REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE SIFÍLIS CONGÊNITA NO MUNÍCIPIO DE TIMON-MA

Laiana Kátia Silvina de Sousa[1], Fabiana de Moura Souza[2]

[1] Enfermeira. Especialista em Obstetrícia pela Faculdade Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM). Discente do curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI)
*Correspondência: laiana.sousa@hotmail.com
[2]. Biomédica. Tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Analises Clínicas pela Faculdade Internacional Signorelli (FISIG), Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Doutoranda em Biotecnologia dos Recursos Naturais pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

RESUMO

A sífilis é uma enfermidade infecciosa sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, tendo como principais formas de transmissão, as vias sexual e vertical. Essa pode se manifestar de forma congênita e adquirida. O presente projeto objetivou reduzir a Incidência de Sífilis em gestantes e sífilis congênita no município de Timon - ma. A Relevância da elaboração, execução e monitoramento deste plano reside na evidente epidemia de sífilis congênita verificada nos últimos dez anos pesquisados referente aos anos de 2007 a 2017. Serão gerados relatórios dos sistemas e/ou consolidado das planilhas, as informações produzidas pelas ESF e Unidades hospitalares para cálculo dos indicadores, seguidos da análise e produção de relatórios e boletins epidemiológicos para divulgação aos gestores, profissionais e população. Verificou-se falha no acompanhamento e tratamento de gestantes com sífilis congênita e ressalta-se a importância de intervenções eficientes para tal sentido e que haja maior vigilância nas ações epidemiológicas, notificação, diagnóstico precoce, melhor qualidade na assistência ao pré-natal, maior adesão ao tratamento de sífilis e consequentemente uma redução da morbimortalidade infantil por sífilis.

Palavras-chave*:* Gestante; pré-natal; Sífilis Congênita.

REDUCTION OF THE INCIDENCE OF CONGENITAL SIFILS IN THE TIMON-MA CITY

ABSTRACT

Syphilis is a systemic infectious disease, caused by the bacterium Treponema pallidum, having as main forms of transmission, the sexual and vertical routes. This may manifest congenital and acquired. The present project aimed to reduce the incidence of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the municipality of Timonma. The relevance of the elaboration, execution and monitoring of this plan lies in the evident epidemic of congenital syphilis verified in the last ten years surveyed for the years 2007 to 2017. System reports will be generated and / or consolidated of the spreadsheets, information produced by the FHEs and Units indicators, followed by analysis and production of reports and epidemiological bulletins for dissemination to managers, professionals and the population. Failure to follow-up and treat pregnant women with congenital syphilis has been observed, and the importance of effective interventions for this purpose is emphasized, as well as greater vigilance in epidemiological actions, notification, early diagnosis, better quality of prenatal care, greater adherence to the treatment of syphilis and consequently a reduction of child morbidity and mortality from syphilis.

Abstract e Keywords: Pregnant*; prenatal; Congenital syphilis.*

INTRODUÇÃO

A cidade de Timon é um município brasileiro do estado do Maranhão, com uma população de 167.619 habitantes. Está situado na microrregião geográfica de Caxias, Mesorregião do Leste Maranhense e Região de Planejamento do Médio Parnaíba.

O Município de Timon implantou a Estratégia de Saúde da Família no ano de 1998 inicialmente com 11 equipes, na atual gestão o total de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal são cinquenta e sete, sendo distribuídos em quarenta e seis equipes na zona urbana e onze na zona rural.

O município possui 360 profissionais atuando na atenção básica, dentre eles, agentes comunitarios de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e ASB, que fazem a cobertura de 100% da população, que segundo o IBGE (2017), totaliza 167.619 habitantes. Ressalta-se ainda que atualmente o município está passando pelo processo de Planificação, que visa implementar e fortalecer a APS.

