

Plano de intervenção para a prevenção da sífilis em gestantes na atenção básica no município de Cocal-PI

Intervention plan for the prevention of syphilis in pregnant women in primary care in the municipality of Cocal-PI

Fabírcia Castelo Branco de Andrade Brito¹

Nathália Portela Veloso Boavista²

- 1- Orientadora. Enfermeira. Mestre em Saúde da Mulher pela UFPI.
- 2- Autora-correspondente: Médica. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde de Cocal-PI. E-mail: tataboavista@hotmail.com

RESUMO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano e com transmissão por meio de relação sexual ou materno-fetal, sendo chamada de sífilis congênita quando transmitida verticalmente para o feto. Objetivou-se elaborar um plano de intervenção educacional para a prevenção da sífilis em gestantes no município de Cocal- PI. Trata-se de um projeto de intervenção, que o público alvo serão as gestantes e as equipes multiprofissionais da atenção básica deste município. Desta forma, foram elaboradas as seguintes metas: capacitar 100% das equipes da atenção básica para a prevenção, diagnóstico e tratamento da SG; estimular 100% das equipes de saúde da família a realizar ações educativas de forma rotineira para a prevenção da SG e estimular 100% das equipes de saúde da família a realizar orientações durante as consultas médicas e de enfermagem sobre a SG. Portanto, intervenções que busquem capacitar equipes da atenção básica, bem como estimulá-los a realizar ações de prevenção da SG são importantes porque contribuirão em mudanças significativas no comportamento destas gestantes.

Descritores: Sífilis. Gestantes. Atenção Primária a Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Syphilis is a Sexually Transmitted Infection (STI), systemic, curable and exclusive to the human being and transmitted through sexual or maternal-fetal intercourse, being called congenital syphilis when transmitted vertically to the fetus. The objective was to develop an educational intervention plan for the prevention of syphilis in pregnant women in the municipality of Cocal-PI. This is an intervention project, the target audience of which will be pregnant women and multiprofessional teams in primary care in this municipality. Thus, the following goals were elaborated: to train 100% of the primary care teams for the prevention, diagnosis and treatment of SG; encourage 100% of family health teams to carry out educational actions on a routine basis for the prevention of SG and encourage 100% of family health teams to provide guidance during medical and nursing consultations about SG. Therefore, interventions that seek to train primary care teams, as well as encourage them to carry out preventive actions against SG are important because they will contribute to significant changes in the behavior of these pregnant women.

Descriptors: Syphilis. Pregnant women. Primary Health Care. Health Education.

INTRODUÇÃO

A intervenção será realizada na atenção básica do município de Cocal-PI. O nome deste município deve-se a duas palmeiras de coco babaçu, plantadas em frente à choupana de Dona Camila Silva, hoje localizada no centro da zona urbana da cidade, sendo municipalizada em 1947. Segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) a população estimada é de 27.787 habitantes.

O município conta com uma rede de saúde constituída por dois Centros de Atenção de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência em Saúde (CREAS), um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), um hospital de pequeno porte, com três ambulâncias, dez equipes de saúde da família, com dez Unidades Básicas de Saúde. Não possui Centro Especializado em Odontologia (CEO) e nem Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Pacientes que necessitam destes dois serviços são encaminhados ao município de Parnaíba-PI. Assim como o Serviço de Atendimento de Urgência Móvel (SAMU) é utilizado em parceria com o município de Parnaíba.

Levando em consideração os impactos da sífilis em gestantes para a saúde da mãe e da criança, assim como a importância de profissionais capacitados para a prevenção deste agravo justifica-se a escolha para o desenvolvimento de uma intervenção que elabore um planejamento estratégico no município de Cocal-PI.

Conforme o boletim epidemiológico da sífilis no Piauí, em Cocal, foram três casos notificados de sífilis congênita entre os anos de 2008 a 2018. Casos de sífilis em gestantes notificados foram cinco, todos no ano de 2008, não obtendo dados nos anos seguintes, o que leva a crer que os casos confirmados não estão sendo notificados adequadamente.

