

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**VILMA MARIA DA COSTA BRITO**

**PLANO DE AÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO  
MUNICÍPIO DE MACAPÁ: O DESAFIO DA MUDANÇA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**VILMA MARIA DA COSTA BRITO**

**PLANO DE AÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO  
MUNICÍPIO DE MACAPÁ**

**“ O DESAFIO DA MUDANÇA”**

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

**Prof. Dra. Ariane Thaise Frello Roque -  
Orientadora**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PLANO DE AÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ“ O DESAFIO DA MUDANÇA”** de autoria da aluna **VILMA MARIA DA COSTA BRITO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Neonatal e do Lactente.

---

**Prof. Dra. Ariane Thaise Frello Roque**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Agradeço também ao meu esposo, Roberto, que de forma carinhosa e as vezes silenciosa me deu força e coragem, apoiando-me nos momentos de dificuldades, quero agradecer também as minhas filhas, Fernanda e Juliana, que embora não tivessem conhecimento técnico do assunto, mais compreenderam de maneira especial meu esforço em busca de conhecimentos.

Agradeço a minha professora orientadora que teve paciência e que me ajudou bastante á concluir este trabalho.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>08</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>09</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
<b>6 ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## RESUMO

Uma das formas de cuidado com a sífilis congênita é a realização do tratamento adequado, além disso, compreendemos que o melhor método ainda seja a prevenção. Objetivou-se nesse estudo realizar a elaboração um plano de assistência à saúde da mulher e da criança com sífilis congênita em toda rede assistencial de saúde do município de Macapá, garantindo com isso um acesso com qualidade e um atendimento integral e humanizado em toda a rede assistencial do Estado e do Município de Macapá. O trabalho será realizado por meio do ensino por competência, que tem como princípio a relação educação e trabalho, e foi considerada adequada, pois essa metodologia leva o indivíduo a mobilizar, de forma articulada, conhecimentos, habilidades e atitudes para a resolução de problemas do cotidiano profissional, indo além da sua experiência acumulada, ou seja, criando e transformando a sua própria realidade. Da fase de implantação e implementação até a fase de execução da rede e demais fases existentes no processo, deve acontecer numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Macapá – SEMSA e a Secretaria de Estado da Saúde do Amapá – SESA, com apoio do Ministério da Saúde – MS. Este estudo demonstrou que a incidência de sífilis congênita no Município de Macapá é alta, apesar dos dados apresentarem limitações, já que a subnotificação de casos de sífilis materna e sífilis congênita é elevada. Portanto, não se conhece a verdadeira magnitude do problema, pelo que há necessidade de desenvolver também um plano para aprimorar a qualidade do Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria de transmissão sexual ou vertical, que pode produzir, respectivamente, a forma adquirida e congênita da doença. (Brasil, 2006).

Segundo a OMS ( Nota técnica conjunta nº 391/2012/SAS/SVS/MS), a sífilis continua sendo um problema mundial com estimativa de 12 milhões de pessoas infectadas por ano, apesar de existirem medidas preventivas eficazes e de baixo custo. As mulheres grávidas infectadas pelo *Treponema pallidum* podem transmitir a infecção para o feto, causando com isso a sífilis congênita, com graves conseqüências para o feto e o recém-nascido.

A sífilis congênita é uma infecção causada pela transmissão do *Treponema pallidum*, da gestante infectada para o seu bebê, pela via sanguínea no momento do parto ou placentário durante a gestação. Sabe-se que:

- a transmissão materna pode ocorrer em qualquer fase gestacional;
- a taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é de 70 a 100%, na fase primária e secundária da doença, reduzindo-se para 30% na fase latente e terciária.
- ocorre morte perinatal em 40% das crianças infectada.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, pode ocorrer abortamento espontâneo, morte fetal, prematuridade, recém-nascidos sintomáticos, recém-nascidos assintomáticos.

A sífilis congênita pode ser dividida em *recente*, quando o caso da doença é diagnosticado até o segundo ano de vida, e *tardia*, quando se diagnostica a doença após os dois anos de idade da criança.

A sífilis congênita é um marcador da qualidade da assistência no pré-natal. No Brasil, o Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, registra notificação, em média, de cinco mil novos casos a cada ano, com uma taxa de incidência de 1,9 por mil nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência.

O Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita do Ministério da Saúde de 1993, dispõe sobre o controle da sífilis congênita, que só será possível através da integração entre os Programas Materno infantil, Programa de Saúde da Família e de Agentes

Comunitários de Saúde, e os Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids, organizações não governamentais, profissionais de saúde e a própria comunidade.

## **2 OBJETIVOS:**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de assistência à saúde da mulher e da criança com sífilis congênita em toda rede assistencial de saúde do município de Macapá, garantindo o acesso com qualidade e um atendimento integral e humanizado.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Propor a instrumentalização na Atenção Primária em Saúde do Município de Macapá o tratamento à criança com sífilis congênita.
- Incentivar a capacitação e qualificação dos profissionais que atuam na rede assistencial de saúde materno-infantil, através da educação permanente;

### **3 DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA/QUESTÃO**

Neste Plano, o Município de Macapá assumiria a responsabilidade de organizar a assistência à mulher e a criança para a realização do diagnóstico e tratamento da sífilis através da realização do teste rápido, visando à redução da mortalidade materna e infantil, proporcionando a essa população alvo, um sistema de saúde melhor, mais justo, com garantia de acesso e qualidade e acima de tudo humanizado.

O Hospital da Mulher Mãe Luzia – HMML, único hospital público do Estado do Amapá em referência para gravidez de alto risco e cuidados neonatal dispõe atualmente de 140 leitos distribuídos da seguinte forma: leitos de pós parto normal, gravidez de alto risco, tratamento ginecológico, pós operatório, UTI obstétrica, UTI neo natal UCI, canguru.....pré parto e enfermaria de pós parto imediato.

Devido ser a única maternidade pública do Estado o HMML atende ainda uma população oriunda do Estado do Pará (ilhas próximas ao Amapá) causando com isso uma super lotação constante na maternidade. O índice de sífilis congênita ainda é muito alto no Estado e após o nascimento.

Para que o referido plano de ação possa ser consolidado, gestores, a coordenação de atenção básica, área técnica saúde da mulher, coordenação do PACS/PSF, coordenação de DST/AIDS e coordenação da saúde da criança deverão estar em articulação para apoiar a implantação do teste rápido e diagnóstico para HIV, e tratamento para a sífilis congênita no âmbito da Rede Cegonha.