O Setor Saúde do município, conta ainda com um Hospital Municipal, Hospital Regional que funciona como maternidade referência para risco habitual e Unidade Pronto Atendimento (UPA). Possuem também Centros de especialidades onde são ofertados serviços de: cardiologia, ortopedia, neurologia, dermatologia, pneumologia, cirurgia, oftalmologia, infectologia, fisioterapia, pediatria e ginecologia com serviço de colposcopia; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto, Infantil e de Alcoólicos e Drogados; Centro de Especialidade Odontológica (CEO); e Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM), além de ser atendido pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU).

Em relação aos indicadores o coeficiente geral de mortalidade no município de Timon, referentes aos anos de 2007 e 2017 observa-se um aumento aproximado de 231%, passando de 383,14 por 100.000 hab. para 1.268,35 por 100.000 hab., respectivamente, podendo ser justificada talvez pelo aprimoramento da base de dados do Sistema de Mortalidade (SIM), bem como falha na assistência à saúde. Já em relação à taxa bruta de natalidade houve uma redução de 17,6% comparando o mesmo período acima.

A taxa de mortalidade infantil no ano de 2017 foi de 29/1.000, já a taxa de mortalidade neonatal precoce, taxa de mortalidade pós- neonatal e taxa de mortalidade em menores de 5 anos no ano de 2017, foi respectivamente 14,2/1.000 Nascidos Vivos, 10,2/1.000 NV e 34,5/ 1.000NV.

Com relação a Razão de morte materna, a maior taxa foi no ano de 2013 com 395,9/1.000 NV, reduzindo em 2017 para 72,7/1000 NV, podendo estar relacionada à intensificação das ações do Comitê de Mortalidade Materna e sensibilização dos profissionais quanto à importância da redução da mortalidade materna.

Em relação à sífilis, o município de Timon faz parte do projeto Ministerial denominado “Projeto Integração Inteligente Aplicada ao Fortalecimento da Rede de Resposta Rápida à Sífilis”, mas apesar da implementação de políticas de saúde pública, tanto em nível municipal quanto em nível estadual, de assistência à saúde materno-infantil vários problemas ainda estão presentes, sendo a sífilis na gestação e a sífilis congênita agravos de grande importância.

Examinando a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2007 a 2017, observou-se um total de 77 notificações de sífilis na gestação e 268 notificações de sífilis congênita, todos notificados em menores de 1 ano. O ano com maior número de notificações em ambos agravos foi no ano de 2017, com 23 casos notificados na gestante (29,9%) e 51 casos notificados no RN (19,0%).

O perfil das gestantes com sífilis entre os anos 2007 a 2017 mostra que a faixa etária mais acometida pela doença é a de 20 a 34 anos com um percentual de 75,3%, estando em seguida à faixa etária de 15 a 19 anos com 20,8% e 3,8% entre 35 a 49 anos. Segundo a escolaridade, 26% encontravam-se como ignorado/branco, seguido de 23,3% das gestantes com ensino fundamental incompleto da 5ª a 8ª série. Com

relação ao quesito raça/cor em todos os anos analisados, a maioria é parda (80,5%), estando em seguida da raça/cor ignorada com 13%. Comparando com os dados das notificações de SC, não houve mudança da prevalência nas faixas etárias e raça/cor das mães, diferindo apenas na escolaridade que tem maior prevalência as mães que possui ensino fundamental incompleto da 5ª a 8ª série (41%).

Em 2017, observou-se uma taxa de detecção de 8,6 casos de sífilis em gestantes/1000 nascidos vivos, sendo estes notificados no primeiro trimestre de gestação 8,7%, já no segundo trimestre foram 47,8% e no terceiro trimestre foram 30,4%.

Analisando os dados acima, percebe-se a falha quando na iniciação tardia na assistência do pré-natal, o que retrata um pré-natal incompleto ou inadequado. O pré-natal inadequado impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce. (1,2)

Com relação ao tratamento das gestantes com sífilis observou-se que no período de 2007 a 2017, 13% realizou tratamento com Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, dose adequada para a sífilis primária, 6,4% foram tratadas com penicilina G Benzatina 4.800.000 UI, 66,2% foram tratadas com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI e que utilizaram outro esquema foram 1,2%.

