

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

AGDA ALVES RAMALHO

**SÍFILIS CONGÊNITA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA NO
MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS-MT**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

AGDA ALVES RAMALHO

**SÍFILIS CONGÊNITA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA NO
MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS-MT**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Alecssandra F. S. Viduedo

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **SÍFILIS CONGÊNITA: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIA NO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS-MT** de autoria do aluno AGDA ALVES RAMALHO foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Alecssandra F S Viduedo
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
3 MÉTODO.....	09
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
6 REFERÊNCIAS.....	13
7 APÊNDICE.....	15

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença que pode ser transmitida da mãe para o filho durante a gestação, em mulheres não tratadas a transmissão é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença e pode levar a morte do recém-nacido. **Objetivo:** Realizar um projeto de intervenção para auxiliar na redução da incidência de sífilis congênita na cidade de Rondonópolis-MT. **Metodologia:** A proposta de um projeto de intervenção para redução da incidência de sífilis congênita no município de Rondonópolis foi baseada na tecnologia de concepção e contará com o apoio da equipe do programa de Doenças sexualmente transmissíveis/AIDS para sensibilização, treinamento, captação precoce e realização adequada do pré-natal pelos profissionais de saúde envolvidos com os casais grávidos das unidades básicas de saúde. **Resultados esperados:** Espera-se que com o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado aos casais positivos, a sífilis congênita não seja mais vista como um problema de saúde pública na cidade de Rondonópolis-MT.

Palavras-chave: gestantes, cuidado pré-natal, sífilis congênita.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica. É denominada congênita quando o feto é infectado, via placentária, pelo *Treponema pallidum*, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal. A infecção fetal pode ser prevenida com a realização de diagnóstico e tratamento precoce no pré-natal (BRASIL, 2009).

A sífilis congênita é uma doença que pode ser completamente evitável se a mãe e o seu parceiro sexual forem diagnosticados e tratados adequadamente (SÃO PAULO, 2010).

A qualidade do pré-natal é determinante na prevenção deste acometimento e indica qual o real envolvimento dos profissionais de saúde no atendimento a gestante, principalmente na realização do diagnóstico e tratamento adequados (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

É importante que toda gestantes seja testada para sífilis na 1ª consulta, no início do 3º trimestre do pré-natal e na admissão para o parto. As mulheres com exames reagentes devem ser tratadas juntamente com seu parceiro sexual (BRASIL, 2006a).

Contudo, justifica-se a necessidade da elaboração do plano de intervenção, baseado na análise de situação e no planejamento estratégico situacional, com a intenção de eliminar a sífilis congênita que se tornou uma preocupação de saúde pública, já que pode causar a morte ou sequelas no feto.

Assim, este trabalho tem como objetivo geral realizar um projeto de intervenção para auxiliar na redução da incidência de sífilis congênita na cidade de Rondonópolis-MT e como objetivo específico, propor um plano de intervenção para a redução da incidência de sífilis congênita no município de Rondonópolis.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis congênita é o resultado da dispersão sanguínea da bactéria *Treponema pallidum*, da gestante infecta para o seu concepto, por via transplacentária (BRASIL, 2006b).

Esta bactéria pode ser transmitida em qualquer fase gestacional ou estágio da doença. Os estágios da sífilis e período de exposição do feto é que determinam a probabilidade de transmissão. A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (BRASIL, 2006b).

A triagem da gestante quando é admitida no hospital é de grande valor, pois quando a mulher é infectada na gestação poderá estar assintomática, mas ter a infecção. O Ministério da Saúde mostra que mais de 50% dos bebês que foram infectados durante a gestação permanecem assintomáticos nos primeiros três meses de vida (BRASIL, 2006a).

De acordo com a Resolução SS nº 41 de 24/03/2005, o teste para diagnóstico de sífilis, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), deve ser realizado na primeira consulta pré-natal, no primeiro trimestre gestacional, no início do terceiro trimestre e na admissão hospitalar para realização do parto; inclusive em mulheres que tiveram aborto e natimorto (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

Quando a mãe tem VDRL reagente na gestação ou parto, o bebê deve passar por uma avaliação geral, o que inclui, coleta de sangue periférico para realização de teste não treponêmico, líquido, raio-X de ossos longos e hemograma (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, existem quatro critérios para definição de caso de sífilis congênita:

“1º Critério – Toda criança, produto de abortamento ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

2º Critério – Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não

treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em todos os casos acima descritos, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

3º Critério – Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e: evidência clínica ou líquórica² ou radiológica³ de sífilis congênita.

4º Critério – Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos” (BRASIL, 2006b,p.92).

A qualidade do pré-natal é notada no número de casos de sífilis congênita, já que os profissionais de saúde têm as chances de diagnóstico e tratamento durante a gestação e uma no momento do parto (BRASIL, 2011).

Para calcular o indicador de sífilis congênita é realizado um cálculo que consiste em dividir o número de testes VDRL realizados em gestantes em determinado período e local pelo número de partos para o mesmo período e local. O método de cálculo consiste no número de casos de Sífilis congênita residentes em determinado local e diagnosticados no ano (BRASIL, 2013-2015).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória, as notificações passaram a ser registradas com fins de vigilância epidemiológica a partir de 22 de dezembro de 1986 através da portaria 542 (Brasil, 1986).

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Nossa proposta foi construída com base na Tecnologia de concepção, por ser o produto o próprio projeto e plano de ação desenvolvido.

3.2. Local

A implementação do estudo será realizada no município de Rondonópolis, cidade pólo da região Sul de Mato Grosso, localizada na região sul do estado, situada a uma distância de 215 km da capital. Em 2013 a cidade tinha população estimada em aproximadamente 208 mil habitantes (IBGE – Dados de 2013).

