informação e pela baixa escolaridade da população brasileira adulta. Destacaram também que o diagnóstico e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro é a forma mais eficaz de proteção dos bebês nascerem livres da sífilis congênitas.

Tabela 1 - Esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura

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

Fonte: Brasil (2006)

Obs. 1 série de Penicilina Benzatina = 1 ampola 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

Em relação ao tratamento é importante destacar que, considera-se:

**Tratamento adequado** é todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, e feito com penicilina G benzatina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto. O parceiro deve ser tratado concomitantemente.

**Tratamento inadequado para sífilis materna** é todo tratamento realizado com outras drogas que não seja a penicilina. O tratamento incompleto é aquele que mesmo tendo sido utilizado a Penicilina G o mesmo não foi concluído.

Ressalta-se que a sífilis congênita pode ser evitada desde que o tratamento seja realizado no pré-natal e acompanhado com o exame sorológico.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo)**

A sífilis apresenta elevada prevalência, afetando dois milhões de gestantes no mundo. A incidência da sífilis congênita representa, portanto, um importante indicador da qualidade da atenção à saúde materno-infantil e estima-se que a cada ano 12 mil recém-nascidos no Brasil apresentem a doença (SONDA *et al.*, 2013).

Discutimos sobre sífilis congênita na reunião de equipe e percebemos que na maioria das vezes, a infecção está associada principalmente às gestantes que não realizam a triagem para sífilis, e/ou aquelas que muitas vezes não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento na assistência pré-natal.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (Terceiro passo)**

A sífilis congênita não se encontra controlada na UBS e foi observada a irregularidade no cumprimento de tratamento dos casos devido ao não tratamento do parceiro da gestante e os motivos mais citados foram: a falta de contato da gestante com o parceiro; a sorologia do parceiro não reagente; o não comparecimento do parceiro convocado ou por a gestante não ter sido tratado ou infectado mais de uma vez durante o pré-natal; baixa escolaridade que culmina ainda com pouca percepção do risco para a gestante e para o bebê que adquire a sífilis.

Sabemos que sem notificação dos casos suspeitos, não há investigação, nem tratamento adequado seja para a gestante ou para o bebê, aumentando assim, os casos de eventos decorrentes da doença. Investir em vigilância epidemiológica é o primeiro passo para controlar a sífilis.

Os mais importantes fatores causais mostram que os desfechos da não identificação e tratamento precoce da infecção durante a gestação são graves para o bebê, e estes desfechos dependem da fase da infecção materna e da idade gestacional e da exposição fetal.

### **6.3 Seleção dos “nós críticos” para o problema (quinto passo)**

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” para serem trabalhados pela equipe de saúde da unidade:

- Falta de conhecimentos sobre a doença.
- Situação conjugal (parceiro não tratado).

- Assistência ao pré-natal (início tardio).
- Não realização do Teste Treponêmico no primeiro trimestre.
- Idade Gestacional (menores de 20 anos).

#### 6.4 Desenho das operações (sexto passo):

“Com o problema bem explicado, e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Na tabela 3 estão apresentadas as operações para os “nós críticos” selecionados.

Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Desenho de operações para os “nós críticos” do problema :Sífilis congênita.				
Nó crítico	Operação /Projeto	Resultado Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Falta de conhecimento sobre a doença.	<b>"Saber mais"</b> Propor reuniões em sala de espera entre os usuários para tratar de assuntos relacionados à sífilis congênita.	Reduzir incidência de sífilis congênita.	Campanha educativa informando as causas e consequências da sífilis congênita.	<b>Organizacional:</b> Para organizar as campanhas. <b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégias de comunicação. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos,
Situação conjugal (parceiro não tratado).	<b>"Parceiros no tratamento"</b> Incluir o tema medicamento para Pacientes com sífilis.	Tratamento de 100% dos parceiros das gestantes infectados com sífilis.	Palestras sobre sífilis e busca ativa dos parceiros das gestantes com sífilis.	<b>Organizacional:</b> Organização da agenda e das buscas ativas. <b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre o tratamento de sífilis. <b>Financeiro:</b> Recursos para panfletos educativos.
Assistência ao pré-natal (início tardio).	<b>"Linha de Cuidado positiva"</b> Propor realização do teste(exame de urina) de gravidez na própria unidade, diante da possibilidade da paciente está grávida.	Detecção precoce de gravidez para início rápido do pré-natal.	Informação para as gestantes sobre a disponibilidade do teste na unidade de saúde.	<b>Organizacional:</b> Para realizar o teste de gravidez na unidade. <b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre a importância do pré-natal precoce. <b>Financeiro:</b> Articular com a secretaria de saúde para que não falte os testes de gravidez na unidade.