A maioria dos casos de gestantes notificadas está sem classificação (Ignorada/branco) 78%. Destaca-se que possíveis erros de classificação podem levar a tratamentos inadequados, e que, na ausência de sinais clínicos e na impossibilidade de estabelecer a duração da infecção, a classificação adequada é sífilis de duração ignorada, sendo preconizado o tratamento como Sífilis Latente Tardia. (3)

Sobre o tratamento do parceiro no sistema de informação encontrou-se um percentual elevado de não tratados (57,1%), ignorado/branco 20,8% e só 22,1% fizeram tratamento nos anos avaliados. Assim, é importante que haja a inclusão do parceiro no pré-natal como estratégia para abordagem do problema e determinante para a cura eficaz na gestante. Porém, vários fatores podem estar envolvidos na dificuldade de tratamento dos parceiros sexuais, dentre eles estão: a questão cultural do adoecer do homem e problemas próprios dos serviços de saúde. (4)

Analisando os dados sobre sífilis congênita em Timon, com os dados registrados do SINAN, observa-se que nos últimos 09 anos houve um aumento progressivo da taxa de incidência de sífilis congênita. Em 2009 a taxa era de 3,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos, passando para 19,2/1000 NV em 2017.

Quanto à cobertura do pré-natal no período avaliado, 81,3% das mães de criança com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto 18,3% não fizeram e 0,4% constam como ignorado/branco. Dentre as mães que fizeram pré-natal, 49,5% tiveram a sífilis diagnosticada durante a gravidez e 50,5% no momento do parto/curetagem. Com relação ao esquema de tratamento materno, 85,1% foi tratamento inadequado e 1,1% foram tratados adequadamentee 19% tiveram seus parceiros tratados no período.

Quando analisamos os dados de mortalidade em crianças menores de 1 ano residentes de Timon, verificamos que no período de 2007 a 2017 ocorreram um total de 883 óbitos, destes 06 registrados como causa a sífilis congênita, tendo uma proporção de 0,68%. Estes ocorreram nos anos de 2014, 2016 e 2017.

A relevância da elaboração, execução e monitoramento deste plano reside na evidente epidemia de sífilis congênita verificada nos últimos dez anos pesquisados referente aos anos de 2007 a 2017. Destaca-se ainda que o mesmo proporcionará articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município, no que diz respeito a prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis em gestante e sífilis congênita, favorecendo um cuidado mais direcionado na gestação e puerpério da mulher. Sendo assim, o presente projeto de intervenção tem como objetivo reduzir a Incidência de Sífilis em gestantes e sífilis congênita no município de Timon - MA.

REVISÃO DE LITERATURA

A sífilis (CID 1 0: A51), é uma enfermidade infecciosa sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, tendo como principais formas de transmissão, as vias sexual e vertical (4). Considerada um agravo de caráter sistêmico e exclusivo do ser humano, com abrangência mundial, afetando igualmente todas as camadas sociais. Alguns estudos apontam que está relacionado à: baixo nível socioeconômico, coinfecção por HIV, comportamento sexual de risco, ausência de tratamento do parceiro infectado, dentre outros (5).

A sífilis pode se manifestar de forma congênita e adquirida, na forma congênita ou vertical ocorre por meio da via transplacentária, pelo fato da mãe possuir a doença e não a tratar corretamente; a forma adquirida é transmitida por meio do ato sexual sem proteção adequada, estando um dos parceiros com a doença em sua forma latente ou ativa (6). A sífilis adquirida ainda se subdivide em precoce ou tardia, conforme o tempo e o grau da infecção (7).

Na gestação a doença tem prevalência assustadora, sendo considerada um dos principais motivos de óbito em recém-nascidos (3). A sífilis durante a gravidez está associada a parto prematuro, aborto espontâneo, natimorto, hidropisia não imune, morte perinatal e duas síndromes características de doença clínica, sífilis congênita (SC) precoce e tardia (8).