A sífilis no Brasil é considerada um problema de saúde pública no que tange ao aumento do número de casos de doenças infecciosas nas diversas populações, e neste caso, em especial em gestantes, devido ao impacto que traz para o feto (DOMINGUES; LEAL, 2016). A sífilis é uma doença milenar que vem prevalecendo sobre todas as tentativas de sua eliminação. Apesar da eficácia da penicilina no tratamento e cura, as gestantes acometidas não são tratadas ou são inadequadamente tratadas (CARDOSO et al., 2018).

A sífilis consiste em uma doença infecciosa sistêmica que possui como causa a bactéria *Treponema pallidum*. Constitui-se de quatro estágios de manifestação, contudo, principalmente os dois primeiros correspondem ao período mais contagioso e responsável pela maioria dos sintomas. Tem como as principais formas de transmissão as vias sexual e vertical (LAFETÁ et al., 2016; BRASIL, 2017).

A ocorrência de sífilis na gestação apresenta grande frequência e severas repercussões ao ambiente fetal. No Brasil, ocorreu alta constatada de 1047% entre 2005 e 2013, além do aumento no número de notificações de sífilis congênita de 135%. Esses números assustam profissionais de saúde, visto que, o agente causal é bem conhecido, os exames para detecção são disponibilizados, tratamento acessível e de baixo custo, sendo então incompreensíveis números crescentes em relação à doença (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, é de suma importância que profissionais de saúde conheçam a dimensão do problema encontrado, a fim de elaborar estratégias mais efetivas, e que seus gestores disponibilizem meios para obtenção de sucesso nessas medidas de intervenção. Tendo observado a comunidade em que atuou e análise de dados levantados desde o período inicial de atuação, a decisão foi a de realizar um projeto de intervenção que tem por objetivo Elaborar um plano de intervenção educacional para a prevenção da sífilis em gestantes no município de Cocal- PI e como objetivos específicos Capacitar as equipes da atenção básica para a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes;

Coordenar ações de educação em saúde para a prevenção da sífilis em gestantes; Otimizar a assistência ao pré-natal para a prevenção da sífilis em gestantes.

A decisão leva em consideração que a sífilis custa aos cofres públicos quantias milionárias para tentativa de erradicação, por meio de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento e que, ainda sim no Brasil e especificamente na área em que atuou são encontrados números inaceitavelmente altos em relação à doença.

REVISÃO DE LITERATURA

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Caracteriza-se por uma doença da Antiguidade, conhecida há séculos, cujo agente etiológico foi descoberto em 1905, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas denominada *Treponema pallidum* (BRASIL, 2016).

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica e com transmissão por meio de relação sexual ou materno-fetal, sendo chamada de sífilis congênita quando transmitida verticalmente para o feto. Quando não tratada, a doença evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo (BRASIL, 2016).

Quanto à via de transmissão, o contato sexual é o principal meio, seguido pela transmissão vertical, quando a gestante, acometida por sífilis, deixa de ser tratada ou é tratada inadequadamente. A infecção inicia-se quando o agente infeccioso penetra na pele ou na mucosa, devido a uma proteína localizada na membrana externa da bactéria que se liga a receptores localizados na superfície das células do hospedeiro. Desse modo, o organismo invasor multiplica-se localmente e espalha-se através do sistema sanguíneo, disseminando a infecção antes mesmo das lesões primárias se tornarem evidentes (PEREIRA, 2015).

A transmissão do *T. pallidum* e conseqüentemente da doença ocorre, predominantemente, por contato sexual, via transplacentária, contaminação do feto durante sua passagem pelo canal materno, transfusão de sangue ou até mesmo por acidentes ocupacionais, sendo essas duas últimas raras, representando uma pequena parcela dos dados notificados. Quanto à transfusão de sangue contaminado, na maioria dos países essas amostras de sangue são testadas para pesquisa de anticorpos anti-*T. pallidum* (PEREIRA, 2015).

Em relação às manifestações clínicas, a sífilis pode ser classificada em primária, secundária, latente e terciária. A primária configura-se pelo aparecimento de cancro duro, indolor e de bordos elevados. Ocorre no local da penetração da bactéria, podendo ainda estar presente da região genital. A ferida não apresenta sangramento, mas pode libertar um líquido claro e contagioso. Possui resolução espontânea entre 2 a 8 semanas (CUNNINGHAM et al., 2016).

