

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**WALACE FERREIRA ALMEIDA**

**SEGUIMENTO INADEQUADO DAS GESTANTES EM  
CONTROLE DE PRÉ-NATAL, COM FOCO EM SÍFILIS CONGÊNITA,  
NA POPULAÇÃO ADSCRITA DA EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE  
“SAÚDE E CIDADANIA” EM POTÉ, ESTADO DE MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI  
2020**

**WALACE FERREIRA ALMEIDA**

**SEGUIMENTO INADEQUADO DAS GESTANTES EM  
CONTROLE DE PRÉ-NATAL, COM FOCO EM SÍFILIS CONGÊNITA,  
NA POPULAÇÃO ADSCRITA DA EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE  
“SAÚDE E CIDADANIA” EM POTÉ, ESTADO DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde  
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

**TEÓFILO OTONI**

**2020**

**WALACE FERREIRA ALMEIDA**

**SEGUIMENTO INADEQUADO DAS GESTANTES EM  
CONTROLE DE PRÉ-NATAL, COM FOCO EM SÍFILIS CONGÊNITA,  
NA POPULAÇÃO ADSCRITA DA EQUIPE DE SAÚDE “SAÚDE E  
CIDADANIA” EM POTÉ, ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Professor Edison José Corrêa- Orientador – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Professora Nayara Ragi Baldoni. Doutora. Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2020.

## **DEDICO ESSE TRABALHO**

A minha esposa pelo companheirismo durante essa jornada.

A, meus pais por todo esforço e dedicação para que eu possa exercer essa linda profissão que me proporciona poder ajudar aos mais necessitados e carentes do nosso povo brasileiro.

## **AGRADEÇO**

Primeiramente a Deus por ter me capacitado durante essa jornada, pois, se hoje concluo essa etapa tão importante em minha vida, é graças a ele por toda sua infinita bondade e misericórdia.

A minha esposa Lorena por todo incentivo e por sempre me motivar a buscar o melhor de mim.

A meus filhos e às amigadas que foram feitas durante esse curso.

A todos os professores da Universidade Federal de Minas Gerais. Em especial ao orientador Edison José Corrêa pelo esforço e dedicação direcionados a mim durante esse curso de especialização.

*É melhor tentar e falhar que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz embora louco que em conformidade viver.*

Martin Luther King

## RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica secular, mas que ainda assombra o perfil de morbidade mundial. Testes sensíveis e baratos foram desenvolvidos historicamente para o diagnóstico e monitoramento dos casos. Entretanto, a irradicação da doença não ocorreu mesmo tendo sido observada pouca ou nenhuma resistência ao antibiótico utilizado convencionalmente. Tal constatação coloca a sífilis no patamar de um problema de saúde pública e demonstra a necessidade de um conhecimento maior do perfil dos casos na população em geral e de forma específica para que as ações de promoção e prevenção sejam mais eficazes. Esse trabalho de conclusão de curso de especialização tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção com participação da equipe de Saúde da Família e da população local para o seguimento inadequado das gestantes em controle de pré-natal na Estratégia saúde da família, especialmente para sífilis congênita em Poté, no estado de Minas Gerais. Utiliza a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, que mostra esse problema como prioritário, entre várias situações locais. Além da descrição e explicação do problema, o trabalho apresenta-se uma revisão bibliográfica como embasamento conceitual, abordando os temas (a) Acolhimento, (b) Atenção Primária à Saúde, (c) Estratégia Saúde da Família (d) Cuidado pré-natal e (e) Sífilis congênita. O plano de intervenção apresenta ações, resultados e produtos esperados, recursos necessários e o processo de acompanhamento e avaliação para os seguintes nós críticos: (1) Deficiente seguimento pré-natal segundo protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (2) Ausência de educação em saúde das gestantes e neonatos. (3) Identificação dos obstáculos enfrentados pela equipe de saúde, considerando a sua educação permanente e processo de atenção à saúde materno-infantil com foco na sífilis em gestantes e em recém-nascidos, e proposição de ações de resolução. Chama-se atenção que esses problemas podem ser decorrentes de falha no processo municipal de assistência pré-natal, fato que não se justificaria, pois diversas ações têm sido estabelecidas ao longo do tempo para controle da sífilis, pré-natal e congênita em todo território nacional. Em protocolos referenciados nesse trabalho. Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivou analisar e compreender o quadro epidemiológico da infecção da gestante e do conceito pelo *Treponema pallidum*.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidado pré-natal. Sífilis congênita.

## ABSTRACT

Syphilis is a secular chronic infectious disease, but it still haunts the worldwide morbidity profile. Sensitive and inexpensive tests have historically been developed for the diagnosis and monitoring of cases. However, disease eradication did not occur even though little or no resistance to the antibiotic used conventionally was observed. This finding places syphilis at the level of a public health problem and demonstrates the need for greater knowledge of the profile of cases in the general population and in a specific way so that the promotion and prevention actions are more effective. This specialization course conclusion work aims to develop an intervention project with the participation of the Family Health team and the local population for the inadequate follow-up of pregnant women in prenatal control in the Family Health Strategy, especially for congenital syphilis. in Poté, in the state of Minas Gerais. It uses the methodology of Situational Strategic Planning, which shows this problem as a priority, among several local situations. In addition to the description and explanation of the problem, the work presents a bibliographic review as a conceptual basis, addressing the themes (a) Reception, (b) Primary Health Care, (c) Family Health Strategy (d) Prenatal care and (e) Congenital syphilis. The intervention plan presents actions, results and expected products, necessary resources and the monitoring and evaluation process for the following critical nodes: (1) Deficient prenatal follow-up according to protocols established by the Ministry of Health. (2) Absence of education in health of pregnant women and newborns. (3) Identification of the obstacles faced by the health team, considering their permanent education and the process of attention to maternal and child health, with a focus on syphilis in pregnant women and newborns, and proposition of resolution actions. It should be noted that these problems may be due to failure in the municipal prenatal care process, a fact that would not be justified, since several actions have been established over time to control syphilis, prenatal and congenital throughout the territory national. In protocols referenced in this work. In this perspective, the present study aimed to analyze and understand the epidemiological picture of the infection of the pregnant woman and the conceptus by *Treponema pallidum*.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Prenatal care. Congenital syphilis.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DM	Diabetes melito ( <i>Diabetes mellitus</i> )
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
Nescon	Núcleo de Educação em Saúde Coletivo
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1** – Aspectos demográficos do território de Floresta, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, em Poté, estado de Minas Gerais, em 2019 (página 18).