Os casos de sífilis no Brasil têm sofrido aumento no decorrer dos anos, de 2010 a 2016 a taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A sífilis adquirida, a partir da sua notificação compulsória desde 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. Se realizada a estratificação por regiões, a Região Nordeste apresentou 5.344 (6,1%) de casos de sífilis adquirida e 6.608 (17,7%) de sífilis gestacionais. No estado do Maranhão foram detectados 3,2% de casos de sífilis congênita. (9)

A notificação de casos de SC tem aumentado em todas as regiões do país, tendo alcançado a incidência de 4,7 casos por mil nascidos vivos em 2013 (11). Na região Norte apresenta o maior percentual de diagnósticos no terceiro trimestre de gestação, com 50,9% (29,0% no segundo e 14,7% no primeiro) e a Sudeste, o menor, com 31,2% (30,9% no segundo e 29,9% no primeiro). A região Nordeste aparece em segundo lugar, logo após o Norte (10).

A SC acomete quase todos os órgãos internos como coração, fígado e o sistema nervoso, e possui uma evolução crônica que afeta a pele. Essa sífilis não tratada tende a atacar o sistema imunológico e o emocional do indivíduo. A SC, portanto, pode ser classificada em dois períodos: precoce quando se manifesta na criança de até 2 anos de vida, apresentando baixo peso, prematuridade, hepatoesplenomegalia e lesões da pele; e tardia se surge em crianças após 2 anos de vida e com manifestações clínicas raras, de forma que poderá somente apresentar a cicatrização dos órgãos que foram lesados precocemente pela doença (6).

O diagnóstico da sífilis é clínico e esse pode ser realizado baseando-se nos sintomas que o paciente apresenta. É válido levar em conta os relatos do paciente sobre sua vida sexual e seus parceiros, para que seja levada em conta a possibilidade de coinfecção por HIV. Esse diagnóstico também pode se dar por meio da visualização direta do treponema em campo escuro ou imunofluorescência direta, sendo tais técnicas indicadas na sífilis primária, lesões mucocutâneas e na sífilis congênita recente (19).

Para efeito de confirmação clínica da doença podem ser realizados alguns testes que se dividem em: testes não treponêmicos, que são utilizados no diagnóstico e seguimento pós-tratamento VDRL (Venereal disease research laboratory) e o RPR (Rapid plasma reagin), e os testes treponêmicos, válidos para confirmação da infecção, que incluem o FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorption) e TPHA (Treponema pallidum hemagglutination assay) (19).

Os testes de Sorologia não-Treponêmica: O VDRL e o RPR, possuem elevada sensibilidade (RPR – 86 a 100% e VDRL – 78 a 100%) e possibilidade de titulação, o

que possibilita o acompanhamento sistemático do tratamento. Além dessa elevada sensibilidade, esses testes possuem realização técnica simples, rápida e de baixo custo. Sua principal desvantagem se refere aos resultados falso-positivos e falso-negativos.

Os testes de Sorologia Treponêmica TPHA e FTA Abs (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption), possuem elevada especificidade (TPHA – 98% a 100%; FTAAbs – 94% a 100%; ELISA – 97% a 100%). Assim, eles não são utilizados na rotina de triagem sorológica, pois possuem menor sensibilidade que os testes não-treponêmicos. Sua principal desvantagem é que se levando em conta a persistência de anticorpos treponêmicos no restante da vida de um indivíduo infectado, mesmo após o tratamento específico, não são úteis para o monitoramento, uma vez que não permitem diferenciar infecção recente de infecção passada. (7)

O teste VDRL deve ser oferecido à gestante desde sua primeira consulta no pré-natal, principalmente nos primeiros três meses de gestação e nos últimos três meses desta. Quando na maternidade a mulher admitida para o parto (nascido vivo ou natimorto) ou no caso de curetagem deve também realizar o VDRL. (20)

