



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SOBRE GESTÃO DAS PLÍTICAS DE
DST/AIDS, HEPATITES VIRAIS E TUBERCULOSE

**AMPLIAÇÃO DA OFERTA DO TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS EM GESTANTES NO
MUNÍCIPIO DE GIRAU DO PONCIANO – AL**

DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM

ARAPIRACA/AL
2017.

DANIELE ALVES DAMACENO GONDIM

**AMPLIAÇÃO DA OFERTA DO TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS EM GESTANTES NO
MUNICÍPIO DE GIRAU DO PONCIANO – AL**

Trabalho de conclusão de curso submetido ao Curso de Especialização sobre Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para a obtenção do Grau de Especialista.

Orientadora: MARIA CELESTE NUNES MELO

Arapiraca/Alagoas
2017

RESUMO

A saúde é direito de todos, conquistado na Constituição Federal e traduzido pela efetivação das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, mesmo nas últimas décadas o SUS tendo avançado em oferta de ações, serviços e recursos tecnológicos, algumas problemáticas ainda persistem como importantes problemas de saúde pública, a exemplo da sífilis congênita. Um agravo que pode ser totalmente evitado, se a gestante e seu parceiro sexual forem diagnosticados e tratados adequadamente durante o pré-natal. O projeto de intervenção tem como finalidade aumentar a cobertura do teste rápido de sífilis durante a assistência ao pré-natal, nas unidades de Estratégia Saúde da Família em Girau do Ponciano, visto que o município apresenta elevadas taxas de sífilis congênita, mesmo dispondo de serviços e profissionais qualificados para realização do teste rápido, que garante o diagnóstico precoce em gestantes. A proposta de intervenção ancora-se no trabalho educativo junto aos profissionais de saúde, por meio de oficinas, rodas de conversas e reuniões para discussão dos indicadores, buscando sensibilizar, capacitar e organizar o serviço para ampliação da oferta do teste. Espera-se com o projeto contribuir para redução dos indicadores de sífilis congênita no município.

Palavras-chave: sífilis, prevalência, sífilis gestacional, teste rápido.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	07
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4 METODOLOGIA	13
4.1 Cenário do Projeto.....	13
4.2 Elementos do Plano de Intervenção.....	14
4.3 Processo de avaliação.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
6 REFERÊNCIAS.....	16

1- INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos, conquistado na Constituição Federal e traduzido pela efetivação das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Garantir nos serviços de atenção primária o acesso a atenção integral as ações de prevenção, promoção, proteção, assistência, reabilitação e redução de danos, é fundamental para viabilizar a saúde como política pública universal. Contudo, mesmo nas últimas décadas o SUS tendo avançado em oferta de ações, serviços e recursos tecnológicos, algumas problemáticas ainda persistem como importantes problemas de saúde pública, a exemplo da sífilis congênita. Um agravo que pode ser totalmente evitado, se a gestante e seu parceiro sexual forem diagnosticados e tratados adequadamente durante o pré-natal, pois existe no SUS a disponibilidade de insumos necessários para a sua prevenção. Nesse direcionamento, o Projeto de Intervenção em pauta busca contribuir com o enfrentamento da problemática da sífilis no município de Girau do Ponciano. (BRASIL, 2006).

É considerada infectada toda gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidências clínicas de sífilis, com teste positivo ou não. Quando adquirida durante a gravidez, pode levar a abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido com repercussões psicológicas e sociais (RODRIGUES E GUIMARÃES, 2004).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, quando os indicadores apontavam no Brasil elevadas taxas de prevalência e transmissão vertical. Considerando esse contexto, o SUS tem feito investimento nas últimas décadas para diagnóstico, acompanhamento e tratamento da doença, cabendo aos municípios a organização dos serviços da atenção básica para intervir na problemática. (BRASIL,2010).

Acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento. As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo. Na região da América Latina e Caribe, a prevalência da sífilis nos recém-nascidos é de 3,1%, oscilando entre 1% no Peru e 6,2% no Paraguai. Na Bolívia, a prevalência de sífilis gestacional é de 7,2%, com taxa de transmissão vertical de 15,7% 7. (CAMPOS, ARAÚJO, MELO, GONÇALVES, 2010.)

