

# EM BUSCA DE MELHORES PRÁTICAS PARA RESOLUTIVIDADE DAS AÇÕES DIRECIONADAS AO CONTROLE DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ/SC

Ângela Maria Weizenmann Sauter<sup>1</sup>  
Catarina Izabel da Silva<sup>2</sup>  
Flávia Soares da Cruz<sup>3</sup>  
Karina Mendes Garcia<sup>4</sup>  
Keila Maura de Souza<sup>5</sup>  
Mychelle Melo Cardoso<sup>6</sup>  
Regiane Valdeci Schmitt<sup>7</sup>  
Rosilene Catarina Pires Ventura<sup>8</sup>  
Sabrina da Silva de Souza<sup>9</sup>  
Thaís Titon de Souza<sup>10</sup>

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença grave que, se não tratada, poderá causar várias complicações, afetando praticamente todo o organismo humano e podendo provocar até a morte, mas que pode ser evitada com o uso de preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2015).

Causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a sífilis apresenta em sua evolução clínica fases onde há apresentação de lesões de pele ou mucosas, aumento de gânglios, queda de pelos, dores articulares, inflamações oculares entre outras, geralmente no primeiro ano da doença. Se não diagnosticada e tratada, o paciente doente poderá não mais apresentar sintomas

---

<sup>1</sup> Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. [angelamariasauter@yahoo.com.br](mailto:angelamariasauter@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira da Coordenadoria do Centro de Vigilância em Saúde da Prefeitura Municipal de São José. [catibel2007@yahoo.com.br](mailto:catibel2007@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira da Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. [flaviasoaresdacruz@yahoo.com.br](mailto:flaviasoaresdacruz@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. [mendeska80@gmail.com](mailto:mendeska80@gmail.com)

<sup>5</sup> Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. [keilamdesouza@gmail.com](mailto:keilamdesouza@gmail.com)

<sup>6</sup> Enfermeira da Policlínica Municipal de Saúde de São José e gerente da Regional de Saúde da Grande Florianópolis/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. [mychellemello@hotmail.com](mailto:mychellemello@hotmail.com)

<sup>7</sup> Enfermeira, Apoiadora de Território da Atenção Primária à Saúde – Distrito Sanitário Centro, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. [regianeschmitt1@gmail.com](mailto:regianeschmitt1@gmail.com)

<sup>8</sup> Enfermeira, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde da Grande Florianópolis/Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. [enfermeirarosilene@hotmail.com](mailto:enfermeirarosilene@hotmail.com)

<sup>9</sup> Doutora em Enfermagem. Enfermeira, Diretora de Planejamento em Saúde da Prefeitura Municipal de São José. [enfermeirasabrina@gmail.com](mailto:enfermeirasabrina@gmail.com)

<sup>10</sup> Doutora em Nutrição. Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. [thayvts@yahoo.com.br](mailto:thayvts@yahoo.com.br)

por muitos anos ou décadas, mas o seu ressurgimento indicará graves danos ao organismo, em especial lesões cardíacas, neurológicas ou psiquiátricas e ósseas (BRASIL, 2015).

Os casos de sífilis têm aumentado anualmente no mundo, no Brasil e em Santa Catarina. A estimativa da Organização Mundial da Saúde é que 937 mil pessoas são infectadas a cada ano no país (DIVE, 2015).

Em Santa Catarina, nos últimos seis anos (2010-2015), 15.797 pessoas foram diagnosticadas com sífilis adquirida. Além desses, 3.339 novos casos foram notificados em gestantes no mesmo período. Os números de sífilis congênita (transmissão da doença da mãe para o bebê) também se elevaram, passando de 76 casos em 2010 para 475 casos em 2015, incremento de, aproximadamente cinco vezes (DIVE, 2015). No total, foram 1.248 casos notificados em menores de um ano nesse período. Desses, 58 morreram em decorrência da doença. A sífilis congênita é ainda mais preocupante, considerando que a criança pode nascer livre da sífilis se houver o tratamento adequado da gestante infectada e do seu parceiro sexual (DIVE, 2015).