A penicilina tem sido a droga utilizada para o tratamento de gestantes com SC, pois esse ultrapassa a barreira transplacentária. Se comprovado alergia da gestante a essa substância, será utilizado eritromicina (estearato) no tratamento dessa gestante, mas é valido ressaltar que esse não será levado em conta como tratamento adequado, e os possíveis riscos de transmissão devem ser considerados. (20)

Nesse contexto, a Rede Cegonha foi instituída objetivando a redução do número de óbitos de mulheres e de crianças no país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, como é o caso da SC, principalmente no que diz respeito à má qualidade dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (12).

O método mais eficaz para o combate a SC está na assistência ao pré-natal de qualidade, na realização de um diagnóstico precoce, por meio da triagem sorológica e o tratamento em tempo oportuno. Assim o principal objetivo da atenção pré-natal é o acolhimento da mulher de forma qualificada e humanizada, realizando intervenções oportunas, desde o início da gravidez, captando precocemente a gestante (até 120 dias da gestação), realizando no mínimo 6 consultas de pré-natal e a ofertando exames laboratoriais básicos (2).

Nesse contexto é necessário que os profissionais que trabalham na atenção básica, requeiram e incentivem a realização dos exames laboratoriais do primeiro trimestre de gravidez (1).

O pré-natal é essencial para intervenções eficazes para prevenção da sífilis congênita, sendo que o ideal seria iniciar o pré-natal dentro dos dois primeiros trimestres (13).

No entanto alguns estudos apontam que na prática a assistência pré-natal encontra-se defasada, pois os profissionais de saúde não estão dando a devida importância para a sífilis congênita como um problema de saúde pública e as medidas de prevenção estão sendo ignoradas (2).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a prevenção da ocorrência desse evento sentinela e oferece diagnóstico e tratamento gratuitos para a população, com destaque para as políticas públicas direcionadas às gestantes e suas parcerias sexuais (14).

A política de saúde brasileira para enfrentamento da SC inclui o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, e o Ministério da Saúde tem priorizado a Estratégia Saúde da Família (ESF) para fortalecimento desse nível de atenção. Com o aumento da cobertura de ESF e de ações básicas como o atendimento pré-natal, seria esperado um melhor controle da transmissão vertical da sífilis (15), mas avaliações sobre a qualidade do pré-natal têm apontado resultados insatisfatórios, em que menos da metade das gestantes (7,7% a 49,6%) receberia acompanhamento adequado (16).

Durante a gestação é recomendado o uso da penicilina no tratamento da sífilis materna, sendo a mesma de primeira escolha, porém aquelas que apresentarem alergia

comprovada à penicilina e impossibilidade de sua dessensibilizarão, poderá ter tratamento alternativo com outras drogas (17).

Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97% (14).

Dentre diversos fatores o que mais contribuiu para a reinfecção e falhas no tratamento adequado das gestantes, aponta-se a falta do tratamento dos parceiros sexuais (18).

A literatura mostra que muitos casos de sífilis congênita poderiam ser evitados com programas oportunos, criados e dirigidos pelo próprio Ministério da Saúde (MS). Para que esses programas sejam eficientes cada região deve conhecer seus próprios limites, para identificação de falhas e direcionamento das ações (1).