Da fase de implantação e implementação até a fase de execução da rede e demais fases existentes no processo, deve acontecer numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Macapá – SEMSA e a Secretaria de Estado da Saúde do Amapá – SESA, com apoio do Ministério da Saúde – MS, além de reuniões e encontros com as áreas técnicas e participação do Gestor de Saúde Municipal a fim de subsidiar o diagnóstico da saúde e identificar os problemas e prioridades para definir as linhas de ação estratégicas, diretrizes, objetivos e metas visando garantir o direito à saúde e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através da execução de ações individuais e coletivas que contribuam para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Brasil, a transmissão vertical da sífilis permanece como um grande problema de saúde pública. Em 2011 os dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN mostram uma taxa de detecção de 3,3 casos por mil nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência. Mais de 50% dessas crianças são assintomáticas no nascimento, com grande probabilidade do desenvolvimento de graves sequelas, torna-se essencial o diagnóstico e o tratamento oportuno no pré-natal.

A política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde – Ministério da Saúde (2006) inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis. Para tanto, o Ministério da Saúde vem conduzindo esse processo de implantação da Rede cegonha em que, no seu componente pré-natal, visa garantir a oferta de teste rápido para triagem da sífilis no acolhimento ou na primeira consulta da gestante na unidade básica de Saúde.

Para que essa ação ocorra foram instituídas as seguintes portarias:

- Portaria nº 3.161 de 27 de dezembro de 2011 – dispõe sobre a administração da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Portaria nº 3.243 de 30 de dezembro de 2011 – dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para a triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações;
- Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012 – dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para detecção de HIV e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito para atenção ao pré-natal para gestantes e sua (s) parceria (s) sexual (is).
- Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 – institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.

### 4.1 - HISTÓRIA DA SÍFILIS

Há duas vertentes principais sobre a origem da patologia. Uma defende que a Sífilis é uma doença de origem Americana e que o navegador genovês Cristóvão Colombo foi responsável pela chegada dela na Europa tornando - se conhecida, no mundo, desde o século XV.

A outra vertente sobre a origem afirma que ela é uma doença antiga presente no Velho Mundo. Possivelmente no século XVI o seu agente etiológico sofreu algumas

mutações tornando – se mais virulento. De modo que a origem da patologia não é, claramente determinada; mas há relatos que Hipócrates na Grécia antiga documentou - a em sua forma terciária (AZULAY, 2008).

Em 1494, Carlos VIII invadiu Roma, com um exército de 12.000 homens. Estes guerreiros eram recrutados de várias nações permanecendo, entre orgias e comemorações com prostitutas, as levaram para invadir Nápoles no ano de 1495, seguindo com orgias, ao ponto desta invasão a ser chamada “Fornicação”, sendo forças maiores fez com que o exército do rei se imigrasse para Itália, onde dois médicos constataram aspectos clínicos nos soldados lesões que parecia grão de milho e constataram como Sífilis e com isso os soldados disseminaram a doença em suas famílias (NETO; SOLER; BRAILE; DAHER, 2009).

A sífilis foi encontrada em uma amostra proveniente de um esqueleto de 200 anos de idade, na ilha de Páscoa, realizaram um diagnóstico inicial de infecção causado por treponemas, houve uma confirmação extensa de purificação da imunoglobina, que reagiu com o antígeno T. Pallidum (HO EL; LU KEHART SA, 2011).

#### 4.2 - AGENTE ETIOLÓGICO

O T. pallidum é uma bactéria do filo espiroqueta, que possui duas espécies causadoras doenças no homem, são elas:

T. pallidum e T. carateum. A primeira possui três subespécies: T. pallidum endemicum, T. pallidum pertenuieie T. Pallidum. O T. pallidum é uma espiroqueta gram-negativa delgada, contendo no nucleóide seu genoma.

Tem pouca possibilidade de crescer em condições de cultura in vitro, vive em condições anaérobica ou microaerófila. Tendo a porção externa da membrana apresentando poucas proteínas, propriedade que o possibilita escapar da respostas imune do hospedeiro e assim, causar a doença por anos e até décadas.

Entre os polipeptídeos presentes em sua membrana os mais abundantes são um grupo de lipoproteínas de função ainda desconhecida, mas parece ser importantes na resposta imune durante a infecção sífilítica. Os flagelos de T. pallidum e outras espiroquetas são únicos no que diz respeito ao seu conteúdo proteico; eles também são periplasmáticos (MIKALOVÁ; 2010).

### 4.3 - MODO DE TRANSMISSÃO DA SÍFILIS

O *T. pallidum* é adquirido através do contato direto com a ferida, seja, através da relação sexual vaginal, anal ou oral. Mulheres grávidas com Sífilis podem transmiti-la para o bebê, sendo denominada Sífilis congênita. A outra forma de transmissão é rara, pois é por via indireta, ou seja, transfusão sanguínea (AVELLEIRA; BOTINO, 2006).

#### Sífilis congênita

A Sífilis pode ser de origem congênita. Ocorre por transmissão vertical quando for transmitida da mãe para o feto através da via placentária. Na Sífilis congênita ocorre a disseminação hematogênica do *T. pallidum* na gestante, presente na corrente sanguínea da mãe o agente atravessa a barreira placentária após 16 semanas de gestação e penetra na corrente sanguínea do feto. Os principais fatores que determinam maior probabilidade de transmissão estão presentes somente nas fases iniciais da doença, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes aumentando o risco do feto ser contaminado. A taxa de transmissão é de 70%-100% na fase primária e secundária, e aproximadamente de 40% na fase latente tardia. Havendo a contaminação do feto, há risco maior de ocorrer aborto espontâneo ou morte fetal. A Sífilis quando se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada de Sífilis congênita precoce,

e após os dois anos de vida é chamada Sífilis congênita tardia (KHETARPAL; KEMPF; MOSTOW, 2011).