Em relação aos dados de 2015, foram registrados 5.706 novos casos de sífilis adquirida, um crescimento de 53,5% em comparação aos casos notificados no ano anterior, quando foram notificados 3.716 casos. Em relação às gestantes (notificadas separadamente), o aumento do número de novos casos foi de 61%, passando de 777 em 2014 para 1.254 em 2015. Já a sífilis congênita apresentou crescimento de 75%, com 475 novos casos notificados em 2015 e 272 em 2014 (DIVE, 2015). O aumento alarmante da sífilis congênita no último ano no estado de Santa Catarina, o coloca como o estado que apresenta as maiores proporções de não tratamento de gestante com sífilis (14,1%) entre os entes federativos. Além disso, a sífilis continua contribuindo de forma significativa nas taxas de mortalidade infantil (DIVE, 2015).

No ano de 2016, 554 casos de sífilis congênita foram notificados em Santa Catarina, um crescimento de 13,5% em relação aos 488 novos casos registrados em 2015. Destes, foram notificados 34 óbitos e 18 abortos. A maioria dos casos de sífilis congênita foi registrada na região da Grande Florianópolis (156), que também detém o maior número de notificações de sífilis em gestantes (286) (DIVE, 2015).

As gestantes requerem maior atenção no diagnóstico e tratamento da sífilis, pois a infecção pode provocar má formação do feto e aborto. Quando nasce, o bebê com sífilis pode apresentar-se gravemente doente, e, nesse caso, com elevado risco de morte, com manifestações clínicas que podem variar entre pneumonia ou sinais de infecção generalizada, lesões no corpo e nas mucosas nasal e oral. Outras poderão surgir apenas semanas ou meses depois do nascimento, como cegueira, problemas ósseos, surdez, hidrocefalia ou deficiência mental (DIVE, 2015).

Os municípios brasileiros tinham como desafio reduzir a taxa de sífilis congênita

(transmissão da sífilis de mãe para filho) a uma taxa menor ou igual a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2015). Esta foi a meta estipulada em 2010 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A média brasileira em 2010 era de 3,78 casos a cada 1.000 nascimentos (BRASIL, 2015). A eliminação da sífilis congênita vem sendo perseguida há décadas no Brasil. Avanços foram alcançados em vários sentidos, mas a complexidade dos fatores que interferem na cadeia de transmissão continua a desafiar os serviços de saúde. O agravamento da epidemia da sífilis, com o aumento expressivo da sífilis adquirida em todo o mundo, principalmente devido às relações sexuais desprotegidas, contribuiu para fazer soar os alarmes da saúde pública e tornar a resposta à sífilis congênita um objetivo prioritário no Brasil (BRASIL, 2015). Soma-se a essa preocupação a ocorrência de gravidez cada vez mais precoce entre as jovens brasileiras (BRASIL, 2015).

O tratamento da sífilis em gestantes é relativamente simples e a prevenção da sua transmissão para o recém-nascido é 100% eficaz mediante a administração de penicilina benzatina, o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto (BRASIL, 2015). No entanto, para que esse tratamento aconteça conforme o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e para que todas as gestantes com sífilis sejam tratadas, muitas condições devem ser garantidas (BRASIL, 2015):

- O acesso ao pré-natal deve ser o mais amplo possível. Mulheres em situação de vulnerabilidade (meninas e adolescentes, mulheres que usam drogas, profissionais do sexo) não podem ficar de fora;
- O início do pré-natal não deve ser tardio, porque a prevenção da transmissão da sífilis só é garantida quando o tratamento termina até um mês antes do nascimento do bebê;
- A qualidade do pré-natal deve ser assegurada, com a realização de no mínimo seis consultas;
- A garantia do acesso à detecção da sífilis na gestante deve ser a mais precoce possível, com a disponibilização dos testes rápidos para sífilis em unidades básicas de saúde ou laboratórios que consigam fornecer o diagnóstico em até uma semana;
- O tratamento com penicilina deve ser iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde. Em casos raríssimos de reações adversas, que podem ser evitadas por meio de anamnese, o protocolo de atendimento estabelecido pelo DAB (Departamento de Atenção Básica) deve ser seguido nas unidades básicas de saúde;
- O fornecimento da penicilina benzatina às unidades de saúde deve ser garantido e ininterrupto, caso haja problemas no abastecimento, a sua utilização para o tratamento de gestantes com sífilis deve ser priorizado;
- Os parceiros com sífilis das gestantes devem aderir imediatamente ao tratamento, em concomitância com o tratamento das mulheres.