Os indivíduos com lesões primárias não tratadas podem evoluir para a fase secundária. Essa fase caracteriza-se por possuir uma disseminação sistêmica do *T. pallidum*, gerando um exantema maculopapular disseminado, abrangendo a região palmar e plantar. As manifestações clínicas aparecem de 6 semanas a 6 meses após o surgimento do cancro e solucionam-se espontaneamente em 2 a 6 semanas (SILVEIRA, 2017).

A sífilis latente, geralmente subclínica, possui alta taxa de transmissão durante a fase transplacentária, onde a bactéria se encontra disseminada, podendo aparecer manifestações quatro anos após o contágio (BRASIL, 2014). A terciária é mais rara, acomete um terço dos pacientes não tratados e pode gerar doenças cardiovasculares ou neurosífilis. Esta última é diagnosticada em cerca de 10% dos doentes com sífilis não tratada, desenvolvendo-se em qualquer um dos estádios da infecção por *T. pallidum*. Suas manifestações clínicas aparecem de 5 a 20 anos após a infecção (HICKS; SPARLING, 2013).

A maioria dos casos de transmissão sexual decorre da invasão da bactéria a pequenos ferimentos, atingindo o sistema linfático e outras partes do corpo (LINS, 2014). Quando local, o sistema imune reage formando ulcerações na região da penetração. Na disseminada, formam-se complexos imunes circulares que podem acumular-se em qualquer órgão. Cerca de 16 a 30% das pessoas que mantêm relação sexual desprotegidas com indivíduos acometidos, tornam-se infectadas durante os primeiros 30 dias (FERREIRA, 2013).

A transmissão vertical ou congênita é estabelecida pela passagem do *T. pallidum*, presente na corrente sanguínea da gestante infectada, para a corrente sanguínea do feto. Estima-se que a incidência de transmissão vertical é superior a 70% em gestantes não tratadas em fase primária ou secundária da doença, enquanto na fase latente esse dado reduz-se de 10% a 30% (BRASIL, 2017a).

Diagnóstico da Sífilis Gestacional

Segundo o Ministério da Saúde, toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal. Além disso, deve ser realizado um teste logo após internação para o parto ou abortamento. Para diagnóstico da sífilis em gestantes podem ser utilizados os testes treponêmicos rápidos ou os convencionais (*FTA-Abs-Fluorescent treponemal antibody absorption*, *TPHA-Treponema pallidum hemagglutination*, *Elisa-Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*, entre outros e os não treponêmicos (VDRL, TRUST, RPR, entre outros) (BRASIL, 2017b).

A maioria dos testes rápidos são treponêmicos e imunocromatográficos, e permitem que o diagnóstico seja realizado em no máximo 30 minutos. A limitação principal dos testes rápidos é a mesma dos outros testes treponêmicos de rotina: não permite distinguir entre infecção ativa ou previamente tratada (FERTONANI et al., 2015).

É importante lembrar que cerca de 50% dos casos de sífilis congênita notificados são assintomáticos durante o nascimento, observando assim a relevância da triagem materna (SILVEIRA, 2017). Quando se tem sintomatologia, as manifestações clínicas são variáveis e a criança possui a possibilidade de nascer gravemente acometida com algumas manifestações tais como Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), icterícia, rinite serosanguinolenta, hepatoesplenomegalia, pênfigo palmo-plantar, exantema máculo-papular, pneumonite, pseudoparalisia de membros, osteocondrite, periostite, osteíte entre outras (LANSKY et al., 2014).

O diagnóstico da sífilis é clínico epidemiológico e laboratorial. De modo mais amplo, o diagnóstico laboratorial ainda continua sendo a principal escolha de se estabelecer um diagnóstico da sífilis e é baseado em exames de microscopia e exames sorológicos. Com achados laboratoriais,

encontram-se comumente alterações hematológicas, alterações de enzimas hepáticas e alterações liquóricas (BRASIL, 2017a).

Como exame microscópico, pode-se citar a prova direta em que se identifica a presença do *T. pallidum* no material coletado da lesão cutâneo-mucosa, de biópsia ou autópsia, assim como de placenta e de cordão umbilical. Apresentam sensibilidade de 70% a 80%, sendo esta alterada por alguns fatores, tais como: a coleta inadequada, tratamento prévio e coleta na fase final da evolução das lesões (BRASIL, 2017a).