Rondonópolis possui rede de atenção à saúde privada e pública, porém dispõe de apenas 48% de cobertura pelo Programa de Saúde da Família, e apenas uma maternidade com acesso público e gratuito.

3.3. População

A população do estudo será representada por todos os profissionais de saúde da rede pública de atenção básica do município de Rondonópolis-MT, envolvidos no atendimento e acompanhamento pré-natal.

3.4. Procedimentos

O plano de intervenção foi dividido em fases, na primeira fase contaremos com o envolvimento do responsável pelo programa DST/Aids municipal na realização de capacitação a todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos casais grávidos, por meio de oficinas de sensibilização dos mesmos. Esta fase está programada para ser realizada no período de 30 dias; acreditamos que os profissionais devem ser abordados em grupos pequenos para que possamos acompanhar de perto qual o conhecimento e envolvimento destes profissionais para este tipo de trabalho.

A segunda fase envolve a produção de material didático, após a primeira abordagem aos profissionais de saúde, julgamos necessário envolvê-los na produção e distribuição de material didático para a população alvo de sua unidade básica de saúde (UBS). Acreditamos que o envolvimento de todos produz melhores resultados, já que, todos são responsáveis por todo o processo de produção e transmissão de conhecimento. Além de envolver a equipe no trabalho

esta prevista a divulgação na mídia alertando aos casais grávidos a importância da realização do pré-natal e os riscos a que se remete ao não realizá-lo.

As duas últimas fases referem-se à prática em campo, captando precocemente as gestantes para realização de pré-natal, realizando os exames para identificação da sífilis e tratando os casais com resultado positivo.

A situação descrita nos remete para a necessidade da qualificação da atenção pré-natal com a garantia dos insumos necessários específicos para a sífilis, momento crucial para se atingir a meta de redução do agravo.

Assim, pretende-se amadurecer a ampliação do debate nos vários segmentos da sociedade envolvidos com neste enfrentamento para diminuir o estigma em relação às doenças sexualmente transmissíveis, para que a sífilis se torne mais visível como um problema à população em geral e aos profissionais de saúde, principalmente na atenção primária, para que contribuam para a eliminação da sífilis congênita.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Conforme os pressupostos deste estudo, e sendo a sífilis congênita uma doença de fácil prevenção, mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, incluindo o tratamento do parceiro elaborou-se um plano de intervenção para diminuir ou até mesmo eliminar a sífilis congênita do município de Rondonópolis, que hoje é vista como problema de saúde em tal município.

Não se pode esquecer o preenchimento adequado do cartão das gestantes e SISPRENATAL contendo informações relativas ao acompanhamento e a notificação de todas as gestantes com diagnóstico de sífilis e notificação de todas as crianças com sífilis congênita.

Contudo, apesar do município dispor de apenas 48% de cobertura pelo Programa de Saúde da Família, as equipes da APS devem estar capacitadas e sensibilizadas para atenderem e intervirem quando necessário, visando reduzir ao máximo a transmissão da sífilis congênita.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que planos de intervenção envolvendo os profissionais de saúde que cuidam dos casos de sífilis congênita no município, aumentam as chances de sucesso do projeto, pois todos sentirão a responsabilidade do sucesso da intervenção.

Comprovadamente, índices altos deste acometimento refletem a falhas de atendimento no pré-natal o que é inadmissível em plena era da informação; muitas vezes profissionais tem a informação, mas necessitam ser sensibilizadas para o assunto, assim como os casais grávidos.

Este projeto será de grande valia na redução de danos evitáveis aos recém-nascidos e até mesmo aos casais, desonerando o Estado com gastos para uma doença que é altamente prevenível com ações simples durante o período de pré-natal.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde- Instrutivo. Programação de Ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, 2013-2015. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/pactuacao2013/pavs2013/Instrutivo-SNVS-2013.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico 2012 – Sífilis Ano I - nº 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o Biênio 2010 – 2011. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2011.pdf> Acesso em 19 de agosto de 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 104, DE 25 DE janeiro de 2011.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html> Acesso em 19 de agosto de 2013.

SÃO PAULO. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita & S. São Paulo, 2010. 196 p

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP. Rev Saúde Pública 2008; 42(4):768-72 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>> Acesso em 02 de fevereiro de 2014.

7. APÊNDICE

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Ações Finalísticas	Meta de Produto	Prazo	Responsável
1-Capacitação dos médicos e enfermeiros quanto ao manejo e tratamento adequado dos casos de sífilis congênita e em gestantes.	Integrar 100% dos profissionais das equipes no processo de planejamento.	Curto: 30 dias. Longo: Atividade contínua	Equipe Programa DST/Aids
2-Produzir e distribuir material educativo com foco na gestante, em linguagem adequada, voltado para os usuários das UBSs.	100% da população alvo.	Curto: 30 dias. Longo: Atividade contínua	Equipe Programa DST/Aids Equipes das UBSs
3-Publicar pelo menos um artigo, nota, mensagem ou vinheta de rádio referente à sífilis congênita nos diversos veículos de mídia leiga e especializada.	100% da população.	Curto: Mensalmente Longo: Atividade contínua	Equipe Programa DST/Aids
4-Pactuar um fluxo resolutivo, no tocante à sífilis, de atenção à saúde da gestante e seu parceiro do pré-natal ao parto e puerpério, envolvendo os vários profissionais que atuam na rede de saúde.	Integrar 100% dos profissionais das equipes no processo de execução.	Curto: 60 dias. Longo: Atividade contínua	Equipe Programa DST/Aids Equipes das Unidades de Saúde.
5-Solicitar VDRL no pré-natal; Monitorar resultados; Tratar a gestante e o parceiro; Acompanhar os casos.	100% da população alvo.	Atividade contínua	Equipe Programa DST/Aids Equipes das Unidades de Saúde