Além dessas condições fundamentais na prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho, outros aspectos devem ser assegurados para que se possa vislumbrar a quebra da cadeia de transmissão, com impacto positivo na redução das taxas de sífilis congênita (BRASIL, 2015):

- Os parceiros que abandonarem as gestantes em tratamento da sífilis ou que não possuírem vínculo com estas devem ser testados e notificados, mesmo que não concordem em fazer o tratamento conjuntamente;

- A notificação da sífilis em gestantes é obrigatória, devendo, porém, ser realizada exclusivamente pelos serviços de saúde, como forma de possibilitar o controle epidemiológico. Quanto maior o número de detecções de sífilis, tratamento e notificação em gestantes, maiores são as chances de reduzir as taxas de sífilis congênita;

- A notificação da sífilis, quando não tiver sido feita durante o pré-natal, ou quando este não houver ocorrido, deve ser compulsória nos hospitais e maternidades, por ocasião do parto, e ser notificada como sífilis adquirida;

- A adesão ao pré-natal de grupos-chave com alto nível de vulnerabilidade (mulheres cada vez mais jovens, mulheres em situação de rua, mulheres que usam drogas, mulheres de homens em conflito com a lei, entre outras) deve ser garantida mediante estratégias específicas de atendimento a esses grupos, com apoio das Redes de Atenção disponíveis em cada território e acompanhamento do serviço social (BRASIL, 2015).

Segundo Domingues (2013) a sífilis congênita é uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento considerável da cobertura de assistência pré-natal e do número médio de consultas com a instalação do SUS, indica que a qualidade da assistência é insatisfatória. A ocorrência de sífilis na gestação está associada à cor, ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas piores, aos antecedentes de risco obstétrico, ao início tardio do acompanhamento pré-natal e ao número insuficiente de consultas (DOMINGUES, 2013). A ocorrência de sífilis congênita está associada ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta de tratamento do parceiro e ao tratamento incorreto dos casos diagnosticados.

A qualificação profissional contínua, ações de educação em saúde e a construção do vínculo estabelecido com o casal, facilitam o acompanhamento, a adesão ao serviço e tratamento adequado (VASCONCELOS, 2016). O conhecimento é inerente à prevenção e à adesão ao tratamento da doença e o seu desconhecimento torna a problemática da sífilis ainda maior, ocasionando sentimentos e atitudes que dificultam o processo de cura e prevenção da doença (VASCONCELOS, 2016).

Para uma boa adesão ao tratamento, o acolhimento, a empatia, a comunicação eficaz



são ações essenciais para a construção do vínculo entre profissionais da Atenção Básica e usuários. O vínculo é de fundamental importância para a melhoria do atendimento, pois é a partir desse componente que o profissional de saúde estabelece uma relação de confiança com o usuário no cotidiano. Empatia lembra compreensão com o semelhante, pois cuidar requer a empatia, ou seja, desenvolvimento de ações, colocar-se no lugar do outro, ouvindo e sentindo as suas necessidades, a fim de identificar como o paciente percebe e sente a sua situação (VEIGA & SANTOS, 2011).

Segundo Vasconcelos (2016) é necessária a promoção de ações pelos profissionais de saúde direcionadas à educação em saúde e ao controle da doença, incluindo ações de notificação, busca ativa, tratamento adequado e acompanhamento sorológico para comprovação da cura, a fim de que possam ser propostas mudanças que impliquem em um melhor enfrentamento da doença e, por sua vez, numa melhor qualidade de vida às gestantes e seus parceiros sexuais.

Komka e Lago (2007) definem notificação como sendo a comunicação, por profissional de saúde ou qualquer cidadão, feita à autoridade sanitária, de doença ou agravo à saúde. Sua credibilidade é dependente da capacidade de os profissionais de saúde diagnosticar corretamente essas ocorrências. Eles devem ser capacitados e ter conhecimento das normas técnicas ou normatizações da definição de caso. A definição de caso é fundamental para a vigilância epidemiológica, possibilitando a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a definição da ocorrência desse evento. O objetivo principal é tornar comparáveis os critérios que regulam a entrada de casos no sistema.

A notificação de sífilis em gestante teve início na portaria nº 33, de 14 de julho de 2005, que inclui sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória. Esta foi iniciada para controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, e acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle (BRASIL, 2006). É considerado um caso a gestante que, durante o pré-natal, apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2006).