A partir de 1993, o Ministério da Saúde propôs a eliminação da sífilis congênita até o ano 2000. Para tanto, passou a indicar o rastreamento da doença na gravidez mediante o diagnóstico sorológico não treponêmico [teste: Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)], como estratégia a ser privilegiada. As metas não foram atingidas. Estima-se que a prevalência média da infecção em gestantes no País esteja próxima dos 3 a 4%, variando segundo regiões. (DONALÍSIO; FREIRE,

MENDES, 2007).

Mesmo o SUS tendo avançado em tecnologias como o teste rápido em gestantes, observa-se uma prevalência da doença em proporções significativas. No Brasil, os dados indicam que estamos vivendo uma epidemia da doença, visto que menos de 50% dos casos de sífilis em gestante são diagnosticados no terceiro trimestre de gestação, quando as chances de se proteger o bebê já são bem menores do que quando a terapia começa na primeira fase da gestação. (MS, 2017)

Nos últimos cinco anos, a doença avançou de uma forma nunca vista. A taxa de bebês com sífilis congênita em 2015 foi de 6,5 casos a cada mil nascidos vivos – 13 vezes mais do que é tolerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e 170% a mais do que o registrado em 2010. A sífilis em gestante passou de 3,7 para 11,2 casos a cada mil nascidos vivos, um aumento de 202%. Para sífilis adquirida a taxa é de 42,7 casos, a cada 100 mil habitantes (FORMENTI, 2016).

O município de Girau do Ponciano acompanha a tendência nacional, com elevadas taxas de sífilis congênita e não alcança os indicadores pactuados, quando os serviços de atenção básica dispõem de insumos e profissionais qualificados para realizar o diagnóstico precoce em gestantes nos primeiros meses de gestação. Questões que refletem a baixa qualidade do pré-natal e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde (gestores ou diretamente envolvidos no atendimento) têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez

Desse modo, a proposta de intervenção priorizou enfrentar como problema: ***Baixa cobertura da testagem de sífilis na gestante nas unidades da ESF.***

Diante desse contexto surge a necessidade de ampliação da oferta do teste rápido de sífilis a todas as gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde, para possibilitar a detecção e a prevenção da sífilis congênita. Questão que motivou a realização do projeto de intervenção.

A proposta tem relevância para a população, uma vez que vai ampliar a oferta e contribuir para redução das taxas de prevalência da doença e, também, para a política de saúde no município, visto que o aumento do teste rápido tem incidência direta nos indicadores pactuados e melhora na qualidade da assistência.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A sífilis, é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, sendo ainda um importante problema de saúde pública. (PIRES, OLIVEIRA, ROCHA, SANTOS,2014)

Estimativas de 2004 apontam prevalência de sífilis em 1,6% das mulheres no momento do parto - aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos com sífilis, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS. (DOMINGUES, MADEIRA; SZWARCOWALD, JUNIOR, LEAL, 2014)

A sífilis durante a gravidez pode causar aborto, além de cegueira, surdez, deficiência mental e malformações no feto. A incidência de sífilis em parturientes é quatro vezes maior que a da infecção pelo HIV. (BRASIL, 2006)

De acordo com a Revista Isto É (2016) a ineficácia das políticas públicas fez explodir os casos de sífilis no País. Nunca foi tão alto o número de gestantes e bebês acometidos pela terrível enfermidade infecciosa transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*. Em 2007, o total de crianças de até um ano de idade nascidas com a doença (forma congênita) foi de 5.535. A projeção para este ano, 2016 é a do nascimento de mais de 22,5 mil bebês nesta condição. Onze anos atrás, o País registrou cerca de 1,8 mil casos de gestantes infectadas. Um dos motivos possíveis é que as pessoas deixaram de usar preservativos nas relações sexuais e outra questão que pode contribuir para isso é que as pessoas não estão procurando os serviços de saúde como deveriam, e não estão tendo acesso ao tratamento. Outro grande problema é a escassez mundial no suprimento de matéria-prima, substância de primeira escolha para o tratamento da sífilis, a Penicilina, além de ser a primeira linha de tratamento contra sífilis, o remédio, é ainda usado para tratar outras infecções, como a febre reumática aguda, doença bacteriana que afeta coração, cérebro e articulações, tal situação é extremamente preocupante já que o mesmo é um tratamento de baixo custo e simples contra a transmissão vertical da sífilis.