Após a confirmação da doença na gestante, começa os trabalhos de prevenção que vão até o nascimento da criança. Estes cuidados impedem que haja as diversas

manifestações cutâneas de imediato, ou no período de latência e a evolução que ocasionaria algumas lesões deformantes como: a destruição tecidual e cutaneomucoso além de manifestações como icterícia, generalizada, anemia e também graves seqüelas neurológicas. Desta forma, a Sífilis gestacional requer uma intervenção imediata para não ocorrer a transmissão vertical, destacando com isto a importância da realização do pré-natal e do acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro oferece gratuitamente diagnósticos rápidos e precisos para os cuidados com a gestante (BRASIL, 2010).

### Sífilis decapitada

A Sífilis decapitada é adquirida pela transfusão sanguínea, já que não apresenta a fase primária e tendo início diretamente na fase secundária da doença devido ao *T. pallidum* ter o contágio direto com sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O risco de transmissão transfusional de Sífilis na população é baixo devido ao preenchimento de um questionário antes da doação e exames laboratoriais, excluem os pacientes doentes que são grupos de risco. Mesmo que ocorram falhas, o risco de contágio é baixo, pois a bactéria morre rapidamente durante as

condições normais de armazenamento do sangue (HEIR HE; JENUM PA, 2010).

### Sífilis primária

Manifesta-se como um o cancro duro ou protossifiloma caracterizando a lesão inicial, que surge no local da inoculação após o contato com o agente infeccioso. Causa adenite no intervalo de três semanas a quatro semanas e depois desaparecem sem deixar cicatrizes; manifesta-se com sinais flogístico com uma pápula de cor rósea, que evolui para uma lesão erosada ou ulcerada de um vermelho mais intenso, é indolor, sem manifestações inflamatórias perilesionais, com as bordas endurecidas, um fundo liso e brilhante, revestido por um material seroso.

Depois de uma ou duas semanas, o sintoma é de uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, com nódulos duros e indolores. O cancro apresenta-se como uma pequena ferida ou ulceração firme e dura ocorrendo no ponto exposto inicialmente ao *Treponema*, freqüentemente nas extremidades do pênis, no reto, na boca ou na língua. Entre 90% a 95% dos casos são notificados na região genital. No homem é mais comum diagnosticá-lo no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

No sexo feminino, as lesões podem ocorrer no interior do trato genital ou nos pequenos lábios, porém são difíceis de serem diagnosticadas, devido à dificuldade de visualização (SARACENI, 2005).

### Sífilis secundária

A fase secundária inicia-se entre quatro e oito semanas após a lesão primária. Na maioria dos casos os pacientes pensam que estão curados ou, às vezes, não se lembra de ter tido a lesão primária. Sabe-se que em um quarto (25%) dos casos

diagnosticados de Sífilis secundária a lesão primária ainda está presente. Após o contágio sexual o período de latência é de 7 a 90 dias. A doença em atividades acomete a pele e os órgãos internos distribuindo o *T. pallidum* pelo corpo do indivíduo contaminado. Os sintomas gerais da fase secundária são: mal-estar, cefaléia, dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, artrite e rouquidão, exantema no corpo e face (OLIVEIRA et al. , 2007).

#### Sífilis terciária

Esta fase é mais conhecida como tardia, é o resultado final na história natural da doença. Nesse estágio desenvolvem-se lesões com características terciárias, causando uma doença inflamatória lentamente progressiva e nesse estágio tem um grande potencial de evoluir e afetar todos os órgãos, incluindo a pele, mucosas, sistema ósseo, cardiovascular e nervoso. As lesões são solitárias, assimétricas endurecidas e com pouca inflamação. As manifestações mais comuns são: lesões bucais afetando com mais frequência o palato duro e a língua; sífilis óssea onde pode ocorrer osteíte gomosa, periostite, artralgia artrites, sinusites e nódulos justo-articulares. Também pode ocorrer comprometimento cardiovascular com a aortite sífilítica causando a insuficiência aórtica, aneurisma e estenose de coronárias. A Sífilis no sistema nervoso é assintomática ou sintomática, com as seguintes formas: meningovascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, neurosífilis, psicose, paralisia e atrofia do nervo óptico, acidente vascular cerebral (YACYSHYN; CHIOWCHANWISAWAKET EMERY; JHAMANDAS; RESCH; TAYLOR 2011).

#### 4.4 - DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

Os diagnósticos são clínicos epidemiológicos e laboratoriais. O primeiro passo é a identificação do *T. pallidum* que confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação do *Treponema*, que se apresenta móvel, porém a pesquisa direta se aplica somente no material retirado das lesões, chamada de biópsia ou autópsia, é um procedimento com de cerca 70% a 80% de sensibilidades (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O diagnóstico sorológico é baseado em reações não treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. A prova de rotina é a reação de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), um micro aglutinação com cardiolipina sendo indicada para o diagnóstico e segmento terapêutico, devido a propriedade de ser

passível de titulação. Após o tratamento do indivíduo o VDRL apresenta uma queda progressiva nas titulações, na fase primária é de 78% sendo que na fase secundária é de 100% e latente cerca 96% podendo resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção. Para a confirmação do diagnóstico utiliza-se um teste treponêmico como FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidades, sendo o primeiro a ser positivo na infecção. Sua sensibilidade na fase primária é de 84%, na secundária e latente é de 100% e de 96% na fase terciária. Já o comprometimento do sistema nervoso é comprovado no exame do líquido, podendo ser encontradas pleiocitose, hiperproteínoorraquia e positividade das reações sorológicas. O exame radiológico de ossos longos é útil como apoio do diagnóstico da Sífilis Congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

#### 4.5 - TRATAMENTO DA SÍFILIS

Nas diversas tentativas de tratamento e cura da Sífilis foram utilizadas, várias substâncias químicas, incluindo entre elas, o mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Em 1909, o cientista Paul Erlich elaborou um quimioterápico arsênico sendo denominado composto 606 ou Salvarsan e em 1910 foi anunciada a cura para sífilis devido ao entusiasmo e sucesso do novo medicamento (BERALDO, 2005).

Em 1917 utilizou também em pacientes portadores da doença o tratamento de malarioterapia. Expunha o *T. pallidum* ao calor, submetendo o paciente à banhos quentes com vapor visando aumentar a temperatura corporal; apesar do entusiasmo dos especialistas da época com possível terapia ela se mostrou pouca eficácia no tratamento da patologia (TARELOW, 2009).