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986). A investigação deve ocorrer em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério, e todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2006).

São quatro critérios para estes casos (BRASIL, 2006).

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

- Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas:

1. Titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou
2. Testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou
3. Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou
4. Títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe.

- Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

- Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Carvalho (2015) descreve que sífilis adquirida ou a doença de Lues, como também é chamada, passou a ser de notificação obrigatória no Brasil a partir de portaria nº 2472 de 31 de agosto de 2010. Sua definição de casos para fins epidemiológicos de notificação é todo indivíduo assintomático ou com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cranco ou lesões compatíveis com sífilis secundárias), teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico (BRASIL, 2010).

Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, é imprescindível estabelecer o sistema de referência e contra referência baseados na acessibilidade e continuidade da assistência. Neste sentido, a estruturação formal do sistema de referência e contra referência tem sido umas das formas de sistematização do trabalho, pois, de acordo com Petrucci (2010), este sistema é fundamental para concretizar a integralidade.

Pontes *et. al.* (2009) referem que quanto melhor estruturado for o fluxo deste sistema, maior será a eficiência e a eficácia da assistência prestada. Embora haja falha, este sistema ainda é uma ferramenta importante para a efetividade das ações em saúde. A garantia da assistência ao usuário em qualquer etapa do processo saúde/doença vai depender de sua eficácia.

A Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010). O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o

desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde (BRASIL, 2012). A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados (BRASIL, 2012).

O aumento de casos de sífilis nos últimos anos demonstra a necessidade de estratégias de prevenção efetivas. No Brasil, entre as políticas de saúde pública, a assistência à saúde materno-infantil sempre foi prioritária, mesmo que com diferentes perspectivas no decorrer da história. Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8080 de 1990, questões relacionadas à mulher e às infecções sexualmente transmissíveis foram fortalecidas pela garantia de uma saúde integral e universal (MESQUITA, 2010).

Como estratégia para garantir a integralidade no cuidado, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm como prerrogativa organizar as ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde à Atenção Terciária à Saúde para garantir a referência e a contra referência de pessoas com informações aos pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Há um esforço para a implantação de redes temáticas de atenção à saúde nos estados e municípios, entre elas a Rede Cegonha, que visa à humanização da assistência, através da implementação de uma rede que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o que está diretamente relacionado à prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2014).

Conhecer o território, os serviços de saúde existentes, o fluxo de atendimento, o processo de trabalho, as características epidemiológicas e socioeconômicas locais, ou seja, conhecer a Rede de Atenção à Saúde é um instrumento essencial para qualificar a adoção de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2014).

Parte integrante das RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

Quanto à reorientação das práticas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, o que significa que

a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos ou dimensões do processo saúde-doença (ALVES, 2005).

De acordo com o princípio da integralidade, a ESF deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora. A abordagem da vigilância da saúde contempla o enfoque por problema, contrapondo-se, desta maneira, à atuação orientada por programas (MENDES, 1996). O enfoque por problemas parte do reconhecimento da área adstrita e de sua população para a identificação, descrição e explicação de seus problemas de saúde, para assim sobre eles intervir. Deste diagnóstico da situação de saúde local espera-se a participação ativa da comunidade, o que favorece o desenvolvimento da consciência sanitária pela possibilidade de compreensão sobre os problemas de saúde e seus determinantes (ALVES, 2005).

O desafio a ser superado refere-se à dicotomia das ações dos setores envolvidos na assistência à saúde. O modelo de vigilância da saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Nessa lógica, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença. Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe, ainda, o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como o sujeito do processo (CAMPOS, 2003).

Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente (CAMPOS, 2003).

Sendo assim, as atribuições das equipes guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde. A saúde da família pode, portanto, ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde. Essa nova lógica de atuação não deve se limitar à saúde da família, mas sim, disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares. Outros aparelhos sociais presentes em cada local devem também contribuir para essa lógica assistencial. Deve-se buscar, nos programas de saúde coletiva, o estabelecimento de propostas de ação conjunta voltadas para solucionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando contribuições de diversas áreas técnicas, contribuindo assim para que as equipes locais possam estar capacitadas a tratar problemas de forma integral (CAMPOS, 2003).