**Quadro 2** – Aspectos cadastrais da população adscrita ao território de Floresta, área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, em Poté, Minas Gerais, ano de 2019 – principais condições de saúde (página 20).

**Quadro 3** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde “Saúde e Cidadania”, Unidade Básica de Saúde do bairro Floresta, município de Poté, estado de Minas Gerais (página 27).

**Quadro 4** – Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, em Poté, estado de Minas Gerais, na população sob responsabilidade da equipe de saúde da família “Saúde e Cidadania” (página 51).

**Quadro 5** – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, em Poté, estado de Minas Gerais, na população sob responsabilidade da equipe de saúde da família “Saúde e Cidadania” (página 52).

**Quadro 6** – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, em Poté, estado de Minas Gerais, na população sob responsabilidade da equipe de saúde da família Saúde e Cidadania (página 53).

## SUMÁRIO

### **1 INTRODUÇÃO**

1.1 Aspectos gerais do município de Poté, Minas Gerais.

1.2 O sistema municipal de saúde

1.3 Aspectos gerais da comunidade Floresta

1.4 A Unidade Básica de Saúde de Floresta

1.5 A Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, da Unidade Básica de Saúde de Floresta – seu dia a dia

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

### **2 JUSTIFICATIVA**

### **3 OBJETIVOS**

3.1 Objetivo geral

3.2 Objetivos específicos

### **4 METODOLOGIA**

### **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

5.1 Acolhimento

5.2 Atenção Primária à Saúde

5.3 Estratégia Saúde da Família

5.4 O cuidado pré-natal

5.5 Sífilis congênita

### **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

6.4 Desenho das operações (sexto a décimo passo)

### **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **REFERÊNCIAS**



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município de Poté, Minas Gerais

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2020) o município de Poté tem população de 16.555 habitantes (estimativa 2019). Localizada no Vale do Mucuri, está a 492 km da capital do estado de Minas Gerais. Possui uma área total de 625,1 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 25,06 habitantes/km<sup>2</sup>. Está a 494 metros de altitude.

Foi criado como distrito em 30 de agosto de 1911, de acordo com a Lei Estadual nº556, sendo instalado no dia 1º de junho de 1912. Poté era um dos distritos mais povoados de Teófilo Otoni. Sua subordinação ao município de Teófilo Otoni se estendeu até o ano de 1938. Nessa época foi emancipado, segundo Decreto-Lei Estadual nº 148, datado de 17 de dezembro de 1939 (BRASIL, 2020).

Ainda conforme dados do IBGE (BRASIL, 2020), em 2017 o salário mensal era de 1.7 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5.7%. Poté apresentava 34.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio). O sistema de abastecimento do município de Poté é realizado pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA).

O saneamento básico e abastecimento de água provenientes dos serviços municipais não ocorre nas zonas rurais. Porém todos têm acesso à energia elétrica.

A cidade teve um crescimento populacional lento nas últimas décadas em função da desvalorização do homem do campo como produtor rural, ocorrido devido a cultura cafeeira predominante. Nos dias atuais, há em Poté uma grande esperança de crescimento devido à urbanização e à instalação de algumas indústrias e confecções. Nos dias atuais uma das formas de sustento do município ocorre por meio da prática agropecuária (café, feijão e mandioca etc) e da pecuária, que vem se desenvolvendo aos poucos.

A atividade política partidária é polarizada em dois grupos políticos tradicionais que vem se revezando à frente da administração municipal ao longo dos anos. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, a partir da Câmara de

Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista.

A cidade sempre teve uma forte tradição cultural: movimentava a região com os seus festivais de música no mês de julho e ainda preserva suas festas religiosas típicas do catolicismo.

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

Na área da saúde a cidade conta com o Hospital Municipal São Vicente de Paula, conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), com 41 leitos para pequenas cirurgias, internações e maternidade. Possui serviços de consulta e exames de média complexidade e pronto atendimento para urgência e emergência. Cinco equipes de Saúde da Família (eSF) também prestam serviços às comunidades rurais, cobrindo 100% da população. No Hospital são disponibilizados atenção especializada com equipe multiprofissional para serviços médicos de ortopedia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, urologista, psiquiatria, neuropsiquiatria e cardiologia. E equipes de apoio com serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e enfermagem especializada.

O sistema de saúde do município atende à população, ainda com serviços médicos e odontológicos na Policlínica Municipal, onde são realizadas consultas médicas, curativos, fisioterapia, exames laboratoriais e também, imunização.

A rede de atenção em saúde de Poté compreende: um serviço de atenção à saúde reprodutiva, um serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, um serviço de diagnóstico por imagem, um serviço de oftalmologia, um serviço de diagnóstico por laboratório clínico, e um serviço odontológico.

Um grande problema no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a rotatividade dos profissionais da saúde.

Segundo o IBGE (BRASIL, 2020) a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 20.62 para mil nascidos vivos e as internações devidas a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes.