Os testes sorológicos treponêmicos são qualitativos e compreendem o FTA- Abs, TPHA e ELISA, os quais identificam anticorpos antitreponêmicos. Apresentam uso limitado durante o período maternal, devido à possibilidade de anticorpo IgG materno atravessar a barreira placentária e assim não fechar diagnóstico em recém-nascidos. A partir dos 18 meses de idade, pode-se optar por esses testes uma vez que anticorpos maternos já não se encontram na corrente sanguínea da criança, possibilitando chegar à confirmação da infecção (SILVEIRA, 2017).

Quanto à sensibilidade, observam-se as seguintes: FTA-Abs- 84% a 100%; TPHA79% a 100%; ELISA 82% a 100%. Segundo Silveira (2017), esses testes não são eficientes para o controle de tratamento, uma vez que os mesmos podem manter-se reativos por um longo período, mesmo que o tratamento tenha sido adequado.

Já os testes sorológicos não treponêmicos identificam os anticorpos não-treponêmicos e podem se comportar como qualitativos e quantitativos. Dentre eles, pode-se destacar o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasm Reagin*), utilizados para triagem por apresentarem elevada sensibilidade de 78 a 100% e 86 a 100%, respectivamente. Em especial, o VDRL é considerado o exame padrão para o diagnóstico e é indicado para a gestante, bem como seus companheiros (BRASIL, 2017a).

No entanto, apresenta taxas elevadas de falsos positivos, como em caso de recém-nascidos de mães infectadas em que os anticorpos maternos podem ser transferidos pela placenta. Nesse caso, é preconizado que haja a comparação do teste não treponêmico da criança e da mãe (CARVALHO; BRITO, 2014).

Ressalta-se que os testes não treponêmicos são utilizados para a triagem e monitoramento do tratamento, enquanto os treponêmicos são úteis na confirmação do diagnóstico. No entanto, não se pode restringir a utilização de apenas um desses, uma vez que são insuficientes para o diagnóstico, já que ambos possuem limitações (BRASIL, 2016).

Tratamento da Sífilis Gestacional

Nos primeiros estágios, a sífilis possui cura, utilizando-se como terapia uma única injeção intramuscular de penicilina (GOUVEIA; BORGES; COSTA, 2013). Esse fármaco atua inibindo as enzimas catalisadoras da parede celular, com isso a bactéria torna-se vulnerável à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo (LAFETÁ et al., 2016).

Pessoas que possuem alergia à penicilina, recorrem a outros antibióticos, tais como a ceftriaxona e doxiciclina. O tratamento e o controle da sífilis seguem o protocolo imposto pelo Ministério

da Saúde, para que o manejo do paciente, principalmente quando se refere a gestantes, seja realizado de forma a que evite falhas, uma vez que pode comprometer a gestação (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

O tratamento da sífilis durante a gestação também deve ser realizado à base de penicilina, uma vez que esse fármaco atinge níveis séricos bactericidas no feto e assim, é efetivo nos casos de transmissão placentária. Apesar de tal mecanismo de ação, o uso desse fármaco possui 14% de chances de que ocorram falhas terapêuticas. Para ser considerado efetivo, o tratamento da gestante deve estar completo pelo menos trinta dias antes do parto, caso contrário o mesmo configura-se como inadequado (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Gestantes alérgicas à penicilina, devem fazer sua terapia à base de eritromicina 500mg, por via oral de 6 em 6 horas durante 15 dias para casos recentes ou durante 30 dias para os diagnosticados tardiamente. Os Centros de Controles de Doenças (CDC) preconizam triagem de sífilis para mulheres grávidas durante o pré-natal. Os clínicos devem manter-se atentos a sintomas da sífilis congênita, principalmente quando as crianças forem filhas de mães que não fizeram pré-natal (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Após oito horas da terapia da sífilis recente, algumas gestantes desenvolvem a reação de Jarisch-Herxheimer, a qual se caracteriza por febre, mialgias, taquicardia, hipotensão, com eritema nas lesões luéticas existentes. Esse fato eleva o risco de parto prematuro, bem como o sofrimento fetal caso ocorra no decorrer da segunda metade da gravidez (GOUVEIA; BORGES-COSTA, 2013).