As equipes de saúde devem promover, ainda, ações de educação em saúde, sendo



elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis. Desta forma, as ações de educação e de divulgação de informações precisam ser reforçadas especialmente durante o pré-natal e parto. Entretanto, essas ações idealmente mais efetivas devem ocorrer ainda antes da gravidez com a população em geral (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o uso de preservativo segue como uma das principais formas de prevenção e deve ser disponibilizado como parte da rotina de atendimento, associado e incorporado com ações de promoção em saúde por meio de informação, comunicação e educação individual e coletiva relacionada às doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2015b).

Araújo *et. al.* (2014) realizaram um estudo sobre sífilis congênita em Fortaleza, Ceará avaliando a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações para prevenção e controle da sífilis congênita. A pesquisa concluiu que havia baixo percentual de profissionais capacitados para sífilis nas unidades da Estratégia da Saúde da Família, o que pode dificultar o manejo no tratamento e compreensão do diagnóstico pelos profissionais. O estudo também identificou que poucas unidades realizavam atividades de educação em saúde, considerando que as ações desenvolvidas na atenção primária contribuem para o controle da sífilis congênita.

Outro estudo realizado por Domingues *et. al.* (2013), com objetivo de analisar a assistência ao pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis mostrou que a sífilis congênita é uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada, para tanto precisa de estratégias inovadoras e maior responsabilização dos profissionais perante um problema evitável.

No município de São José/Santa Catarina, local de abrangência para o desenvolvimento deste projeto aplicativo, a situação da sífilis é crescente nos últimos anos, assim como no estado de Santa Catarina e no Brasil, principalmente relacionada à sífilis congênita. Em relação à estruturação do município para prevenção e tratamento deste agravo, destaca-se que ações de prevenção são desenvolvidas em consultas de pré-natal, com a equipe de saúde da família (Enfermeiro e Médico), mas no entanto, o tratamento é exclusivamente médico centrado. Vale ressaltar que a aplicação de penicilina na atenção básica foi recentemente implantada nas unidades de saúde, sendo que anterior a isto, o tratamento medicamentoso era realizado prioritariamente em hospitais.

O contexto descrito em relação à sífilis em São José/SC, portanto, justifica a necessidade e a importância do desenvolvimento de um projeto aplicativo que busque contribuir para a redução da incidência de sífilis congênita neste município, melhorando os indicadores de saúde locais e a saúde da população atendida pelo Sistema Único de Saúde.

## **2 OBJETIVOS**

## **2.1 Objetivo Geral**

Reduzir a incidência de sífilis congênita no município de São José.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Integrar a atenção básica e a vigilância epidemiológica no cuidado à sífilis congênita no município de São José-SC;
- Instrumentalizar os profissionais de saúde para o manejo adequado da sífilis no município de São José-SC.

## **3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

A partir da definição da árvore explicativa e dos nós críticos identificados, os participantes elaboraram ações que compreenderam ser necessárias para modificar a situação atual para a desejável.

Foram identificados três nós críticos e, para cada um, foram propostos um resultado esperado e uma ação para alcançá-lo. Para cada ação, foram propostas atividades, sendo para cada uma delas identificados responsáveis, parceiros, opositores, prazo e recursos necessários. Para cada ação foi definido, ainda, um indicador, uma meta e sua fórmula de cálculo. A esta etapa foi dedicado um tempo maior, tendo em vista o rigor que a mesma suscita e a precisão na definição de cada item para que as ações aconteçam conforme planejado.

Pensando nesta lógica, o produto final desta etapa que é a Matriz de Intervenção (QUADRO 3) – Projeto Aplicativo: Plano de Ação, é o resultado de vários processos do planejamento estratégico desenvolvido ao longo do curso. De forma coletiva, aprofundamos os conceitos de resultado esperado, ação, indicador, meta, fórmula de cálculo, atividade, responsáveis, parceiros, opositores, prazos e recursos necessários para que na etapa subsequente pudéssemos construir a matriz. Assim, compreendemos que para um projeto em saúde tenha êxito há variáveis importantes a serem consideradas na sua elaboração e em seu monitoramento para que a avaliação final do projeto seja positiva. Buscando aumentar a capacidade do grupo em viabilizar o plano de ação proposto, foi elaborada a matriz de motivação dos atores sociais. Esta etapa foi muito interessante, pois ao atribuir os valores e interesse aos atores envolvidos, observamos que tínhamos mais facilitadores do que opositores no macroproblema identificado, demonstrando a convergência da proposta do grupo afinidade com os problemas de saúde da atualidade e com o grande desafio de resolver problemas de saúde com baixo custo evitando o alto custo financeiro, social e de saúde que o problema representa.