Existe uma Secretaria de Saúde, uma Vigilância Epidemiológica, uma Vigilância Sanitária, oito consultórios distribuídos em odontologia, ginecologia e clínica geral, uma farmácia municipal, uma unidade de apoio e terapia, um

laboratório de análises clínicas e quatro unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência.

As equipes de Saúde da Família estão compostas por 38 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que 10 estão na área rural de Poté. Existe um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), duas Equipes de (ESF), duas ligadas ao Programa Mais Médicos para o Brasil, quatro equipes de Saúde da Família (eSF) convencionais.

O município de Poté fica a 21 km de Ladainha, 31 km de Malacacheta e 30 km de Teófilo Otoni e 492 km de Belo Horizonte, tais cidades ofertam atendimentos de média e alta complexidade, com demandas eletivas dependendo da gravidade do quadro de saúde do paciente.

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Poté:

[...] a Secretaria de Saúde tem o dever de administrar os recursos financeiros, humanos e materiais de toda a rede de atenção à saúde, zelando e respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade constituídos no SUS, respeitando principalmente à vida e humanização do atendimento. Também é de competência da secretaria de saúde gerenciar os serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, que buscam em conjunto soluções de caráter preventivo para evitar doenças e agravos à saúde como um todo. (POTÉ, 2019.p.12).

O sistema de saúde no município atende à população também com os serviços médicos e odontológicos, nos Postos de Saúde de Valão, Sucanga, Baixinha e Nova Floresta, onde são realizadas consultas médicas, curativos, atendimento à saúde bucal, fisioterapia, exames laboratoriais, farmácia e ainda imunização. Atua-se na (ESF), o que vem dando bons resultados a toda população.

Em relação aos pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio e logístico a atenção primária a saúde conta com cinco equipes de ESF com cobertura de 100% de toda a população.

Já na atenção de urgência e emergência o Hospital Municipal possui um Pronto Atendimento em regime de 24 horas seguindo a triagem do sistema de Protocolo de Manchester de classificação de risco, em que o paciente chega à unidade é atendido prontamente pelo enfermeiro que realiza uma breve avaliação do quadro clínico do paciente utilizando o Protocolo, encaminhando-o

para o local de atendimento ou ao hospital, onde tem apoio diagnóstico com laboratórios, ultrassonografia e raios X.

A assistência farmacêutica, implantada no município, é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial. Visando o acesso e seu uso racional está organizada conforme orientação do programa Farmácia de Todos com o objetivo de oferecer distribuição gratuita de medicamentos do (SUS).

No exercício da vigilância da saúde nota-se uma observação contínua da distribuição de tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la.

Busca-se na Atenção Primária à Saúde (APS) uma relação horizontal, ou seja, não hierárquica, entre os níveis e pontos de atenção à saúde, tendo como porta de entrada os serviços de atenção básica. Já os convênios de serviços de saúde são uma prática entre os municípios do Vale do Mucuri. Sendo assim o modelo de atenção à saúde local prioriza ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida com as diversas áreas do setor da saúde.

Com tudo isso ainda ocorre uma demanda ansiosa quanto aos serviços oferecidos no município no âmbito do SUS para melhor resolutividade na rede de atenção primária a fim de evitar os serviços especializados oferecidos no Hospital.

Na organização dos pontos de atenção à saúde a referência e contrarreferência é realizada de forma ativa, através do paciente após consulta com médico especialista ou internação hospitalar com o acompanhamento feito na unidade básica de saúde pelo médico e equipe de saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando de forma singular, as relações entre os componentes das redes e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevaiente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Na unidade de saúde em que o autor trabalha é utilizado o modelo assistencial integrado de atenção à saúde que é organizado através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a população, fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde, buscando cumprir as diretrizes definidas pelo SUS.

Os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde são a demora na resolubilidade de algumas demandas como por exemplo, consulta com especialistas e realização de exames laboratoriais o que gera insatisfação em muitos usuários.

Outro problema bastante comentado pelos usuários é a ausência de medicamentos nos pontos de distribuição “Farmácia de Minas” ou “Farmácia Popular” a queixa é que muitos medicamentos estão em falta e outros estão acabando o que leva muitos usuários a comparem os medicamentos em farmácias particulares.

### **1.3 Aspectos gerais da comunidade Floresta**

A comunidade Floresta é o território da equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania” que conta com o apoio do (NASF-AB) e uma equipe de saúde bucal. A população adscrita é de 2.286 habitantes (Quadro 1).

Localizada na periferia de Poté, formou-se, principalmente, a partir do êxodo rural ocorrido na década de 1970, devido ao avanço do plantio de café e feijão como meio da agricultura familiar de subsistência muito presente em toda a região. Atualmente a população empregada vive basicamente do trabalho nas propriedades rurais, da prestação de serviços e da economia informal.

A estrutura de saneamento básico na comunidade continua avançando, com presença constante de coleta de lixo municipal, investimentos no que se refere ao esgotamento sanitário local. A comunidade vive em boas moradias.

O analfabetismo funcional é elevado na população acima da quinta década de vida, sobretudo entre os menores de 20 anos. Tem-se uma evasão escolar durante a safra do café e do feijão.

**Quadro 1** – Aspectos demográficos do território de Floresta, área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, em Poté, Minas Gerais, ano de 2019

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<b>Até 1 ANO</b>	10	13	23
<b>1-4 ANOS</b>	43	49	92
<b>5-14 ANOS</b>	73	91	164
<b>15-19 ANOS</b>	117	130	247
<b>20-29 ANOS</b>	186	217	403
<b>30-39 ANOS</b>	232	262	494
<b>40-49 ANOS</b>	178	202	380
<b>50-59 ANOS</b>	70	76	146
<b>60-69 ANOS</b>	32	58	90
<b>70-79 ANOS</b>	17	24	41
<b>80 ANOS E MAIS</b>	8	12	20
<b>TOTAL</b>	966	1134	2100

Fonte: Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A) da equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, Poté, Minas Gerais. População adscrita 2286 pessoas.

Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escolas, centros de saúde, creches, asilos etc.) em função da pressão da Associação de Moradores que é bastante ativa.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população do interior brasileiro e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas e em especial a festa em homenagem ao padroeiro Senhor Bom Jesus de Poté que ocorre na primeira metade do mês de setembro.

A comunidade Floresta conta com uma escola municipal, que vai desde o ensino fundamental ao ensino médio, e uma creche que desenvolve ações comunitárias para crianças carentes e de famílias de baixa renda.

A única praça presente na área de cobertura da ESF, possui uma academia a céu aberto, bem aceita pela comunidade como uma opção de lazer, assim como o campo de futebol, que é usado exclusivamente nos finais de semana, com um gramado bem cuidado para os treinos e jogos dos times locais e visitantes.

A comunidade não possui organização não governamental (ONG) e os sindicatos presentes são dos trabalhadores rurais e dos servidores públicos. Os líderes da comunidade estão sempre atuantes no Conselho de Saúde e na Associação de Moradores da Comunidade Floresta e na Associação dos Pequenos Produtores Rurais da região.

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. (Quadro 2).

Em relação as principais causas de óbitos, causas de internações e doenças de notificação referentes à sua área municipal pode-se dizer que:

As principais causas de óbitos são os casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *diabetes mellitus* (DM), representando doenças cardiovasculares na população de idosos. Agravam-se com o sedentarismo e o consumo de álcool que são problemas persistentes na população. São seguidas pelas doenças pulmonares.

No caso da hanseníase e tuberculose, foram registrados em dois pacientes que estavam em tratamento de câncer, em 2018, na ESF.

Já nas crianças a presença de pneumonia é comum nessa região devido ao clima frio que vai desde maio a agosto de cada ano, é uma das principais causas de internações, seguidas por outras doenças respiratórias. Também desencadeadora de internações são as diarreias que costumam vir nas crianças acima de cinco anos de idade, embora vacinados contra o rotavírus.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde de Floresta

São apresentadas no Quadro 2 as principais condições de saúde da população adscrita ao território de Floresta, área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, em Poté, Minas Gerais, ano de 2019.

**Quadro 2** – Aspectos cadastrais da população adscrita ao território de Floresta, área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, em Poté, Minas Gerais, ano de 2019 – principais condições de saúde

Condição de saúde	Quantitativo (n)	Percentual (%)
Gestantes	26	1,13%
Hipertensão Arterial Sistêmica	280	12,2%
Diabetes Mellitus	170	7,43%
Pessoas com doenças respiratórias (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, outras)	89	3,89%
Pessoas que tiveram acidente vascular encefálico	14	0,06%
Pessoas que tiveram infarto agudo do miocárdio	23	1,06%
Pessoas com doença cardíaca	31	1,35%
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	10	0,43%
Pessoas com hanseníase	08	0,34%
Pessoas com tuberculose	15	0,65%

Pessoas com câncer	05	0,21%
Pessoas com sofrimento mental	140	6,12%
Acamados	23	1,06%
Fumantes	50	2,18%
Pessoas que fazem uso de álcool	85	3,71%
Usuários de drogas ilícitas	21	0,91%
<b>Total</b>	990	42,73%
<b><u>População adscrita</u></b>	2.286	100%

Fonte: Ficha para cadastramento das Famílias (Ficha A) da equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania” Poté, Minas Gerais. População adscrita 2286 pessoas.

A área destinada a recepção está adequada, supre bem os anseios dos usuários durante o atendimento da equipe de saúde da família. O espaço da recepção possui cadeiras, banheiros e bebedouros para os usuários.

A sala de reuniões é ampla e bem utilizada pelos funcionários e comunidade com os grupos operativos por exemplo.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde fruto de anos de luta e participação política e administrativa. A unidade, atualmente está bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe, com apoio de transporte para a atenção à comunidade e a presença de serviços de Tratamento fora do Domicílio (TFD) em sala própria.

A UBS funciona das 7h:00min às 17h:00min horas da tarde e, para tanto é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que a técnica e o enfermeiro estão presentes na Unidade.

Um dos principais problemas relacionados à UBS é o fato dos atendimentos se darem na sua maior parte por demanda espontânea mostrando a dificuldade da equipe em trabalhar com Planejamento e programação.

A UBS da Comunidade Floresta é constituída por uma unidade própria para a eSF com ampla área para atender a demanda populacional local com uma sala de reunião, uma sala de imunização, uma sala de agentes comunitários em saúde, um

consultório odontológico, dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, um refeitório, cozinha e área externa.

A área destinada a recepção supre bem os anseios dos usuários durante os atendimentos da equipe de saúde da família. O espaço da recepção possui cadeiras, banheiros e bebedouros para os usuários. A sala de reuniões é ampla e bem utilizada pelos funcionários e comunidade com os grupos operativos.

A Unidade de Saúde funciona das 07h:00min as 11h:00min e de 13h:00min as 17h:00min de segunda a sexta feira. Para o bom funcionamento da Unidade Básica de Saúde e necessário o apoio dos ACS que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção.

### **1.5 A equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, da Unidade Básica de Saúde de Floresta – seu dia a dia**

A eSF Saúde e Cidadania é composta por cinco ACS, uma recepcionista, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, uma dentista, um médico clínico geral, uma auxiliar de serviços gerais.

Todos os profissionais que compõem a equipe estão totalmente aptos e voltados para a prevenção e promoção da saúde de todos os usuários assistidos pela equipe.