Pacientes que iniciam o tratamento da sífilis devem privar-se de relações sexuais até que haja a cicatrização das feridas, além disso, os mesmos devem informar aos seus parceiros para que eles possam buscar o devido tratamento (GOUVEIA; BORGES, 2013). Estudos afirmam que a baixa procura de tratamento por parte dos parceiros é justificado por fatores socioeconômicos, políticas de saúde excludentes em relação ao homem e falta de informação (COSTA et al., 2013; DOMINGUES et al., 2014).

O Ministério da Saúde afirma que se o tratamento for seguido adequadamente, em poucos dias observa-se a melhoria dos sintomas, sendo assim, crucial para o diagnóstico precoce da doença. Possuir sífilis não confere imunidade à pessoa, ou seja, o paciente não está isento de contágios futuros (BRASIL, 2014).

Pesquisas alertam que o tratamento adequado do parceiro sexual para sífilis representa uma das principais dificuldades no controle da sífilis congênita, tendo em vista a falta de política específica para esta situação e as dificuldades inerentes à relação da gestante com seu parceiro (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015).

A não realização de tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis pode invalidar todas as medidas de controle instituídas durante o cuidado pré-natal, mesmo no caso das gestantes tratadas adequadamente e em tempo oportuno. O tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis também é realizado com penicilina benzatina, tendo como alternativas terapêuticas a doxiciclina e ceftriaxona (BRASIL, 2017b).

Quando a sífilis é adquirida durante a gestação, pode ocasionar aborto espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do bebê. A sífilis materna recente não tratada

possui uma contaminação para o feto de 80 a 100%, enquanto a sífilis materna tardia não tratada possui aproximadamente 30% de contaminação. Isso sugere que quanto mais avançada a doença, menor o risco de transmissão (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Após o diagnóstico deve-se iniciar imediatamente o tratamento nas gestantes e em seus parceiros, evitando assim a reinfecção. Essas gestantes são instruídas a tomar doses de penicilina e a retornarem mensalmente para o controle da cura por meio do VDRL, orientadas para que evitem relação sexual até a finalização da terapêutica, e no caso de gestantes alérgicas à penicilina, elas devem ser dessensibilizadas e se isso não for possível, devem ser tratadas unicamente com estearato de eritromicina durante 15 a 30 dias, no entanto, esta gestante não será considerada adequadamente tratada (CARDOSO et al., 2018).

Quanto ao acompanhamento da cura através do VDRL, se não houver queda dos títulos ou houver um aumento da titulação, a gestante deve ser novamente tratada e o profissional deve atentar para o tratamento do parceiro sexual (BARBOSA et al., 2017).

Diante do exposto, Nascimento e seus colaboradores (2017) afirmam que é de suma importância expor aos casais a eficácia do tratamento da sífilis, de modo a oferecer-lhes apoio psicossocial, investigando seu histórico, necessidades, e traçando uma assistência de enfermagem sistematizada.

Nesse sentido, durante o pré-natal o MS recomenda que a gestante visite o médico pelo menos seis vezes até o parto, no entanto, o número de consultas varia de acordo com a conduta de cada médico e também conforme as peculiaridades da gestação, em geral a gestante é orientada a retornar ao consultório do obstetra mensalmente até a 28ª semana de gravidez. Quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e semanalmente da 36ª até a 41ª semana (DOMINGUES, 2014).

Medidas de Prevenção da Sífilis

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina e melhorias nas notificações compulsórias. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Os métodos de diagnóstico e tratamento da sífilis são considerados simples e de baixo custo, no entanto, ainda nos dias atuais, as estratégias para a erradicação de tal agravo não surtiram os efeitos desejados. Assim, ainda se vê considerável número de casos e controle insatisfatório (GAO et al., 2013).

A OMS traçou medidas de prevenção e eliminação da doença apoiada em quatro eixos: assegurar o empenho político e promoção sustentáveis; aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materno-infantis; diagnosticar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros, bem como estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação (WHO, 2017).