No ano de 1920 utilizavam-se para a terapia o mercúrio e bismuto, este tratamento poderia durar meses, sendo muito dispendioso para o sistema de saúde, pois necessitavam no mínimo 20 consultas médicas durante o ano. Além destes inconvenientes as substâncias utilizadas para o tratamento eram muito tóxicas, e seus efeitos, às vezes, acarretava o óbito dos pacientes (GOLDIM, 2005).

Já em 1928 Fleming, fez a descoberta de um bactericida proveniente do fungo *Penicilium notatus* que modificou a história das infecções e conseqüentemente da sífilis. O antibiótico penicilina, fruto da descoberta, age interferindo na síntese do

peptidoglicano, um componente da parede celular do *T. pallidum* permitindo entrada excessiva de água o que acaba destruindo o microrganismo (SGARIONI, 2008).

No ano de 1930 foi utilizado o Trióxido de arsênio pela medicina ocidental, como o primeiro quimioterápico eficaz contra a sífilis. O mesmo já vinha sendo utilizado a mais de 5.000 anos pela medicina tradicional chinesa (AU WY, 2011).

Em 1943, Mahoney descobriu que a Penicilina interage em todos os estágios da sífilis. As lesões têm uma grande regressão devido à resistência da droga contra a sensibilidade do treponema (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Ocorreu na Europa em 1980 várias tentativas, usando a engenharia genética, na busca de um medicamento que fosse eficaz para pacientes alérgicos ou que apresentavam outras reações a base de penicilina, ocorrendo sua substituição sendo a ceftriaxona e doxiciclina (GOLDMEIER D; HAY P. 2011).

A sífilis geralmente é curável nos primeiros estágios, com uma única injeção intramuscular de penicilina. As doses adicionais são necessárias para tratar pessoas que tem Sífilis a mais de um ano. No entanto para pessoas alérgicas existem outros antibióticos que substitui a penicilina como; a ceftriaxona e doxiciclina. As pessoas que começam o tratamento da sífilis devem abster-se de relação sexual até o momento que as feridas estejam completamente cicatrizadas. Pacientes com Sífilis deve notificar os seus parceiros sexuais para que eles possam ser testados e se necessário receber o devido tratamento. Ter Sífilis uma vez não confere imunidade à pessoa, ou seja, não a protege de contágios futuro (FERREIRA, 2005).

Estudos apontaram que em países em desenvolvimento como Mbeya e a Tanzânia obteve-se uma alternativa no tratamento da sífilis a base de azitromicina, com uma única dose de 2g por via oral foi comprovado a mesma eficácia da penicilina bezatina numa dose com 2.400.000uI, intramuscular na prevenção e tratamento da sífilis (AIRES FT; SOARES RP; BERNADO WM, 2010).

Tratamento adequado:

É todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Gestantes alérgicas a penicilina, após o teste de sensibilidade, devem ser tratadas com eritromicina 500mg, por via oral de 6 em 6 horas durante 15 dias para a Sífilis recente ou durante 30 dias para a Sífilis tardia. Os Centros de Controle de

Doenças ( CDC ) recomendam triagem para Sífilis em todas as mulheres grávidas no início do pré-natal. Os médicos devem estar atentos às manifestações da Sífilis congênita, especialmente quando as crianças são filhas de mães que não receberam atendimento durante o pré-natal (KHETARPAL S; KEMPF E; MOSTOW E, 2011).

As secretarias municipais de saúde estabelecem um protocolo de tratamento padronizado para Doenças Sexualmente Transmissíveis, que é recomendado para garantir que todos os pacientes recebam tratamento adequado (SHIM.BS, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) deixa bem claro, que os tratamentos adequados dos casos que forem diagnosticados revertem à remissão dos sintomas em poucos dias. Sendo importante à realização precoce do diagnóstico da Sífilis, tanto para as gestantes como para outros portadores da doença, nas Unidades Básicas de Saúde (MACÊDO; BEZERRA; FRIAS; ANDRADE, 2009).

#### 4.6 - CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência de pré-natal adequada:

Captação precoce da gestante para o início do pré-natal;

Realização de, no mínimo, sete consultas com atenção integral qualificada;

Realização do teste rápido de sífilis no primeiro trimestre de gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes ( recém-diagnosticadas ou em seguimento);

Instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do (s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;

Documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante;

Notificação dos casos de sífilis congênita.

Além disso, as medidas de controle, envolvendo a realização do VDRL, devem abranger também outros momentos, nos quais há possibilidade da mulher infectar-se, ou, estando infectada, transmitir a doença para o seu filho: antes da gravidez e na admissão na maternidade, seja para a realização do parto ou para curetagem pós-aborto, seja por qualquer natureza outra intercorrência durante a gravidez.

#### 4.7 - PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Orientações gerais, antes e durante a gravidez

Enfoque à promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, em geral, e mais especificamente quanto à sífilis.

Prática de sexo protegido (uso regular de preservativos – masculino e feminino).

Antes da gravidez:

Diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva e em seu (s) parceiro (s).

Realização do VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar nas consultas dentro de ações de saúde sexual e reprodutiva, nas consultas ginecológicas em geral, incluindo as consultas de prevenção do câncer de colo do útero e de mama.

Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros:

#### 4.8 - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – REFERÊNCIAS PARA TRATAMENTO DO RECÉM NASCIDO NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ

- Unidade Básica de Saúde Marabaixo – atendimento todos os dias, 24 horas.

Endereço: Rua 04, S/N

Bairro: Marabaixo II

- Unidade Básica de Saúde Perpétuo Socorro – atendimento todos os dias, 18 horas.

Endereço: Rua Rio Xingu – nº 278

Bairro: Perpétuo Socorro

- Unidade Básica de Saúde Lélío Silva – atendimento todos os dias, 24 horas.

Endereço: Rua José Valente dos Santos – nº 126

Bairro: Buritizal

- Unidade Básica de Saúde Pedro Barros - Fazendinha – atendimento todos os dias, 18 horas.

Endereço: Passagem Dona Márcia – nº 445

Bairro: Distrito de Fazendinha

- Unidade Básica de Saúde Rubim Aronovich – atendimento todos os dias, 18 horas.

Endereço: Avenida 6 de setembro - 212

Bairro: Santa Inês

- Unidade Básica de Saúde Congós – atendimento todos os dias, 18 horas.