2.1 Aspectos Históricos da Sífilis

A sífilis é uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano, conhecida desde o século XV, e seu estudo ocupa todas as especialidades médicas. Tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Também pode ser transmitida por transfusão sanguínea. (BRASIL,2010)

De acordo com, (BRASIL 2010), o termo sífilis originou-se de um poema, com 1.300 versos, escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro intitulado Syphilis Sive Morbus Gallicus (“A sífilis ou mal gálico”). Ele narra a história de Syphilus, um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis. Em 1546, o próprio Fracastoro levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida na relação sexual por pequenas sementes que chamou de “seminaria contagionum”. Nessa época, essa ideia não foi levada em consideração e, apenas no final do século XIX, com Louis Pasteur, passou a ter crédito.

Sabe-se que no ano de 1495, quando a cidade de Nápoles foi cercada por tropas francesas comandadas pelo Rei Carlos VIII, as tropas espanholas foram enviadas à cidade para reforçar a sua defesa. Após a tomada da cidade pelos franceses, surgiu em suas tropas uma doença, causadora de muitas mortes e que, por intermédio de mercenários, rapidamente espalhou-se pela Europa. Foi originalmente denominada “Mal de Nápoles”, mas na Itália e na Alemanha ficou conhecida como “Mal francês”; na França chamaram-na de “Mal italiano”, na Polônia a denominaram de “Mal alemão” e na Rússia de “Mal polonês”. (CARRARA,2016)

Tornou-se conhecida na Europa no final do século XV e disseminou-se pelo mundo transformando-se em uma doença endêmica no século XIX. Com o grande desenvolvimento da medicina neste século bem como da farmacologia, a implantação da penicilina viria para dar fim a esta doença, porém em 1960 com a criação dos métodos anticoncepcionais orais e a revolução do comportamento sexual, o número de pessoas infectadas pelo *Treponema pallidum* voltou a aumentar e, em 1970, com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tornou-se mais preocupante ainda a criação de estratégias para o combate desta enfermidade. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que 12 milhões de pessoas, entre elas cerca de 2 milhões de gestantes, estariam infectadas pelo *Treponema pallidum* e atualmente observa-se ainda uma tendência de aumento da incidência de sífilis e de sífilis congênita em todo o mundo, provando que há uma grande necessidade de se aprofundar mais nos métodos de prevenção e controle desta doença. (SILVA E BONAFÉ,2013)

2.2 A História Natural da Doença e sua característica

A sífilis é uma doença de evolução lenta. Quando não tratada, alterna períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, divididas em três fases: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária. Não havendo tratamento após a sífilis secundária, existem dois períodos de latência: um recente, com menos de um ano, e outro de latência tardia, com mais de um ano de doença. A infecção pelo *Treponema pallidum* não confere

imunidade permanente, por isso, é necessário diferenciar entre a persistência de exames reagentes (cicatriz sorológica) e a reinfecção pelo *T. pallidum*. (BRASIL, 2010).

Sífilis primária

Descrição: Após a infecção, ocorre um período de incubação entre 10 e 90 dias. O primeiro sintoma é o aparecimento de uma lesão única no local de entrada da bactéria. A lesão denominada cancro duro ou protossifiloma é indolor, tem a base endurecida, contém secreção serosa e muitos treponemas. A lesão primária se cura espontaneamente, num período aproximado de duas semanas. (BRASIL,2016)

Sífilis latente

Descrição: Se não houver tratamento, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra no período latente, considerado recente no primeiro ano e tardio após esse período. A sífilis latente não apresenta qualquer manifestação clínica. (BRASIL,2016)

Sífilis terciária

Descrição: A sífilis terciária pode levar dez, vinte ou mais anos para se manifestar. A sífilis terciária se manifesta na forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos. 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. A infecção pelo *Treponema pallidum* não confere imunidade permanente, por isso, é necessário diferenciar entre a persistência de exames reagentes (cicatriz sorológica) e a reinfecção pelo *T. pallidum*. (BRASIL,2016).