Afirma-se que a principal medida de prevenção para a sífilis congênita consiste na assistência ao pré-natal de qualidade, o qual interfere diretamente na vida da gestante, do feto e/ou recém-nascido (COSTA et al., 2013). Para garantir a qualidade e agilidade dessa assistência, preconiza-se o acolhimento mais adiantado possível no programa de pré-natal, a realização de, no mínimo, seis consultas, além da realização de testes de VDRL no primeiro trimestre ou na primeira consulta e o segundo na 28ª semana de gestação (RODRIGUES; DOMINGUES, 2017).

Outro ponto crucial para prevenir tal patologia em gestantes consiste na realização de testes em seus parceiros sexuais, caso ambos sejam positivos para sífilis, faz-se necessário iniciar imediatamente o tratamento oferecido por unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Salienta-se que é comum a ausência de homens em unidades básicas, a qual é justificada por estas possuírem perfis voltados para a assistência a mães e crianças (TEIXEIRA et al., 2017).

Adicionado a tal fato, Domingues et al. (2014), afirma que homens optam mais por serviços que obtenham repostas rápidas, tais como os oferecidos em farmácias e prontos-socorros. Diante disso, é necessária uma abordagem interdisciplinar das famílias com o intuito de garantir o seguimento dos casos, adesão ao tratamento e controle da circulação do patógeno.

Desta forma, a estratégia Pré-natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população. Isso parte da constatação de que os homens geralmente acessam o sistema de saúde por meio da atenção especializada, já com o problema de saúde instalado e evoluindo de maneira insatisfatória (BRASIL, 2016).

Para o fortalecimento do pré-natal do parceiro é necessário que as unidades de saúde estejam preparadas para o acolhimento desse pai/parceiro. Dessa forma, sugere-se que sejam seguidas as recomendações para a Unidade de Saúde Parceira do Pai: Preparar a equipe de saúde; 2. Incluir os pais/parceiros nas rotinas dos serviços; 3. Incluir os pais/parceiros no pré-natal, parto e pós-parto; 4. Incluir os pais/parceiros nas enfermarias; 5. Promover atividades educativas com os homens; 6. Acolher e cuidar dos homens; 7. Preparar o ambiente; 8. Dar visibilidade ao tema do cuidado paterno; 9. Criar horários alternativos; 10. Fortalecer a rede de apoio social (BRASIL, 2016)

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção prevenção da sífilis em gestantes no município de Cocal-PI, sendo que o público alvo serão as gestantes e as equipes multiprofissionais da atenção básica deste município.

Desta maneira, foram estabelecidas algumas metas para o alcance dos objetivos propostos, tais como: capacitar 100% das equipes da atenção básica para a prevenção, diagnóstico e tratamento da SG. Essa capacitação será realizada em três encontros, com a colaboração da equipe da vigilância e dos gestores municipais. Inicialmente será solicitado a colaboração destes dois últimos, no intuito de

elaborar um cronograma para capacitar todas as equipes da atenção básica. A intenção é que essa capacitação ocorra uma vez por semana e com duração de 3h cada encontro.

Será utilizado como material informativo o Manual do Ministério da Saúde para a Prevenção e tratamento da SG. Essa capacitação também servirá para estimular 100% das equipes de saúde da família a realizar ações educativas de forma rotineira para a prevenção da SG e estimular 100% das equipes de saúde da família a realizar orientações durante as consultas médicas e de enfermagem sobre a SG. No intuito de atender essas metas, no último dia de encontro cada equipe de atenção básica terá que organizar um cronograma interno de ações educativas voltadas a prevenção da SG. Nesse cronograma terá a data da ação educativa, bem como o horário, local de realização e profissional responsável pela sua execução. Pretende-se desenvolver em três meses.

Cada equipe terá que se responsabilizar em monitorar e avaliar a execução das ações programadas, para com isso identificar as possíveis falhas e desenvolver estratégias de melhorias.

O quadro 1 mostra de forma sucinta os diferentes problemas em relação a SG, os objetivos, as metas e os prazos para execução, assim como os profissionais responsáveis por executá-las.

Quadro 1: síntese da intervenção.