- 

Endereço: Avenida Claudomiro de Moraes – nº 340

Bairro: Congós

#### 4.9 - ATENDIMENTO, ENCAMINHAMENTOS E REFERÊNCIAS PARA O RECÉM NASCIDO

Serviços Especializados:

1 – Atendimento Pediátrico ( nas unidades básicas de saúde);

2 – Serviço de Neurologia ( serviço especializado do Estado);

3 – Serviço de Oftalmologia ( consulta nos serviços de referência da rede municipal);

4 – Serviço de Otorrinolaringologia ( serviço especializado do Estado);

5 – Acompanhamento Laboratorial ( laboratório da rede municipal exceto LCR);

6 – Acompanhamento Radiológico ( serviço especializado do Estado).

#### 4.10 - ENCAMINHAMENTO E ATENDIMENTO

##### NO HOSPITAL

O Hospital da Mulher Mãe Luzia, realizará o exame de VDRL em todas as puérperas que ali se encontram, e em caso de soro reagente a testagem será realizada nos recém-nascidos onde os mesmos deverão iniciar o tratamento ainda hospitalizado.

Antes da alta hospitalar o serviço ficará responsável em garantir que esta mulher seja atendida em uma das Unidades Básicas de Saúde e que seja referência para atender o recém-nascido e ainda que seja próxima ao seu domicílio.

O Hospital da Mulher Mãe Luzia, através do Serviço Social se responsabilizará em encaminhar a UBS de referência o kit contendo a medicação necessária para o tratamento do recém nascido, bem como o receituário médico com a dosagem diária prescrita.

O Serviço ambulatorial do HMML ficará com a competência de agendar consulta com as especialidades médicas necessárias e exames radiológicos quando o Município não dispor desses serviços.

A família do recém nascido só fará o tratamento nas UBS caso seja devidamente orientada e tenha bastante esclarecimento sobre os riscos da não realização do tratamento.

#### NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Antes de iniciar o tratamento para a sífilis congênita, toda a equipe da Unidade Básica de Saúde deve estar ciente que se iniciará um novo serviço e toda a equipe deve está preparada para acolher e tratar com respeito e cordialidade esta família que estará utilizando mais um serviço do SUS e toda equipe é responsável pelo sucesso desse tratamento.

O contato prévio do serviço social do HMML será com o diretor da UBS ou com o enfermeiro responsável que estiver na unidade.

O início do esquema terapêutico será sempre no mesmo horário.

#### 4.11 - PROTOCOLO DE ADMINISTRAÇÃO DA PENICILINA EM RECÉM NASCIDO.

TÍTULO Administração Intra-muscular (IM) de Penicilina Procaína em RNs

RESPONSABILIDADE Técnicos de Enfermagem e/ou Enfermeiros

QUANDO Quando prescrita. Nos casos de RNs de mães com sorologia positiva para SÍFILIS com potenciais riscos de desenvolver sífilis congênita.

ONDE Vastolateral da coxa direita e esquerda

MATERIAIS      Seringa de 3ml ou 5ml;

Agulha 30 x 8 mm para aspiração e 25 x 7mm para aplicação;

Duas bolas de algodão embebidas em álcool a 70%;

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Água destilada ampola com pó liofilizado de Benzil Penicilina Potássica + Benzil Penicilina Procaína;

Apresentação: Pó líofilo para solução injetável 400.000 – frasco-ampola.

DOSAGEM E TEMPO DE TRATAMENTO 50.000UI de Benzil Penicilina Potássica + Benzil Penicilina por Kg/peso do RN ( dose diária). Durante 10 dias.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

##### AÇÃO:

Identificar-se à mãe do RN chamando-a pelo nome;

Orientar-se a cliente quanto ao procedimento que será realizado no recém-nascido;

Solicitar permissão à cliente para iniciá-lo;

Higienizar às mãos;

Calçar as luvas de procedimento;

Utilizar máscara cirúrgica;

Conferir os cinco certos ( cliente, droga, dosagem, via de administração e horário);

Ler o rótulo do medicamento, verificando a data de validade;

Retirar o invólucro do frasco ampola Benzil Penicilina Potássica + Benzil Penicilina Procaína;

Realizar assepsia com álcool a 70% na tampa do frasco ampola Benzil Penicilina Potássica + Benzil Penicilina Procaína e no frasco de água destilada;

Diluir o frasco-ampola em 2 ml de água destilada, retirar a dosagem do frasco de acordo com a prescrição médica;

Trocar a agulha 30 x 8 pela 25 x 7;

Levar a seringa preparada, algodão e álcool a 70% ou clorexidine alcoólica a 5% em uma bandeja;

Fazer antissepsia do local, no sentido do retorno venoso, com o algodão embebido em álcool a 70% ou clorexidine alcoólica a 5%

Segurar a seringa com a mão dominante ( como se segura um lápis para escrever);

Fazer a prega (pinçar) do músculo com a mão dominante e introduzir a agulha com a mão dominante e com firmeza, obedecendo ao ângulo de 90°;

Soltar o músculo e estabilizar a seringa com a mão não dominante e puxar ( aspirar) o êmbolo co a mão dominante;

Injetar a droga se não houver retorno de sangue. Se houver o retorno, retirar a agulha e comprimir o local. Reiniciar o processo incluindo o preparo de outra droga e a seleção de outra região para a readministração;

Empurrar lentamente o êmbolo com a mão dominante injetando a droga;

Ao terminar a aplicação, comprimir a pele com o algodão e retirar a agulha/seringa;

Descartar a agulha e seringa em local próprio;

Retirar as luvas de procedimento;

Higienizar as mãos;

Registrar no receituário;

Orientar o responsável pela criança a respeito das possíveis reações adversas;

Se acontecer reações adversas encaminhar ao atendimento médico.

**RESULTADO ESPERADO** Administração intramuscular do medicamento no cliente certo, com a droga certa, dosagem certa, em via de administração e horários certos.

**REAÇÕES ADVERSAS** Abscesso, equimose, dermatite esfoliativa, dor no local da injeção, febre, vômito e diarreia.

**INTERCORRÊNCIA** Se houver retorno, retirar a agulha e comprimir o local. Reiniciar o processo incluindo o preparo de outra droga e a seleção de outra região para a readministração.

Observação: No caso de interrupção por mais de um dia de tratamento, o mesmo deverá ser reiniciado. Efetuar exame oftalmológico (fundo de olho) em todas as crianças sintomáticas.