A sífilis congênita

Trata-se da infecção do feto em decorrência da passagem do treponema pela placenta. É mais grave quanto mais recente for a infecção materna. Segundo estudo realizado em 2004, estima-se que a taxa de prevalência de mulheres portadoras de sífilis no momento do parto seja de 1,6%, o que corresponde a aproximadamente 49 mil parturientes infectadas e 12 mil nascidos vivos com sífilis, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS. Na gestação, a sífilis congênita se manifesta com abortamento, nascimentos prematuros ou nascimentos seguidos de morte. Ao nascer, a criança com sífilis congênita pode apresentar lesões bolhosas, ricas em treponemas, na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus. Mesmo quando não se

manifesta com essas características, a infecção congênita pode permanecer latente, vindo a se expressar durante a infância ou mesmo na vida adulta. (BRASIL, 2016)

2.3 Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita seus índices no Brasil

A sífilis apresenta transmissão vertical, da mulher para o feto, durante a gestação. Podendo resultar em abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos, que podem evoluir com complicações graves caso não tratados. Estima-se que 1,8 milhão de gestantes no mundo estejam infectadas pela sífilis e que menos de 10,0% sejam diagnosticadas e tratadas. A sífilis congênita foi lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007 e reforçada em 2012, quando foi atrelada ao controle da prevenção da transmissão vertical do HIV. A Organização Pan-Americana de Saúde tem como meta a eliminação da sífilis congênita nas Américas, definida como ocorrência de menos de 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos. Essa meta é adotada pelo Ministério da Saúde, no Brasil, desde 2005. Quinze países são considerados prioritários para o controle da sífilis congênita, incluindo o Brasil, por seu tamanho populacional e prevalência de sífilis na gestação. (DOMINGUES, SZWARCOWALD, JUNIOR, LEAL,2014).

Embora a sífilis congênita seja uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986 (Portaria nº 542, de 22/12/86 - Ministério da Saúde), foram notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1998 a junho de 2007, 41.249 casos em menores de um ano de idade. Isso mostra a elevada magnitude do problema apesar da grande subnotificação desse agravo. (INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL,2008)

Dados do boletim epidemiológico de DST/Aids do Ministério da Saúde mostram que o número de notificação de casos de sífilis na gestação aumenta a cada ano. Correspondeu a 14.321 em 2011, mas ainda é inferior ao número estimado de casos. Esse resultado sugere dificuldades no diagnóstico e/ou na notificação desse agravo. Mais de 9.000 casos de sífilis congênita foram notificados no País em 2011 (taxa de incidência de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos). Estudos nacionais apontam falhas na assistência pré-natal relativas ao controle de sífilis na gestação, com oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento. O diagnóstico oportuno da sífilis na gravidez é o principal desafio para o controle da sífilis congênita. (DOMINGUES, SZWARCOWALD, JUNIOR, LEAL,2014).

No Brasil, estudos de representatividade nacional estimam uma prevalência em gestantes de 1,6% da infecção, em 2004, representando cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e uma estimativa de 15 mil crianças nascendo com sífilis congênita para aquele ano, em média. Desde 1986, a sífilis congênita é de notificação compulsória, tendo sido incluída no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Entretanto, embora a subnotificação tenha sido a regra,

entre os anos de 1998 e 2004 foram notificados 24.448 casos da doença neste intervalo de tempo. Em 2003 observou-se uma mortalidade de 2,7 óbitos por 100 mil, em menores de 1 ano, demonstrando ainda um insuficiente controle do agravo em todo o território nacional. Em 1995, pela resolução CE 116.R3 da Organização Pan-Americana de Saúde, o Brasil, juntamente com outros países da América Latina e Caribe, assumiu o compromisso para a elaboração do Plano de Ação, visando a eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano 2000. Em 1997, o Ministério da Saúde passou a considerar como meta de eliminação o registro de até 01 caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano. Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto; porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes da gravidez ocorrer. (BRASIL,2006)

2.4 Direitos Sexuais e Reprodutivos Garantidos pela Rede Cegonha

O Ministério da Saúde orienta a atenção integral à saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Alinhando as diretrizes nacionais da política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, fundamentadas na perspectiva de promoção e garantia do direito à saúde das mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e das distintas populações, norteadas pela busca efetiva da igualdade e equidade de gênero, raça e etnia, e pela ampliação do enfoque da saúde sexual e da saúde reprodutiva, fortalecendo a autonomia e protagonismo das mulheres, lança em 2011 a Rede Cegonha (RC). (BRASIL,2012)

O mesmo afirma ainda, que o Ministério da Saúde realiza a implantação do diagnóstico da infecção pelo HIV e Sífilis- utilizando testes rápidos, nas maternidades, inicialmente nas regiões norte e nordeste. Uma vez que esta estratégia promove a melhoria da assistência nestes serviços de saúde, proporcionando as gestantes um acompanhamento especializado. As parturientes hoje podem contar com esta metodologia que garante o diagnóstico para que medidas de prevenção da transmissão vertical. (BRASIL,2006).