#### **4 GESTÃO DO PLANO**

Para cada ação/atividade foi atribuído um valor para cada um dos dois critérios previamente definidos: viabilidade e impacto.

Após esta etapa foi elaborado o item procedência que está relacionado à sequência lógica ou estratégica de realização das ações/atividades. Num primeiro momento foram avaliadas as ações e num segundo momento as atividades. Esta etapa ajudou no sentido de direcionar no rol de tantas atividades e ações a serem realizadas em um projeto qual fazer primeiro. Assim esta metodologia de pontuação de ação e atividade auxiliou no direcionamento de prioridades de intervenção. Nesta etapa, foi apresentada uma matriz que como o próprio nome descreve irá monitorar o plano (Quadro 1), considerada uma forma de apresentação de como realizar o monitoramento do plano elaborado em si. Sua importância consiste em conhecermos que um projeto requer monitoramento e que esta etapa também faz parte do planejamento estratégico, além de fomentar o comprometimento do grupo afinidade com a implantação posterior das ações propostas. Considerando o cronograma do Plano que foi desenvolvido também nesta etapa é possível observar que a ação aguarda ser iniciada e que está prevista para março de 2018 (Quadro 2). O desenvolvimento do cronograma permitiu dimensionar o tempo necessário para a realização do Projeto Aplicativo e também auxiliar no monitoramento das ações, de forma a garantir que o mesmo ocorra conforme o planejado.

**Proposta de avaliação e monitoramento**

Quadro 1: Matriz de monitoramento do Plano

<b>MATRIZ DE MONITORAMENTO DO PLANO</b>				
<b>AÇÃO</b> Em ordem de precedência	<b>SITUAÇÃO</b> Não iniciada, em andamento, não concluída ou concluída	<b>RESULTADOS</b> Síntese dos resultados alcançados para ações concluídas	<b>DIFICULDADES</b> Obstáculos para implantação do plano	<b>NOVAS AÇÕES/ AJUSTES</b>
Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis	Não iniciada			
Promover ações para integração entre VE e AB	Não iniciada			
Realizar Educação Permanente	Não iniciada			

Fonte: Grupo Afinidade 5, 2017.



**Cronograma de ações do Projeto  
Aplicativo**

**Quadro 2: Cronograma de acompanhamento da implantação de ações.**

<b>CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES</b>																								
<b>AÇÃO</b> Em ordem de precedência	<b>2018</b>												<b>2019</b>											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis				x	x	x																		
Promover ações para integração entre VE e AB				x		x			x			x			x			x			x			x
Realizar Educação Permanente									x			x			x			x			x			x

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- ARAÚJO, M. A. L.; BARROS, V.L.; MOURA, H.J. *et. al.* Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde colet.**, v. 22, n. 3, p. 300-306, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**, Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 26/06/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 26/06/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas**: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde coletiva**. p. 569-584, 2003.
- DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (DIVE, SC). 2015. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/225-aumento-do-numero-de-casos-de-sifilis-congenita-em-santa-catarina-preocupa-autoridades-em-saude>>. Acessado em: 24/11/2017.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACEN, V.; HARTZ, Z.M.A. *et. al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-

157, 2013.

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis Congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 205-211, 2007.

MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização**: ideias e atores políticos na história do PAISM. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

PETRUCI, Francisco. Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica. Monografia: **INDEP** Instituto de Ensino e Capacitação e Pós Graduação,. Assis-SP, 2010.

PONTES, Ana Paula Munhen de; CESSO, Rachel Garcia Dantas; OLIVEIRA, Denize Cristina de et al . O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 500-507, Sept. 2009.