**SEGUIMENTO:**

Deve ser ambulatorial mensal; realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses, interrompendo quando negativar. Diante de elevações de títulos sorológicos ou não-negativação desses até os 18 meses, re-investigar o paciente.

#### 4.12 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Objetivos: Identificar os casos de Sífilis Congênita para subsidiar as ações de prevenção e controle desse agravo, intensificando-as no pré-natal, e conhecer o perfil epidemiológico dessa doença, no Brasil, e suas tendências.

Notificação: A Sífilis Congênita é doença de notificação compulsória desde 1986 ( Portaria M.S nº 542, de 22/12/1986), notificando-se os casos confirmados.

Definição de caso: Para fins de vigilância epidemiológica, será considerado caso de Sífilis Congênita:

Toda criança, aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para Sífilis e /ou sorologia não-treponêmica reagente para Sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal, no momento do parto ou curetagem, cuja mãe não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;

Todo indivíduo com menos de 13 anos, apresentando as seguintes evidências sorológicas: - titulações ascendentes (testes não-treponêmicos), e/ou – testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses ( exceto em situação de seguimento terapêutico), e/ou – testes treponêmico reagentes após 18 meses, e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores que o da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de Sífilis Adquirida;

Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de Sífilis Congênita;

Toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

## 5 METODOLOGIA

O trabalho será realizado por meio do ensino por competência, que tem como princípio a relação educação e trabalho, e foi considerada adequada, pois essa metodologia leva o indivíduo a mobilizar, de forma articulada, conhecimentos, habilidades e atitudes para a resolução de problemas do cotidiano profissional, indo além da sua experiência acumulada, ou seja, criando e transformando a sua própria realidade. Essa ação transformadora é meta deste trabalho, que vai além de treinamentos e capacitações devendo refletir na execução das propostas de ação de cada grupo, fortalecidos por uma rede de profissionais das áreas afins e instrumentalizados para a melhoria da qualidade da coleta, consolidação e análise dos dados.

O referente trabalho propõe mudanças em uma maternidade de administração pública estadual, referência em urgência obstétrica e neonatal, situada na cidade de Macapá. Nessa maternidade, a missão é prestar atendimento de qualidade em ginecologia, obstetrícia e neonatologia, sendo referência para todo o Estado do Amapá e interiores do Pará, como Afuá, Breves e outros. Realiza cerca de 6000 atendimentos ao mês e cerca de 200 ao dia, entre atendimentos de emergência, partos e procedimentos de alta complexidade, realizando cerca de 600 partos ao mês.

A importância deste plano de ação é ressaltar a necessidade em conhecer os predisponentes que levam o indivíduo a adquirir a Sífilis bem como propor alternativas para que o tratamento da sífilis congênita possa ser uma realidade da atenção primária em saúde, pois o Hospital da Mulher Mãe Luzia não tem estrutura física para atender grande número de casos pois trata-se de uma maternidade de referência em gestação de alto risco e tratamento de RN grave.

O estudo se deu no Município de Macapá, capital do Estado do Amapá, é a única capital brasileira que está à margem esquerda do rio Amazonas cortada pela linha do equador. Encontra-se localizada no sudeste do estado, é a única capital estadual que não possui interligação por rodovia a outras capitais. De acordo com as pesquisas realizadas pelo IBGE em 2011, ela contava com uma população de 407.023 habitantes em uma área de 6563 km<sup>2</sup>, resultando em uma densidade demográfica de 52,4 hab./km<sup>2</sup>. Altitude igual a 15m em relação ao nível do mar, situada na latitude 00° 02' 18.84" N e longitude 51° 03' 59.10" O. Possui um Clima equatorial, quente e úmido, com temperatura média anual de 28°. É uma cidade com potencial turístico, porém pouco explorado.

Apresenta uma área física de 6.533 Km<sup>2</sup>, equivalente a 4,55% da superfície do Estado. Limita-se ao Norte com Ferreira Gomes, Cutias e Amapá, ao Sul com Santana, a Leste Oceano Atlântico, a Sudeste com Itaubal e o Delta do Rio Amazonas e a Oeste com Laranjal do Jarí. Está dividida em 09 Distritos Administrativos (Macapá - sede, Fazendinha, Carapanatuba, Pedreira, Bailique, Maruanum, São Joaquim do Pacuí, Santa Luzia do Pacuí e Coração.

População 2011: 407.023 habitantes. (IBGE)

Nascidos Vivos 2010: 10.203

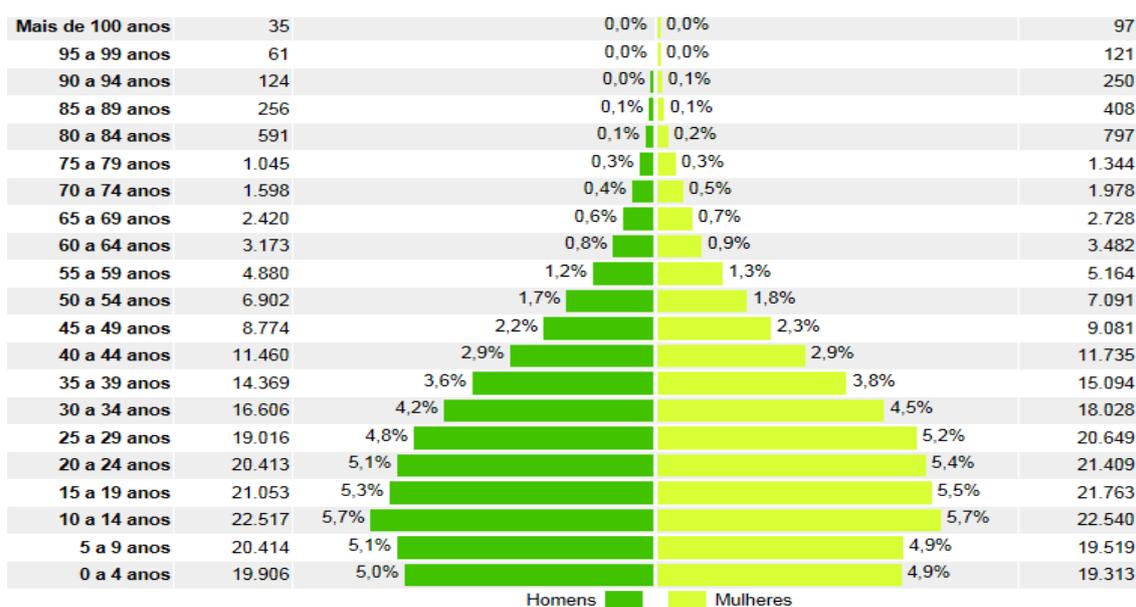
Taxa de fecundidade no Estado do Amapá: 3,1

Gestantes 2012: 10.203

## 6 ANÁLISE SITUACIONAL

Ao analisarmos a pirâmide etária observa-se uma predominância de jovens na faixa etária entre 10 a 19 anos tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino (gráfico 1).