3 PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Pouca realização do teste rápido na rede de atenção e demora para o fornecimento do resultado do teste VDRL, além de insuficiência de material informativo direcionado às populações geral e específica e inexistência das campanhas de combate à sífilis a nível local.	Ampliar as ações de prevenção e assistência da sífilis congênita no pré-natal.	Aumentar o número de casos com diagnostico precoce. Maio/2019.	Implantar a testagem da sífilis no pré-natal do homem. Determinar um tempo máximo para que os laboratórios conveniados disponibilizem os resultados do teste. Até junho/2019. Realizar palestras para todos os profissionais da enfermagem voltadas para a sífilis. Intensificar as campanhas (carnaval e dia de combate a sífilis). Realizar reprodução de folders e cartazes.	Técnicos da Vigilância em Saúde Gestores da Secretaria Municipal de Saúde Técnicos da Atenção Primária a Saúde Técnicos do Laboratório Municipal Técnicos do CTA
Dificuldade no diagnóstico e tratamento adequado das gestantes, puérperas e parcerias sexuais.	Capacitar os profissionais da atenção básica para o diagnóstico e tratamento da sífilis.	Qualificar os profissionais para o diagnostico e tratamento da sífilis. Março/2019	Organizar Fóruns e/ou Reuniões para os ACS's sobre a importância da identificação e busca ativa no domicílio das parcerias sexuais faltosos. Qualificar os profissionais de saúde da APS, médicos e enfermeiros, sobre o Manejo clínico da Sífilis, incentivando o	Técnicos da Vigilância em Saúde Técnicos do CTA Técnicos da SES

			uso do Protocolo Clínico da Sífilis padronizado pelo MS. Disponibilizar para todas as US o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas padronizadas pelo MS	Técnicos da Atenção Primária a Saúde
Inicio do pré natal tardiamente	Fortalecer o pré-natal no município.	Aumentar a adesão ao pré-natal. Junho/2019	Realizar palestra para mostra a população a importância do pré-natal. Realizar treinamento para ACS para orientação de gestantes durante as visitas domiciliares.	Enfermeiros

4- PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:

Monitoramento e Avaliação do Projeto de Intervenção para redução da incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita no município de Timon – MA.

INDICADOR	FONTE	PRAZO	DIVULGAÇÃO	RESPONSÁVEL	ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO
Número de testes de sífilis (Teste Rápido e/ou VDRL) por gestante.	SIA/SUS E-SUS	Trimestral	Relatórios	Coordenador da Vigilância Epidemiológica e APS	Serão gerados relatórios dos sistemas e/ou consolidado das planilhas, as informações produzidas pelas ESF e Unidades hospitalares para cálculo dos indicadores, seguidos da analise e produção de
Número de testes de sífilis (Teste Rápido e/ou VDRL) realizados no pré-natal do homem.	E-SUS	Trimestral	Relatórios	Coordenador da Vigilância Epidemiológica e APS	
Proporção de US realizando teste rápido para sífilis.	SISLOG-LAB	Bimestral	Relatórios	Coordenador da IST e APS	

Número de notificações/ medicação utilizada pela ESF	SINAN PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO	Trimestral	Relatórios	Coordenador da Vigilância Epidemiológica e APS	relatórios e boletins epidemiológicos para divulgação aos gestores, profissionais e população.
Percentual de gestantes com sífilis realizando tratamento adequado.	SINAN	Trimestral	Boletim epidemiológico	Coordenador da Vigilância Epidemiológica	
Número de casos novos de sífilis em menores de um ano de idade.	SINAN	Trimestral	Boletim epidemiológico	Coordenador da Vigilância Epidemiológica	

5 CONCLUSÃO

Com base no que foi exposto conclui-se que a execução deste projeto terá um impacto positivo na saúde do município, tendo em vista que haverá maior vigilância nas ações epidemiológicas, notificação, diagnóstico precoce, melhor qualidade na assistência ao pré-natal, maior adesão ao tratamento de sífilis e consequentemente uma redução da morbimortalidade infantil por sífilis.

Destaca-se ainda que o município faz parte do projeto Ministerial denominado “Projeto Integração Inteligente Aplicada ao Fortalecimento da Rede de Resposta Rápida à Sífilis”, e dessa forma os profissionais irão realizar as ações no seu horário de trabalho, e as demais ações pontuais referentes a prevenção e promoção ao agravo serão desenvolvidas em parceria com os coordenadores e técnicos da vigilância e outros parceiros.