A eSF Saúde e Cidadania é formada pelos profissionais a seguir:

- G. 27 anos, casada, ACS da microárea 1, com responsabilidade sobre 150 famílias cadastradas, na zona urbana onde mora. Possui ensino médio completo.
- L. 32 anos, solteiro, ACS da microárea 2, com responsabilidade sobre 136 famílias cadastradas na zona urbana onde mora. Possui ensino médio completo e participa ativamente da comunidade local.

- D. 24 anos casada, ACS da microárea 3 com responsabilidade sobre 120 famílias cadastradas, todas na zona rural onde mora. Participa da associação comunitária da comunidade rural em que mora.
- R. 36 anos casado, ACS da microárea 4 com responsabilidade sobre 160 famílias cadastradas na zona urbana onde mora. Estudante Universitário de Psicologia.
- N. 26 anos solteira, ACS da microárea 5 com responsabilidade sobre 142 famílias cadastradas na zona urbana onde mora. Possui ensino médio completo e um curso técnico em informática.
- E. casada, técnica em enfermagem tem uma filha e trabalha há 3 anos na atenção primária, uma peça muito importante no quadro de profissionais.
- K. 37 anos casada, enfermeira tem dois filhos. Trabalha em Saúde da Família há quatro anos, mora na zona urbana e participa ativamente da comunidade religiosa.
- M. 22 anos solteiro, atendente completou o ensino médio. Pretende ano que vem entrar na faculdade de arquitetura e urbanismo.
- J. 32 anos casada, dentista com pós-graduação, *lato sensu* em odontologia. Trabalha em Saúde da Família há quatro anos, peça muito importante para o quadro de funcionários da unidade.
- W. casado, médico. Formado há 15 anos. Participa atualmente da equipe há quatro meses, peça de extrema importância para o quadro de profissionais da unidade.

O **dia a dia da Equipe Saúde e Cidadania** é ocupado quase exclusivamente com as atividades do atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimentos de hipertensos e diabéticos e acompanhamento de condições crônicas.

A equipe também tem um tempo destinado às visitas domiciliares em que na maioria das vezes presta-se assistência a pacientes acamados, pós-cirúrgicos, pacientes terminais e deficientes físicos.

Também desenvolve outras ações de saúde, como por exemplo os grupos operativos de hipertensos e diabéticos, de pessoas na terceira idade e grupo de saúde mental.

São realizadas campanhas e atividades educativas para a detecção de casos, busca ativa e acompanhamento de pacientes com tuberculose, hanseníase e contactantes, além das sensibilizações e ações para interromper a cadeia de transmissão da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya.

A equipe também desenvolve outras ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de antitabagismo e da terceira idade que, com o tempo se mostraram bem aceito, O próximo passo é tentar criar um grupo de antitabagismo.

No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Com o apoio do NASF-AB nas reuniões em grupo com a comunidade tem-se o fortalecimento das ações dos serviços em promoção da saúde.

Em relação aos grupos de HAS e DM, a equipe resolveu condicionar a “troca de receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm despertado determinada angústia na equipe por não conseguir mudar essa realidade.

A equipe realiza o planejamento e avaliação das ações a serem prestadas à população em reuniões realizadas mensalmente, em que são realizados o levantamento das queixas dos usuários e a busca de meios para solucioná-las, atendendo desse modo a todas as queixas da comunidade assistida por nossa unidade de saúde. São definidas metas para que cada membro da equipe possa se qualificar para as necessidades dos pacientes, obtendo meios de inclusão de toda população adscrita.

Os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho é a incompatibilidade de ideais por parte dos membros da equipe, o que ocasiona na demora de se chegar a um consenso sobre determinadas decisões.

Outro problema é que quase todas as decisões não são tomadas em grupo, o que gera uma situação ruim que interfere na relação dos membros da equipe afetando negativamente a assistência prestada a comunidade assistida por nossa unidade de saúde.

Na organização dos problemas, para definição de um aspecto prioritário para a proposição de um plano de intervenção, aplica-se o Planejamento Estratégico Situacional, do qual a Estimativa Rápida é o primeiro passo.

### **1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Para iniciar a definição de problemas da comunidade da Equipe de Saúde “Saúde e Cidadania” é importante salientar que os problemas dentro de uma comunidade são diversos. É fundamental que a eSF conheça sua área de abrangência em toda a sua singularidade, dando foco aos problemas de saúde, para que se possa realizar um planejamento com a finalidade de obter melhorias.

Entende-se que a ESF é um meio de proximidade com a comunidade, e assim fica mais fácil o conhecimento dos problemas e também de se realizar o levantamento de possíveis soluções que podem ser feitas pela prática da observação, diálogo com a população e também analisando registros sobre determinado assunto, dessa forma constituindo um método rápido, de baixo custo e eficaz de se obter informações, que seria a Estimativa Rápida. (FARIA; CAMPOS; SANTOS,2018).

Este método ainda que de extrema importância não informa a real dimensão do problema. Então torna-se necessário aprofundar o conhecimento sobre ele, às vezes necessitando de novos estudos. Para que a estimativa rápida ocorra, é necessário em primeiro lugar, elaborar quais são as informações fundamentais e formular perguntas simples e rápidas para a obtenção dessas informações.

Realizado isso, deve-se escolher os métodos as quais essas perguntas serão aplicadas para a obtenção de dados.

A estimativa rápida constitui-se como

[...] um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018. p.38).

De acordo com os resultados obtidos nas reuniões e discursões com a equipe, listam-se os principais problemas relacionados à situação de saúde da Equipe “Saúde e Cidadania” de acordo com o método de estimativa rápida. Por meio de observações ativas da equipe, foram coletados somente dados considerados pertinentes e necessários de solução.