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Profissionais de saúde necessitam de capacitação para aumentar e aprimorar seus conhecimentos.	Capacitar as equipes da atenção básica para a prevenção, diagnóstico e tratamento da SG.	Capacitar 100% das equipes da atenção básica para a prevenção, diagnóstico e tratamento da SG/ três semanas.	Será comunicado os gestores municipais a respeito dos objetivos e metas da intervenção. Capacitação será realizada em conjunto com a médica e a equipe de vigilância sanitária em saúde do município.	1-Médica 2-Equipe de vigilância sanitária em saúde 3-Gestores municipais
Ausência de ações programadas para a prevenção da SG nas UBS	Coordenar ações de educação em saúde para a prevenção da SG;	Estimular 100% das equipes de saúde da família a realizar ações educativas de forma rotineira para a prevenção da SG/ Três semanas	No último encontro todas as equipes terão que construir um cronograma trimestral de ações educativas voltadas a prevenção da SG, no intuito de tornar uma rotina nas UBS.	1-Médica 2-Equipe de vigilância em saúde
Ausência de ações programadas para a prevenção da SG nas UBS durante o pré-natal	Otimizar a assistência ao pré-natal para a prevenção da SG.	Estimular 100% das equipes de saúde da família a realizar orientações durante as consultas médicas e de enfermagem sobre a SG e também estimula-los em realizar ações educativas de forma rotineira para a prevenção da SG/ Três semanas	No último encontro todas as equipes terão que construir um cronograma trimestral de ações educativas voltadas a prevenção da SG, no intuito de tornar uma rotina nas UBS. Durante as consultas médicas e enfermagem será solicitado o VDRL, conforme recomenda o ministério da saúde, também serão realizados testes rápidos aos casos suspeitos. Os parceiros também serão convidados a realizar o pré-natal. Todas as equipes terão que construir um cronograma trimestral de ações educativas voltadas a prevenção da SG, no intuito de tornar uma rotina nas UBS.	1-Médica 2-Equipe de vigilância em saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os impactos em decorrência da sífilis na gestação demonstra a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas a seu controle, assim como de educação em saúde para a população, visto tratar-se de uma doença totalmente evitável, desde que seja feito o diagnóstico precoce e estabelecido tratamento adequado para a gestante infectada e seu(s) parceiro(s).

Portanto, intervenções que busquem capacitar equipes da atenção básica, bem como estimulá-los a realizar ações de prevenção da SG são importantes porque contribuirão em mudanças significativas no comportamento destas gestantes.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. R. M. et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1867-874, mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Brasília; Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Nota Informativa Nº 2- SEI/2017. **Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita**. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, n.36, v.48, 2017b.

CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 563-74, set. 2018.

CARVALHO, I. S; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 287-94, 2014.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-64, abr-jun. 2017.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.152-59, 2013.

CUNHA, A. R. C; MERCHAN-HAMANN, H. E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p.479-86, 2015.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. McGraw Hill Brasil, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-74, out. 2014.

FERREIRA, L. J. M. **Infecção por Treponema pallidum: análise serológica e pesquisa de DNA**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. UNL, 2013.

GAO, J. et al. Increasing trend of syphilis and infection resistance: a retrospective study. **International Journal of Infectious Diseases**, v.17, n.11, p.e971-e976, 2013.

GOUVEIA, A. I; BORGES, J. C. Sífilis na gravidez. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, Rio de Janeiro, v.71, n.4, p.513-17, 2013.

HICKS, C. B.; SPARLING, P. F. Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of early syphilis. **UpToDate**, 2013.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. 192-207, 2014.

NASCIMENTO, J. S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem para a Gestante com Sífilis: um Relato de Experiência. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**, 2017.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia**, v. 24, n. 4, 2015.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 26, n. 9, p. 1-4, ago. 2018.

PEREIRA, M. I. L. **Educação Sexual e a Geomedicina: A sífilis e o seu tratamento com mercúrio**, 2015.

RODRIGUES, D. C ; DOMINGUES, R. M . S. M. Management of syphilis in pregnancy: Know ledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. **The International journal of health planning and management**, 2017.

SILVA, M^a. A. M. et al. Perfil de mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis. **J. bras Doenças Sexo Transm.** v. 29, n. 2, p. 54-8, mai. 2017.

SILVEIRA, S. L. A. **Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário**. Dissertação de mestrado, 2017.

TEIXEIRA, G. A. et al. Predisposing Factors for Incidence of Congenital Syphilis. **International Archives of Medicine**, v.10, 2017.