Espera-se que esse projeto de intervenção possa contribuir para a atualização e qualificação dos profissionais envolvidos no manejo da sífilis em gestante da rede pública através da portaria implantada no município, fluxograma esse que será implantado, reduzindo-se assim o número de casos de SC do município abaixo do pactuado com o Ministério da Saúde e as consequências da SC nas crianças Timonenses.

Sabe-se que existem vários pontos de estrangulamentos na questão, os quais precisam de intervenção e soluções a curto e médio prazo a fim de que seja viabilizada a redução efetiva e satisfatória dos casos de SC no município.

Durante a execução deste projeto poderá haver algumas dificuldades como: o não cumprimento da carga horária, rotatividade de profissionais, desabastecimento da medicação especifica, dificuldade de reunir os profissionais médicos para fóruns e treinamentos.

REFERÊNCIAS

1. CABRAL, B.T. V; *et al.,* Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita: Um estudo retrospectivo. Revista ciência plural. 2017;

2. COSTA, C. C. Da; *et al.,* Sífilis Congênita no Ceará: analise epidemiológica de uma década. Revista Esc. Emf USP; 47(1):152-159, 2015;

3. CHAVES, J; *et al*., Sífilis Congênita: Analise de um Hospital do Estado do RS, Revista AMRGIS; 58(3): 187-192, jul. – set. 2014. Ilus. Tab.

4. LAFETÁ. K.R. G; *et al*. Sífilis Materna e Congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brás Epdemiol; 19(1):63-74 jan-març. 2016. Tab.

5. MAGALHÃES, D. M. Dos S; *et al*. Sífilis Materna e Congênita: Ainda um Desafio. Cad Saúde Pública; 29(6): 1109-1120, jun. 2013. Tab.

6. DELBEN, THAINARA VICTÓRIA TONDORF; VIANA, TIAGO RODRIGUES. Sífilis–Características e nova abordagem. Saúde & Conhecimento-Jornal de Medicina Univag, v. 1, 2018. Disponível em: <http://periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/download/73917.> Acesso em: 25nov. 2018.

7. 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. 72 p. Il. – (Série Manuais 24). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 27nov. 2018.

8. GOMEZ, G.B; et al .Hawkes untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ., 91 (3) (2013), pp. 217-226.

9. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – DIAVH/SVS/MS: Adele Schwartz Benzaken (Editora Científica). Boletim Epidemiológico. Sífilis 2017. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: < http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>. Acesso em: 27nov. 2018.

10. BRASIL. Ministério da Saúde, 2015. Impresso no Brasil / Printed in Brazil. Ficha Catalográfica. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

12. BRASIL: Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

13.HEBMULLER, M. G; Fiori, H.H; Lago, E.G. Gestão Subsequentes em Mulheres que tiveram Sífilis na Gestão; Ciência Saúde Colet. 20(9): 2867-2878, Set 2015. Tab. Ilus.

14.DOMINGUES R.M.S .M; Leal, M. C. Incidência de Sífilis Congênita e Fatores Associados à Transmissão vertical da Sífilis: Dados do Estudo Nascer no Brasil; Cad. Saúde Pública; 32(6): e00082415, 2016.

15.ARAÚJO *et a*l.; **Incidência de lá sífilis congénita em Brasil y su relación con la Estratégia Salud de la Familia**, Rev., Saúde Pública VOL.46 NO.3 São Paulo June 2012

16. GONÇALVES; et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. Bras Enferm. 2008;61(3):349-53.

17. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

18. LIMA, M.G; et al. Perfil Epidemiológico dos casos de Sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J. Hearth Biol. Sci; 5(1): 56-61, jan-març. / 2017. Graf, tab.*

19. DAMASCENO, Alessandra BA *et al.,* Sífilis na gravidez. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 13, n. 3, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12133/9986>. Acesso em: 26nov. 2018.

20. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 768-772, Aug. 2008 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S00348910200800040 0026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25nov. 2018.