Diante da realidade dos principais problemas identificados no território adscrito a ESF “Saúde e Cidadania”, coletados por meio de reuniões com a equipe, comunidade, observações, opiniões e relatos foram:

- 1) Uso indiscriminado de medicamentos psicofármacos.
- 2) Seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita.
- 3) Falta de transporte para pacientes com dificuldades de locomoção (acamados, pós-cirúrgicos e deficientes físicos).
- 4) Demora no atendimento a algumas demandas como por exemplo: consultas com médicos especialistas e realização de exames laboratoriais.
- 5) Falta de medicamentos nos pontos de distribuição.
- 6) Não classificação de risco para os atendimentos.
- 7) Desemprego.

### **1.7 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)**

A equipe estabeleceu coletivamente os problemas comuns relacionados à saúde, sabendo que a resolução de todos dificilmente será alcançada, considerando-se a carência de recursos financeiros, humanos e materiais.

Utilizaram-se como critérios para seleção do problema priorizado, sua importância, a urgência em resolvê-lo e a capacidade da equipe para enfrentá-lo.

Identificado que o acompanhamento inadequado das gestantes em controle de pré-natal da ESF e Sífilis Congênita pode ser explicado através de alguns fatores que revelam o atual cenário do território da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, onde múltiplos fatores como socioeconômicos, culturais entre outros.

O “Seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, foi identificado como a prioridade para um plano de intervenção.

A partir de estimativa rápida – problemas de saúde no território e na comunidade (primeiro passo), definidos pela observação ativa, identificação pela comunidade e reuniões com a equipe de saúde, juntamente com a Secretaria de Saúde estabeleceu-se uma classificação dos problemas, para determinar o prioritário, sobre o qual seria elaborado um plano de ações (Quadro 3).

**Quadro 3** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, Unidade Básica de Saúde do bairro Floresta, município de Poté, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização
Uso indiscriminado de medicamentos psicofármacos	média	5	parcial	2
Seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita	alta	6	dentro	1
Falta de transporte para pacientes com dificuldade de locomoção	média	4	fora	3
Demora na resolubilidade de algumas demandas como por exemplo: consultas com médicos especialistas e realização de exames laboratoriais	média	4	fora	5
Falta de medicamentos nos pontos de distribuição	média	5	fora	6

Não possuir classificação de risco para os atendimentos	baixa	3	parcial	4
Desemprego	média	3	fora	3

Fonte: Produção do autor,2019, baseado em (FARIA; CAMPOS; SANTOS,2019.p.55)

\*Alta, média ou baixa\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30 /\*\*\*Total, parcial ou fora.

Assim, há maior preocupação da equipe devido ao elevado número de casos de sífilis materna e sífilis congênita e um conseqüente aumento de doenças sexualmente transmissíveis na população do território adscrito à Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, principalmente nas mulheres.

## 2 JUSTIFICATIVA

O Brasil é signatário de acordo internacional que busca o controle e erradicação da sífilis, principalmente a sífilis congênita. Entretanto, os dados estatísticos apontam para alta incidência dos casos de sífilis, o que se torna notória a necessidade de sistemas de vigilância locais mais eficientes e ágeis.

Esse trabalho se justifica pela necessidade de criar um projeto de intervenção em saúde no território adscrito à Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania” no município de Poté, Minas Gerais, pois os casos de sífilis em gestantes e alguns casos de sífilis congênita, associado ao contexto social e familiar, estão aumentando na comunidade de Floresta.

A equipe de saúde observou e verificou esse problema na população local, mais especificamente nas mulheres, sendo que essa ação pode estar relacionada a uma série de fatores culturais, econômicos e sociais. Dessa forma, optou-se coletivamente em atuar metodologicamente (planejamento estratégico) sobre esse problema prioritário (situação) e seus nós críticos, problemas intermediários e causais do problema prioritário e que, resolvidos, minimizariam ou reverteriam a elevada incidência da doença.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção com participação da equipe de Saúde da Família e da população local para seguimento adequado das gestantes em controle de pré-natal na Estratégia Saúde da Família, especialmente para sífilis congênita.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar as ações de controle da sífilis em gestante pela equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania” no município de Poté/ Minas Gerais, e propor novo protocolo de atenção.

Identificar os obstáculos enfrentados pela equipe de saúde na prevenção da sífilis em gestantes e em recém-nascidos e propor ações de resolução.

Implantar processo de educação em saúde, atendendo ao perfil social e cultural das gestantes e suas famílias no território da equipe, para sensibilização sobre sífilis, e riscos e complicações no tratamento inadequado.

#### 4 METODOLOGIA

O presente Trabalho, de Conclusão de Curso (TCC), tem como referência metodológica conceitos e proposições apresentadas no módulo Planejamento Avaliação e Programação em Saúde do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (FARIA; CAMPOS; SANTOS,2018).

O caminho utilizado para realizar este TCC iniciou-se a partir do momento que houve a internalização e entendimento da relevância de se realizar um diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”, tendo como base o planejamento das ações de saúde da equipe multidisciplinar, compreendendo que seria necessário não apenas levantar e elegeer os problemas comuns e prevalentes, mas especialmente, um problema prioritário e seus nós críticos, para uma proposta de enfrentamento.

Esse estudo compreende a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), tendo como dois primeiros passos o método de estimativa rápida para elaborar o diagnóstico situacional da área de abrangência e classificar os problemas identificados.

Os instrumentos de registros escritos existentes ou fontes secundárias da equipe foram de fundamental importância. Os dados e informações levantados pelo método de Estimativa Rápida foram coletados nas duas principais fontes a observação ativa da área de abrangência e reuniões com a equipe e usuários do serviço.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletivo (Nescon) para o registro de bases teóricas do trabalho.