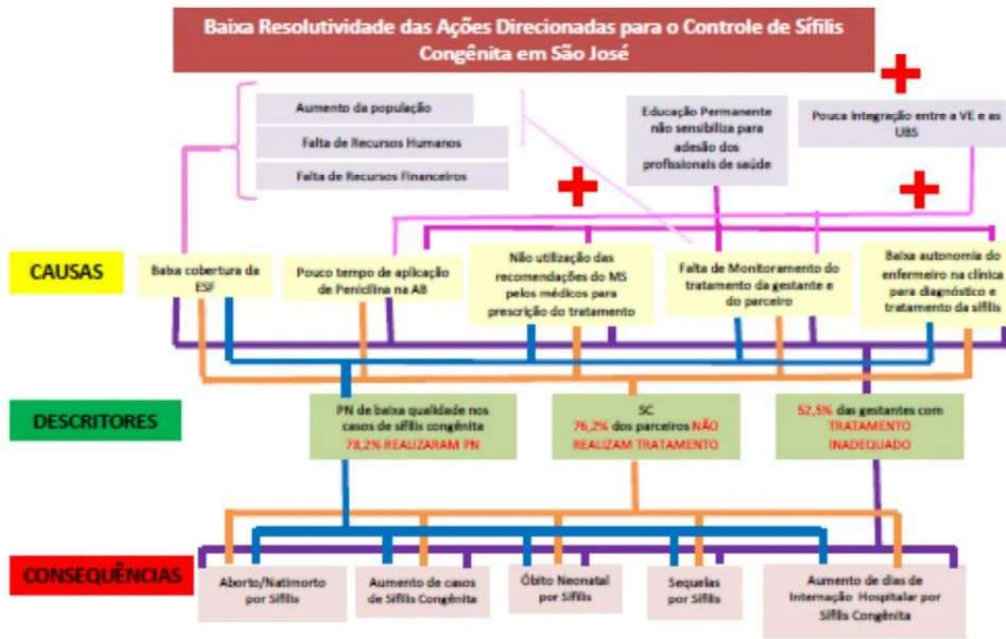
VASCONCELOS, M.; GUIMARÃES, R.X.; MAGALHÃES, A.H.R. *et. al.* Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis. **ATAS CIAIQ**, v. 2, p. 1584-1592. 2016.

VEIGA, F.; SANTOS, E. Uma escala de avaliação da empatia: adaptação portuguesa do Questionnaire to Assess Affective and Cognitive Empathy. In: Actas do VIII Congresso Ibero-americano de Avaliação/Evaluación Psicológica, **XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica**: Formas e Contextos. 2011.

## ANEXOS

5 APÊNDICE

ARVORE EXPLICATIVA



Fonte: Grupo Afinidade 5, 2017.



## 2. Matriz de intervenção

**Quadro 3: Matriz de Intervenção – Projeto Aplicativo: Plano de Ação**

<b>PROBLEMA</b>	<b>⇒</b>	<b>Baixa integração da AB e VE</b>
<b>RESULTADO ESPERADO</b>		Integração entre AB e VE
<b>AÇÃO</b>		Promover ações para integração entre VE e AB
<b>INDICADOR</b>		Número de investigações dos casos de sífilis encerradas em tempo oportuno
<b>META</b>		100% das investigações dos casos de sífilis encerradas em tempo oportuno
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>		$\frac{\text{Número de investigações dos casos de sífilis encerradas em tempo oportuno}}{\text{número total de investigações de sífilis}} \times 100\%$
<b>ATIVIDADE</b>		Disponibilizar acesso ao prontuário eletrônico (PE) para VE
<b>RESPONSÁVEIS</b>		Sabrina e Rosilene
<b>PARCEIROS</b>		Diretor da AB, Diretor da VE, Coordenador de TI, Secretário Municipal de Saúde
<b>OPOSITORES</b>		Coordenação do ESUS no MS
<b>PRAZO</b>		04 meses
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>		CPU, rede lógica, profissional, TI, Software
<b>ATIVIDADE</b>		Confeccionar boletim epidemiológico
<b>RESPONSÁVEIS</b>		Catarina e Michele
<b>PARCEIROS</b>		Diretor da AB, Diretor da VE, Coordenador do NEP
<b>OPOSITORES</b>		Sem opositor
<b>PRAZO</b>		30 dias
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>		CPU, acesso à internet, dados, profissional VE e NEP
<b>ATIVIDADE</b>		Disponibilizar Boletim trimestral às US através Correio eletrônico
<b>RESPONSÁVEIS</b>		Catarina e Michele
<b>PARCEIROS</b>		Diretor da AB, Diretor da VE, Coordenador do NEP
<b>OPOSITORES</b>		Sem opositor
<b>PRAZO</b>		30 dias
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>		CPU, acesso à internet, dados, profissional VE e NEP
<b>PROBLEMA</b>	<b>⇒</b>	<b>Não utilização das recomendações do MS pelos médicos para prescrição do tratamento</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>		Utilização das recomendações do MS por médicos para a prescrição do tratamento
<b>AÇÃO</b>		Realizar Educação Permanente
<b>INDICADOR</b>		Tratamento adequado
		100% dos tratamentos realizados conforme recomendações do MS