**Gráfico 1: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, 2010**



Fonte: IBGE, 2010

As doenças mais frequentes, atendidas nos serviços básicos de saúde entre os anos de 2007 a 2009, segundo dados do serviço de epidemiologia da Secretaria Municipal de saúde de Macapá (SEMSA), com registro médio anual, são: as infecções respiratórias agudas com 23.638 casos, as parasitoses intestinais com 13.903 casos; problemas dermatológicos com 8.255 casos; as infecções do trato urinário com 6.615 casos; as doenças diarréicas com 5.335 casos e as doenças inflamatórias pélvicas com 2.683 casos. Todos os agravos são atendidos e tratados nos serviços básicos de saúde como os Postos e Unidades Básicas de Saúde são notificados e encaminhados à Vigilância Epidemiológica para alimentação do SINAN (Sistema de Notificação de Agravos).

## MORTALIDADE

Tabela . Número de óbitos não fetais por causa (CID 10) município de residência, Macapá - 2006 a 2010.

Causa (Cap CID10)	2006	2007	2008	2009	2010	%2010
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	56	74	91	77	82	5,90
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	120	143	145	137	131	9,43
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários</b>	2	10	10	7	6	0,43
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	38	40	52	78	58	4,18
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>	7	3	5	7	4	0,29
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	7	12	13	20	19	1,37
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>	0	0	0	0	1	0,07
<b>VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	1	1	1	1	0	0,00
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	149	190	220	236	221	15,91
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	49	86	142	118	131	9,43
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	34	40	57	56	52	3,74
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	1	2	1	3	2	0,14
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>	6	3	10	3	2	0,14
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	22	18	21	17	16	1,15
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>	6	6	4	3	1	0,07
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	162	171	163	168	143	10,30
<b>XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas</b>	24	23	26	22	16	1,15
<b>XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	165	186	207	276	176	12,67
<b>XX. Causas externas de morbidade e</b>	276	269	272	276	328	23,61

<b>mortalidade</b>						
<b>Total</b>	1.125	1.277	1.440	1.505	1.389	100,00

Fonte: SIM/CVS/SESA

A freqüência às consultas de pré-natal tem sido demonstrada por alguns estudos como uma das variáveis mais importantes relacionadas à gestação e ao parto na prevenção da morbidade e mortalidade infantil e de seus componentes. O acompanhamento rigoroso durante o pré-natal permite a identificação e intervenção precoces no sentido de minimizar danos à saúde materno-infantil. Sendo assim, a garantia de assistência pré-natal de qualidade adequadamente conduzido e a organização da assistência em sistemas hierarquizados e regionalizados de forma a garantir acessibilidade à gestante, pode detectar doenças maternas e fetais, melhorando assim a possibilidade de sobrevivência do recém-nascido e reduzindo a prevalência de retardo do crescimento intra-uterino, a prematuridade e a ocorrência de baixo peso ao nascer. Sabemos que o município vem avançando na redução desta mortalidade, mas precisa intensificar ações estratégicas para a diminuição deste grave problema de saúde pública.

## **MORBIDADE**

**Tabela - Casos confirmados de sífilis congênita, Macapá, 2007 a 2010**

<b>Mun Resid AP</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Macapá</b>	73	66	74	80

Fonte: SINAN/CVS/SESA

A tabela acima relata os casos confirmados de sífilis congênita no Município de Macapá nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010. O número de casos de sífilis congênita no ano de 2007 foi de 73 casos, no ano de 2008 foi de 66 casos e nos anos de 2009 74 casos e 2010 foram de 80 casos de sífilis congênita. Verificamos acima o aumento desses casos.

O Município precisa intensificar ações de prevenção da sífilis congênita através do diagnóstico precoce. Diante de tal realidade vem sendo necessária a implementação da qualidade da atenção à gestante, parceiro sexual e ao recém-nascido visando à diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido puerperal, a sífilis é a que tem as

maiores taxas de transmissão. A prevenção da sífilis congênita consiste em um pré-natal adequado, e a garantia de exames laboratoriais, já que é uma doença de fácil prevenção desde que a mulher infectada seja tratada imediatamente.

**Tabela - Percentual de Nascidos Vivos segundo consulta pré-natal, Macapá, 2010**

<b>Munic Resid - AP</b>	<b>% Nenhuma</b>	<b>% 1-3 vezes</b>	<b>% 4-6 vezes</b>	<b>% 7 e +</b>	<b>% Não inform</b>	<b>% Ign</b>
<b>Macapá</b>	4,2	17,1	40,0	37,1	0,1	1,6

Fonte: SINASC/CVS/SESA

No ano de 2010 o percentual de nascidos vivos segundo a consulta pré-natal foi de 4,2% nas mulheres com nenhuma consulta de pré-natal, 17,1% em mulheres que tiveram 1 a 3 consultas, 40% nas mulheres com 4 a 6 consultas e 37,1% de nascidos vivos nas mulheres com 7 consultas ou mais consultas.

Verificamos acima que a mulheres que obtiveram um número maior de acompanhamento pré-natal possuem maior números de filhos nascidos vivos. Apesar de ser uma prioridade entre as ações praticadas pelos serviços de saúde, marcadamente a partir de 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), persiste a dificuldade de acesso a essa assistência em algumas regiões. A baixa qualidade da atenção prestada à mulher, no ciclo gravídico puerperal, resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas.