Para a confecção dos textos aplicaram-se as normas da Associação Brasileira de Normas técnicas (ABNT) e as orientações do módulo: Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2019).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÀFICA

Serão apresentadas algumas bases que conceitualizam aspectos ligados ao problema considerado prioritário, o “seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, considerando o território em que foi observado – Poté, estado de Minas Gerais, na população sob responsabilidade da equipe de saúde da família “Saúde e Cidadania”.

- 5.1 Acolhimento
- 5.2 Atenção Primária à Saúde
- 5.3 Estratégia Saúde da Família
- 5.4 O cuidado pré-natal
- 5.5 Sífilis congênita

### 5.1 O acolhimento

Embora não exclusivo da atenção básica, mas de todos os níveis de atenção, especial ênfase deve ser dada ao acolhimento.

[...]sugere uma alternativa para reorganizar o fluxo de usuários e qualificar o atendimento, além de sugerir a utilização de indicadores de resolutividade e, com isso, a redução do tempo de espera e número de atendimentos (CAMPOS, 2007, apud FARIA, 2014.p.2).

Segundo a proposta do Ministério da Saúde (2006, p. 16)

[...] é preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da ‘demanda espontânea, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos

como passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.16, apud FARIA,2014. p.2).

O acolhimento é uma ação destinada a atender a todos os usuários que procuram os serviços de saúde e se caracteriza por acolher, orientar e escutar os indivíduos, além de fornecer respostas adequadas a esses e/ou seus familiares, isto é, deve se entender.

[...] o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006, p.06). (BRASIL, p. 16, apud FARIA, 2014, p. 2).

O acolhimento se interliga a outros dispositivos que em conjunto integram o Programa Nacional de Humanização (PNH), dependendo do cenário ou do processo envolvido (saúde do trabalhador, cogestão, ambiência, clínica ampliada, entre outros) baseado no conceito que implantar o acolhimento é também “adequar a ambiência das unidades para garantir confortabilidade, condição adequada e biossegurança no trabalho, espaços para encontros (BRASIL, 2006, p.32). e interações.

Segundo Abbês (2007), citado por Faria (2014.p.5), o acolhimento é uma ação que significa “estar com” ou “próximo de”, o que reafirma a diretriz ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, na sua dor, nas alegrias, no modo de viver, sentir e estar na vida. Estético porque traz para as relações e encontros do dia-a-dia a intervenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, com a construção de nossa própria humanidade. Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (ABBÊS, 2007, apud FARIA, 2014, p.5).

Desta maneira, o acolhimento não é uma simples triagem, mas sim uma ação que deve ocorrer em todos os locais e níveis dos serviços de saúde. Compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, incertezas e reinvenções. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização (FARIA, 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que o Acolhimento deve facilitar o processo de trabalho dos serviços de saúde e o acesso dos usuários a esses serviços, modificando a maneira de acessar esses serviços que são estruturados, em sua maioria, por ordem de chegada e/ou filas. Acolhimento deve englobar o trabalho em equipe, a integração e complementaridade das atividades, complexidade do problema, o grau de saber e a tecnologia exigida. Acolhimento significa tornar possível identificar vulnerabilidades dos usuários (FARIA, 2014).

Desta maneira, preconiza-se que todos os profissionais de saúde devam realizar a prática do acolhimento com a intenção de resolutividade do problema apresentado pelos usuários, que, todas as pessoas que procuram o serviço de saúde devem ser acolhidas. O profissional responsável pelo acolhimento deve escutar a queixa, os medos e as expectativas desses indivíduos, identificando os riscos e vulnerabilidades e propondo maneiras de lidar ou solucionar o problema exposto (BRASIL, 2006; FARIA, 2014).

## 5.2 A Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) incorporam os cuidados primários de saúde, como cuidados baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, pela plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978). A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que englobam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existentes no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Tem a ESF como prioridade para sua organização e considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Ressalte-se a Política Nacional da Atenção Básica, aprovada e publicada pelo Ministério da Saúde /Gabinete do Ministro que, de acordo com a Portaria 2.436, DE

21 de setembro de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

### **5.3 Estratégia Saúde da Família**

A ESF visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A ESF se organiza por meio de equipes de Saúde da Família (eSF) composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe deve se responsabilizar por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. O número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada com no máximo de 750 pessoas por ACS é de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Com a implantação das ESF tornou-se possível o planejamento das ações, priorizando assim, problemas de saúde mais frequentes da comunidade, além de terem que responder com resolutividade à demanda espontânea. As ações educativas vêm contribuindo na compreensão do processo saúde-doença da população e assim, ampliando o controle social na defesa da qualidade de vida. Com as eSF pode-se dar ênfase aos grupos de riscos e fatores de riscos comportamentais, alimentares ou ambientais, com a finalidade de prevenir doenças e agravos e danos evitáveis (BRASIL, 2017).

Entretanto apesar dos benefícios alcançados com a implantação das ESF, com destaque para a ampliação do acesso da população às UBS, há dificuldades a serem superadas para se alcançar a resolutividade da atenção. Uma destas é ao aumento da demanda espontânea que chega às UBS. Aumento esse que se torna comum encontrar-se nesses serviços situações como: a limitação de consultas médicas, restrição nas agendas das equipes, entre outras, que dificultam o acesso dos usuários e a atenção resolutiva (BRASIL, 2017).

A ESF é uma ação implantada pelo Ministério da Saúde em 1994 com intuito de reorganizar os serviços oferecidos pelo SUS, o objetivo foi acabar com a ideia de assistência emergencial, ou seja, tratar os pacientes apenas quando eles já estão doentes, e praticar a atenção primária, sob corresponsabilidade da União, estados e municípios (BRASIL, 2017).