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema :Sífilis congênita.				
Nó crítico	Operação /Projeto	Resultado Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Não realização do Teste Treponêmico no primeiro trimestre.	<b>“Primeiro trimestre positivo”</b> Propor realizar o teste treponêmico na primeira consulta de pré-natal.	Tratamento imediato na detecção de sífilis.	Eliminar sífilis congênita na ESF do Cristina.	<b>Organizacional:</b> Organizar as agendas para realizar o teste rápido. <b>Cognitivo:</b> Saber importância do tratamento de sífilis para mãe e o bebê. <b>Financeiro:</b> Articular com a secretaria de saúde para que não falte teste rápido na unidade.
Idade Gestacional (Menores de 20 anos)	<b>"Saber prevenir"</b> Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo T. pallidum por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras.	Sexo seguro (uso de preservativo) durante as relações sexuais.	Impedir que a gestante tivesse uma nova infecção pelo T.pallidum. Capacitação dos ACS sobre a doença e população alvo.	<b>Organizacional:</b> Organizar a agenda para a capacitação das ACS. <b>Cognitivo:</b> Saber a importância de prevenir uma nova infecção de sífilis na gestação. <b>Político:</b> Mobilização social,para informar sobre a doença.

Fonte: autoria própria (2018)

### 6.5 Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”(sétimo passo)

Operação/Projeto	Recursos críticos
<b>“Saber mais”</b>	<b>Cognitivos:</b> conhecimento sobre o tema. <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. <b>Organizacionais:</b> auxiliar a equipe nas divulgações das campanhas.
<b>“Parceiros no tratamento”</b>	<b>Cognitivos:</b> conhecimento sobre o tema. <b>Financeiro:</b> recursos para panfletos educativos <b>Organizacionais:</b> organização da agenda e das buscas ativas.

<b>"Linha de Cuidado positiva"</b>	<b>Cognitivos:</b> conhecimento sobre o tema. <b>Financeiro:</b> disponibilização de materiais. <b>Organizacionais:</b> para realizar o teste de gravidez na unidade.
<b>"Primeiro trimestre positivo"</b>	<b>Cognitivo:</b> conhecimento sobre o tema. <b>Financeiro:</b> recursos necessários para realizar teste rápido de sífilis na unidade.
<b>"Saber prevenir"</b>	<b>Político:</b> mobilização social para informar sobre a doença.
Fonte: autoria própria (2018)	

## 6.6 Análise de viabilidade do plano(oitavo passo)

Esse passo apresenta os seguintes objetivos: identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários, analisar a motivação desses atores e; traçar ações estratégicas para motivá-los construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro apresenta as propostas de ação para motivação dos atores.

Quadro 4 - Ações para motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>"Saber mais"</b> Propor reuniões na sala de espera entre os usuários para tratar de assuntos relacionados à sífilis congênita.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiro: aquisição de recursos Audiovisuais, folhetos educativos, Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações das campanhas	Setor de Comunicação social Secretário de Saúde Médico e enfermeira	Favorável Favorável Favorável	Não é necessária  Não é necessária
<b>"Parceiros no tratamento"</b> Incluir o tema medicamento para Pacientes com sífilis.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tratamento de sífilis. Financeiro Recursos para panfletos educativos.	Médico e enfermeira Secretaria de Educação	Favorável  Favorável	Não é necessária  Não é necessária
<b>"Linha de Cuidado positiva"</b> Propor realização do teste(exame de urina) de gravidez na ESF, diante da possibilidade da paciente está grávida	Organizacional: pararealizar o teste de gravidez na unidade. Cognitivo Para realizar o teste de gravidez na unidade. Financeiro	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Médico e enfermeira	Favorável  Favorável  Favorável	Apresentar os projetos e discutir as ações.