O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical. Nesse sentido, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Básica em realizar os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Estes testes rápidos estão inseridos no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil. (BRASIL).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Ampliar a cobertura da oferta do teste rápido de sífilis nas 13 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Girau do Ponciano durante a assistência ao pré-natal, visando o alcance do indicador.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar levantamento junto às equipes das dificuldades em relação à implementação do teste rápido para sífilis.
- Sensibilizar as equipes de profissionais para que o teste rápido da sífilis seja introduzido como rotina no processo de trabalho.
- Orientar os profissionais para realização do teste rápido de sífilis no 1º e 3º trimestre de gestação, em todas as gestantes cadastradas e acompanhadas na UBS.
- Estimular a realização da avaliação sistemática dos indicadores de sífilis congênita, para subsidiar as estratégias de intervenção das equipes.

4 METODOLOGIA

A análise situacional para identificação do problema utilizou como base de dados a série histórica dos indicadores de saúde 2013-2015, para demonstrar a situação da sífilis no município, disponibilizada pela Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas (SESAU).

Para fundamentação da proposta foi realizado estudo bibliográfico nas bases de dados SCIELO, LILACS, PUBMED, BIREME, PROTOCOLOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E INFORMES TÉCNICOS, web sites especializados (www.aids.gov.br/sifilis), DataSus, bem como busca em artigos e revistas de referências, com as seguintes palavras-chave: sífilis, sífilis congênita, histórico da sífilis, prevalência, incidência, sífilis gestacional, teste rápido. Os critérios para busca foram publicações do tipo artigos científicos disponíveis na íntegra e com acesso eletrônico livre, com a abordagem da sífilis e dando ênfase a sífilis congênita.

4.1 CENÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Girau do Ponciano possui uma população estimada de 39.657 habitantes (IBGE-2015). Em 2013 o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) trabalhou com a apresentação populacional de 33.176 habitantes, sendo desse montante: 10.083 hab. concentrados na zona urbana, e 23.093 na zona rural.

O referido município, localiza-se na região agreste do Estado de Alagoas, limita-se ao norte com Jaramataia; ao sul com Traipu e Campo Grande; a leste com Lagoa da Canoa; a oeste com Traipu; a nordeste com Craíbas; e ao sudeste com Feira Grande. Ocupa uma área total de 504 km² e possui densidade demográfica de 72 habitantes por km², com uma altitude de 254 metros acima do nível do mar, distante 161 quilômetros da capital Maceió (PMS, 2014).

A principal fonte de renda do município de Girau do Ponciano é a agricultura, com as culturas de fumo, feijão, mandioca e milho, seguido da pecuária com a criação de bovinos, ovinos e suínos (PMS, 2014). No que diz respeito à rede educacional de ensino público, o sistema municipal possui 76 escolas, porém destas, 67 estão em funcionamento, segundo censo escolar enviado para o MEC (Secretaria Municipal de Educação-2014), seguido da rede estadual que contempla 03 estabelecimentos de ensino, e por fim, o sistema educacional privado, contemplando 01 estabelecimento de ensino.

Em relação organização do sistema de saúde, Girau do Ponciano compõe a 7ª região de saúde, em acordo com o Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde (PMS-2014). O

sistema de saúde local, na Assistência Básica dispõe de 10 Unidades Básicas de Saúde, atuando com 13 equipes de PSF qualificadas e 05 equipes de saúde (03 na zona urbana e 02 na zona rural). Conta, ainda, com 98 Agentes Comunitários de Saúde ligados às equipes de Saúde da Família.

Na rede ora mencionada são desenvolvidas as seguintes atividades: citologia, planejamento familiar, pré-natal, puerpério, atendimento a crianças e adultos, imunização, atendimento ao idoso, controle de hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, prevenção das DST's, promoção e eventos em saúde, consultas médicas, odontológicas e de enfermagem. (PMS,2014)

4.2 ELEMENTOS DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a execução do Plano de intervenção serão realizadas oficinas com profissionais das equipes da ESF para levantamento das dificuldades sobre a realização teste rápido de sífilis em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e definição de estratégias para ampliação dos testes. Serão realizadas rodas de conversas com os profissionais sobre os indicadores da sífilis e a necessidade de introduzir o teste na rotina do serviço, assim como a construção de um cronograma sistemático para a realização do teste rápido de sífilis em cada Unidade Básica de Saúde (UBS).