<b>META</b>	
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Nº notificações/nº de penicilinas dispensadas x 100
<b>ATIVIDADES</b>	Reunir equipe médica e de enfermagem e VE para atualização do protocolo das recomendações do MS para tratamento da Sífilis
<b>RESPONSÁVEIS</b>	Angela, Flávia
<b>PARCEIROS</b>	Diretor da VE, equipe médica, equipe de enfermagem, coordenador de assistência farmacêutica, coordenador do laboratório municipal
<b>OPOSITORES</b>	Coordenador de UBS, equipe médica, equipe de enfermagem
<b>PRAZOS</b>	1 mês para multiplicação e atualização do protocolo
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	Espaço para reunião, material impresso, coffe break, data show/PC, liberação dos médicos e enfermeiros pelos coordenadores de UBS
<b>ATIVIDADES</b>	Monitoramento e feedback das indicações de tratamento pelos médicos
<b>RESPONSÁVEIS</b>	Angela, Flávia, Daniela e Karina
<b>PARCEIROS</b>	Coordenadores de Distrito, coordenador do Programa de ISTs e diretor clínico de medicina
<b>OPOSITORES</b>	Médicos e enfermeiros
<b>PRAZOS</b>	1 ano
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	Carro, equipe para monitoramento, tempo
<b>PROBLEMA</b>	<b>⇒ Baixa Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
<b>AÇÕES</b>	Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
<b>INDICADORES</b>	Número de casos de sífilis atendidas pelo enfermeiro com prescrição de penicilina realizadas pelo profissional
<b>META</b>	100% das pessoas com sífilis atendidas pelo enfermeiro com prescrição de penicilina pelo profissional
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	Número de pessoas com sífilis atendidas pelo enfermeiro com prescrição de penicilina/ número total de pessoas com sífilis atendidas pelo enfermeiro x 100
<b>ATIVIDADES</b>	Criar comissão para construção do Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
<b>RESPONSÁVEIS</b>	Regiane, Keila e Karina
<b>PARCEIROS</b>	Enfermeiros, Diretor de AB, Diretor de VE
<b>OPOSITORES</b>	Sem opositor
<b>PRAZOS</b>	30 dias

<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC, acesso à internet
<b>ATIVIDADES</b>	Construir Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
<b>RESPONSÁVEIS</b>	Regiane, Keila e Karina
<b>PARCEIROS</b>	Médicos, enfermeiros, Diretor de AB, Diretor de VE, Representante do COREN SC
<b>OPOSITORES</b>	Médicos, enfermeiros
<b>PRAZOS</b>	60 dias
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC e acesso à internet
<b>PROBLEMA</b>	<b>— Baixa Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis</b>
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	Autonomia do Enfermeiro na Clínica para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
<b>AÇÕES</b>	Implantar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis
<b>ATIVIDADES</b>	Validar e Publicar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis na Secretaria Municipal de Saúde de São José
<b>RESPONSÁVEIS</b>	Regiane, Keila e Karina
<b>PARCEIROS</b>	Enfermeiros, Diretor de AB, Representante do Coren SC, Coordenador de TI, Secretário Municipal de Saúde
<b>OPOSITORES</b>	Sem opositor
<b>PRAZOS</b>	30 dias após construção do protocolo
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC e acesso à internet
<b>ATIVIDADES</b>	Apresentar Protocolo de Enfermagem para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis aos Enfermeiros através de capacitações
<b>RESPONSÁVEIS</b>	Regiane, Keila e Karina
<b>PARCEIROS</b>	Enfermeiros, Diretor de AB, Diretor de VE
<b>OPOSITORES</b>	Enfermeiros, coordenação das US
<b>PRAZOS</b>	30 dias após publicação do protocolo
<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	Sala de reuniões, carga horária para servidores, PC e acesso à internet

Fonte: Grupo Afinidade 5, 2017.