	Articular com a secretaria de saúde para que não falte os testes de gravidez na unidade			
--	---	--	--	--

<b>"Primeiro trimestre positivo"</b> Propor realizar o teste treponêmico na primeira consulta de pré-natal.	Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde e equipe multidisciplinar.	Secretário Municipal de Saúde, Médico e enfermeira	Favorável	Não é necessária
<b>"Saber prevenir"</b> Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo T. pallidum por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras.	Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde e equipe multidisciplinar.	Secretário Municipal de Saúde, profissionais do NASF, ACS	Favorável	Não é necessária

### 6.7 Plano Operativo(nono passo)

Este passo designa os responsáveis por cada operação e define os prazos para a execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro define o plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>"Saber mais"</b> Propor reuniões, na sala de espera entre os usuários para tratar de assuntos relacionados à sífilis congênita.	Reduzir incidência de sífilis congênita.	Campanha educativa informando as causas e consequências da sífilis congênita.	Não é necessário	Enfermeiro e médico	03 meses para iniciar as atividades
<b>"Parceiros no tratamento"</b> Incluir o tema medicamento para	Tratamento de 100% dos Parceiros das gestantes	Palestras sobre sífilis e busca ativa dos parceiros das gestantes com sífilis.	Não é necessário	Enfermeiro e médico	Início em quatro meses e término em

Pacientes com sífilis.	infectados com sífilis.				Seis meses.
<b>“Linha de Cuidado positiva”</b> Propor realização do teste(exame de urina) de gravidez na ESF,diante da possibilidade da paciente está grávida.	Detecção precoce de gravidez para início rápido do pré-natal.	Informação para as gestantes sobre a disponibilidade do teste na unidade de saúde.	Não é necessária	Enfermeiro, Médico,ACS	Imediato
<b>“Primeiro trimestre positivo”</b> Propor realizar o teste treponêmico na primeira consulta de pré-natal	Tratamento imediato na detecção de sífilis.	Eliminar sífilis congênita na ESF do Cristina.	Não é necessária	Enfermeiro Médico Secretária de saúde.	Início imediato
<b>"Saber prevenir"</b> Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo T. pallidum por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais	Sexo seguro (uso de preservativo) durante as relações sexuais.	Capacitação dos ACS sobre a doença e população alvo.	Não é necessário		

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho buscou desenvolver um plano de ação para melhorar acompanhamento da assistência ao pré-natal à gestantes com sífilis.

Na unidade básica de saúde é o espaço mais adequado para a prevenção da sífilis congênita, mas é necessário que a equipe de saúde esteja capacitada para realizar o pré-natal de qualidade, atento as atividades protocolares e tenha insumos necessários para o tratamento.

Acreditamos que ações planejadas poderão aumentar o conhecimento a respeito da Sífilis Congênita e conseqüentemente, transformarem o modo e estilo de vida das gestantes reduzindo assim os principais fatores de risco.

A equipe espera como principal resultado, um controle satisfatório da Sífilis congênita dentro da área de abrangência da unidade.

## REFERENCIAS

- ARAUJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública.** v.46, n.3, p. 479-86, 2012.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita:** manual de bolso. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Manuais,24).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** manual de bolso. Brasília: ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA,H. P.;SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- DAMASCENO, A. B. A. *et al.* Sífilis na Gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Rio de Janeiro. v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014.
- GALATOIRE, P. S. A.; ROSSO, J. A.; SAKAE, T. M. Incidência de Sífilis Congênita nos Estados do Brasil no Período de 2007 a 2009. **Arq. Catarin. Med.** v.4, n.2, p. 26-32, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.Ibge. Cidades. **Santa Luzia, Minas Gerais.** Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315780&search=minas-gerais|santa-luzia>. Acesso em 10/08/18.
- OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco.**v. 2, n. 2, p. 111-20112011.
- PINHEIRO, D. C. M. *et al.* A prevalência da sífilis congênita no Brasil: uma revisão. **Saúde & Ciência em Ação.** V.3, n. 1, p. 1-9, 2017.
- PREFEITURA DE SANTA LUZIA. Plano Municipal de Cultura. 2013. Disponível em: <http://www.santaluzia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/PMC-Santa-Luzia-MG-Vers%C3%A3o-Final-2.pdf-oficial.pdf>. Acesso em 10/08/18.
- SILVA, A. C.; ALMEIDA, F. L. V.; SOUSA, V. F. **Tratamento da Sífilis.**UG. Trindade, GO, 2011.
- SONDA, E. C. *et al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Rev Epidemiol Control Infect.** v.3, n.1, p. 28-30, 2013.