4.3 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Serão realizadas dinâmicas ao final das oficinas para avaliar o nível de satisfação dos profissionais, assim como o monitoramento dos indicadores de produção para verificar o quantitativo dos testes ofertados, onde os mesmos serão avaliados e monitorados nas reuniões administrativas de cada Unidade Básica de Saúde, onde também serão analisados e avaliados os dados situacionais disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU) tendo como responsáveis as coordenações de Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de fundamental importância a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na Atenção Básica de apoio, com ampliação da oferta na execução dos testes rápidos de HIV e de sífilis, para que haja a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como a redução da mortalidade materna e infantil evitáveis.

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto, porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, antes de a gravidez ocorrer.

A organização dos serviços nas unidades básicas de saúde, para uma assistência integral a gestante durante o pré-natal, inclusive com a oferta oportuna do teste rápido para detecção precoce da sífilis, é essencial para redução dos indicadores de prevalência da doença e redução dos indicadores de morbimortalidade.

O projeto de intervenção, que investe em ações educativas com os profissionais de saúde das equipes da ESF assume a perspectiva de contribuir com a redução dos indicadores de sífilis congênita no município de Girau.

O envolvimento dos profissionais de saúde e da gestão municipal no desenvolvimento das atividades propostas, aliado à conscientização das gestantes para adesão à prevenção, garantirá a eficácia da nossa intervenção.

6 REFERÊNCIAS

RODRIGUES CS, GUIMARÃES MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. **Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(3): 168–75.

CAMPOS, A.L.A; ARAÚJO, MAL; MELO, SP; GONÇALVES, MLC. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle.** Cad. Saúde Pública vol.26 no.9 Rio de Janeiro Set. 2010.

DONALÍSIO, MR; FREIRE, JB; MENDES, E.T. **Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido.** Epidemiol. Serv. Saúde v.16 n.3 Brasília set. 2007.

CARRARA, S. **Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0

RODRIGUES CS, GUIMARÃES MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. **Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(3): 168–75.

CAMPOS, A.L.A; ARAÚJO, MAL; MELO, SP; GONÇALVES, MLC. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle.** Cad. Saúde Pública vol.26 no.9 Rio de Janeiro Set. 2010.

DONALÍSIO, MR; FREIRE, JB; MENDES, E.T. **Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido.** Epidemiol. Serv. Saúde v.16 n.3 Brasília set. 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE- 2015

REVISTA ISTO È MEDICINA & BEM-ESTAR | N° Edição: 2412 | 26. Fev.16 - 20:00 |
Atualizado em 28.JAN.17 - 21:30

PIRES, ACS; OLIVEIRA,DD; ROCHA, GMNM; SANTOS, A: **Ocorrência de Sífilis Congênita e**

os Principais Fatores Relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade - revisão de literatura-. Revista UNINGÁ Review, Vol.19, n.1,pp.58-64 (Jul - Set 2014)

DOMINGUES, R M S MADEIRA; SZWARCOWALD CL; JUNIOR PR BS; LEAL

M C: **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil**. Rev. Saúde Pública 2014; vol.48 n°.5):p.766-774.

FORMENTI, L. Jornal **O Estadão Conteúdo**, Brasília, 20/10/2016. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimasnoticias/estado/2016/10/20/ministrodasaudeadmitequebrasilviveumaepidemiadesifilis.Htm>. Acessado dia: 20/03/2017 as 21:15

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, Rev. Saúde Pública 2008;42(4):768-72

Plano Municipal de Saúde do Município de Girau do Ponciano – 2014;

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, 2006.

BRASIL - Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites. **SÍFILIS Estratégias para Diagnóstico no Brasil**, Brasília: Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 100 p. 2010. (Série TELELAB).

BRASIL - Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais: **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids**, Brasília,- DF,100 p. 2012.

Brasil – Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção a Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde: Rede Cegonha - **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica**.

SILVA, A C Z; BONAFÉ, S M: **SÍFILIS: UMA ABORDAGEM GERAL**, Anais Eletrônico VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/ana_carolina_zschornak_da_silva.pdf

Acessado dia 19/03/2017 as 00:27

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Sífilis**. Disponível em: (www.aids.gov.br). Acesso em: 18 Março de. 2017.