Como recomendação do PAISM, os serviços já deveriam desenvolver discussão permanente com a população adstrita, especialmente com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal, de forma a obter adesão das gestantes ao serviço de pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez. Apesar da melhora na cobertura pré-natal, inclusive após a implantação das equipes do PSF, estratégia iniciada em 1994, com os princípios e desafios apontados à época da proposição do PAISM, os índices elevados de óbitos maternos persistem, pondo em pauta a qualidade das consultas do pré-natal. Reconhecendo, pois, a necessidade imposta de estabelecer mecanismos que viabilizassem a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, o Ministério da Saúde instituiu, em 1º. de junho de 2000, através da Portaria GM/MS nº 569/GM 2002, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresenta em sua

formulação os objetivos de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. pois, a alta incidência das Doença Sexualmente Transmissíveis tem se tornado grande problema de saúde pública. Vale refletir que estamos em pleno terceiro milênio, vivendo num mundo globalizado com avanços e descobertas acontecendo constantemente na área da saúde. Considerando a Sífilis dentro deste parâmetro, notamos um visível desconexo, pois um dos problemas que necessita do mínimo de sofisticação tecnológica é motivo de preocupação na saúde do Brasil.

A Sífilis não tratada ou tratada de maneira ineficaz no estado do estado gestacional pode acarretar a manifestação da Sífilis Congênita, e esta tem como vítima os fetos. Além disso, é a que ocasiona as maiores sequelas, bem como maior índice de óbito fetal e de recém nascidos.

Conforme os fundamentos científicos, ao ser acometido pela Sífilis, os indivíduos podem não se curar desta, mesmo após seu tratamento, permanecendo o vírus em estado de latência. Então, é viável enfatizar a necessidade em discorrer por meio de estudos a relevância em aprofundar a ideologia que vise a prevenção como proposta de tratamento primordial à sociedade, no intuito de promover meios alternativos que não seja apenas o tratamento farmacológico após a patologia instalada, mas também a prevenção como promoção à saúde dos indivíduos susceptíveis.

Os profissionais da área da saúde têm participação importante em ser um veículo de informações baseadas na atenção primária, que inclua as Doenças Sexualmente Transmissíveis, promovendo, assim, ações nas quais incluam novas formas, não utilizando de fórmulas igualitárias para “as sociedades”. É preciso suscitar a compreensão de que os custos e benefícios da prevenção da Sífilis se tornam mais favoráveis do que o tratamento, pois esta é uma oportunidade que os cofres públicos têm de remanejar as verbas para outros setores da saúde com novos investimentos. (BRASIL; 2010)

## 6.1 RESULTADOS ESPERADOS

O número de casos de sífilis congênita no ano de 2007 foi de 73 casos, no ano de 2008 foi de 66 casos e nos anos de 2009, 74 casos e 2010 foram de 80 casos de sífilis congênita pois verificamos acima o aumento desses casos.

O Município precisa intensificar ações de prevenção da sífilis congênita através do diagnóstico precoce. Diante de tal realidade vem sendo necessária a implementação da qualidade da atenção à gestante, parceiro sexual e ao recém-nascido visando à diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. A prevenção da sífilis congênita consiste em um pré-natal adequado, e a garantia de exames laboratoriais, já que é uma doença de fácil prevenção desde que a mulher infectada seja tratada imediatamente.

O Município de Macapá assumiria a responsabilidade de organizar a assistência à mulher e a criança para a realização do diagnóstico e tratamento da sífilis através da realização do teste rápido, e tratamento do RN.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que a incidência de sífilis congênita no Município de Macapá é alta, apesar dos dados apresentarem limitações, já que a subnotificação de casos de sífilis materna e sífilis congênita é elevada. Portanto, não se conhece a verdadeira magnitude do problema, pelo que há necessidade de desenvolver um plano para aprimorar a qualidade do Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Tendo em vista os dados apresentados, é importante desenvolver programas de educação e conscientização sobre a sífilis como tal, para prevenir as consequências futuras, assim como também se deve enfatizar na atenção tanto da gestante quanto do seu parceiro, não se limitando unicamente na gestante.

Da fase de implantação e implementação até a fase de execução da rede e demais fases existentes no processo, deve acontecer numa parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Macapá – SEMSA e a Secretaria de Estado da Saúde do Amapá – SESA, com apoio do Ministério da Saúde – MS, além de reuniões e encontros com as áreas técnicas e participação do Gestor de Saúde Municipal a fim de subsidiar o diagnóstico da saúde e identificar os problemas e prioridades para definir as linhas de ação estratégicas, diretrizes, objetivos e metas visando garantir o direito à saúde e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através da execução de ações individuais e coletivas que contribuam para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

O profissional de enfermagem tem um papel importante para erradicar a sífilis congênita, pois é necessária uma atenção qualificada e humanizada no pré-natal e puerperal, esse acompanhamento com reforços das ações de prevenção e diagnóstico, previne contaminação vertical para o feto que ajudará no controle e eliminação da patologia. O SUS (Sistema Único de Saúde) tem eficientes medidas de saúde pública, cabe aos profissionais, aumentar o conhecimento, se esforçar, para melhor acesso da população, nas Unidades Básicas de Saúde (SANTOS; ANJOS, 2009).

## 8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. AIDS: Boletim Epidemiológico. AIDSDST. Documento Eletrônico Disponível em: < [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Brasília: PN DST/AIDS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS**. Bases Técnicas para a eliminação da sífilis congênita – Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

BRASIL. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Testes de Sensibilidade à Penicilina - Manual – Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso/ Ministério da Saúde, 8. Ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 3.161 de 27 de dezembro de 2011** – dispõe sobre a administração da Penicilina nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Portaria nº 3.242 de 30 de dezembro de 2011** – dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para a triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.

BRASIL. **Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012** – dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e sua (s) parceria (s) sexual (is).

BRASIL. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011** – Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.

MANUAL de Administração de Medicamentos Injetáveis – Hospital Pequeno Príncipe, 2012.

MIURA, E. **Infecções congênitas e perinatais**. J Pediatr 1993; 69 (2): 80-96.

SPECK, W.T.; TOLTZIS, P. **Infecções por espiroquetas**. In: Nelson WE. Tratado de Pediatria. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

COMO prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu Município. Fundo das Nações Unidas para a Infância ( UNICEF) – 2008.

SANTOS, Vanessa Cruz; ANJOS, Karla Ferraz de Sífilis: **Uma realidade prevenível.** Sua erradicação, um desafio atual. Revista Saúde e Pesquisa, v.2, nº 2, p.257-263, maio/agosto 2009.