Assim, a ESF é um modelo de reorientação e reestruturação do modelo assistencial que visa complementar todos os ciclos de vida do ser humano e tem um caráter de integralidade. “Isto significa que o atendimento prestado pelos profissionais da ESF deve abranger não só o aspecto biológico do ser humano, mas também o psicossocial, o econômico, realizando assistência centrada na pessoa ao invés da sua doença” (MACIEL, 2008, p. 454).

Dessa maneira o objetivo da ESF é substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e corresponsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2017).

A ESF é composta por equipe multiprofissional com a finalidade de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica vinculada a comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta (CAMPOS, 2006).

A formulação da ESF incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da equipe de saúde da família que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contrarreferência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento de qualidade dos pacientes (BRASIL, 2017).

Recomenda-se que cada equipe de saúde da família assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo) e que cada ACS da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias, dependendo

da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF, responsabilizando-se por uma microárea onde residem de 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2017).

No desenvolvimento de suas atividades, a eSF, de característica multiprofissional, deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade e no ambiente em que vivem essas famílias, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica.

A ESF deve ser a principal porta de entrada da população adscrita, e cabem as equipes se organizar para o efetivo atendimento a demanda espontânea e fazer valer o dispositivo de acolhimento, ampliando e viabilizando o acesso a atenção integral multidisciplinar.

A forma de organização do sistema de saúde municipal é caracterizada em princípios e diretrizes, comentados a seguir, e que são (BRASIL,2017):

### Princípios

a) Universalidade - É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão.

b) Equidade - O objetivo desse princípio é diminuir as desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços de saúde, as pessoas não são iguais e, por isso tem necessidades distintas, em outras palavras equidade é tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

c) Integralidade - Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

## Diretrizes

a) Regionalização e hierarquização - Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

b) Territorialização - Organizar os serviços de saúde de acordo com o território, ou seja, conhecer o território que é onde a vida acontece, e, a partir de suas necessidades organizar os serviços.

c) População adscrita - População que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

d) Cuidado centrado na pessoa - Aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

e) Resolutividade - Reforça a importância de a Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

f) Longitudinalidade do cuidado - Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

g) Coordenação do cuidado - Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

h) Ordenação da rede - Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

i) Participação social - É direito e um dever de a sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular, é dever do poder público garantir as condições para essa participação.

#### **5.4 O cuidado pré-natal**

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Pré-natal inclui a prevenção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade do serviço e pelos profissionais de saúde, fator essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2006).

O pré-natal se caracteriza importante por que através dele pode-se detectar doenças que já estavam presentes no organismo, porém evoluindo de forma silenciosa como a hipertensão arterial, diabetes, anemias, doenças do coração, sífilis etc. Detecta também problemas fetais, como má formações. Algumas delas, em fases iniciais, permitem o tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal; avalia aspectos relativos à placenta, possibilitando tratamento adequado. Sua localização inadequada pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos; permite identificar precocemente a pré-eclâmpsia, que caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma. Esta patologia constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil (BRASIL, 2006).

A gestação, embora constituindo um fenômeno fisiológico natural que na maior parte dos casos tem sua evolução sem intercorrências, requer cuidados especiais e específicos na assistência ao pré-natal. Essa por sua vez, tem como objetivo acolher e acompanhar a mulher durante sua gestação, período caracterizado por mudanças físicas, hormonais e emocionais vivenciados de forma distintas pelas gestantes. (LANDERDAHL *et al*,2007).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, on-line).

Ainda, conforme o Ministério da Saúde, incluem-se entre os objetivos do pré-natal (BRASIL, 2016, on-line):

- preparar a mulher para a maternidade, trazendo informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (puericultura);
- fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida e higiene pré-natal;
- orientar sobre a manutenção do estado nutricional apropriado;
- orientar sobre o uso de medicações que possam afetar o feto ou o parto ou medidas que possam prejudicar o feto;
- tratar das manifestações físicas próprias da gravidez;
- tratar de doenças existentes, que de alguma forma interfiram no bom andamento da gravidez;

- fazer prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças próprias da gestação ou que sejam intercorrências previsíveis dela;
- orientar psicologicamente a gestante para o enfrentamento da maternidade;
- nas consultas médicas, o profissional deverá orientar a paciente com relação à dieta, higiene, sono, hábito intestinal, exercícios, vestuário, recreação, sexualidade, hábitos de fumo, álcool, drogas e outras eventuais orientações que se façam necessárias.

O Ministério da Saúde chama ainda atenção para o pré-natal como primeiro passo para humanização e acolhimento, com relação de respeito que compreende:

- parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas;
- respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;
- disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e outros temores;
- promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
- informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor;
- espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje;
- direito da mulher na escolha do local de nascimento e corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

O programa estabelece e preconiza que cada ESF será responsável pelo acolhimento e acompanhamento da gestante de sua microárea e a captação deverá ocorrer até o quarto mês de gestação pelo ACS ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde. Além de fornecer equipamentos para a atenção básica, capacitação dos profissionais da rede, instalação dos comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil de UTI neonatais, ambulatórios de especialidades e serviços de exames complementares.

## 5.5 Sífilis congênita

Um sério problema que assola todas as esferas da sociedade do cenário nacional e mundial são as doenças sexualmente transmissíveis (DST) que constituem um sério problema de saúde pública que através das altas incidências da doença, acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre as mulheres e crianças.

Entre as DST, a sífilis merece destaque. Doença infecciosa e sistêmica de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*. Tem o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório. Sua transmissão pode ocorrer de forma sexual ou vertical, é mais frequente em grandes centros urbanos e afeta igualmente todas as camadas sociais. Ainda se associa a sífilis ao baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência, história de natimortalidade, comportamento sexual de risco, migração para grandes centros urbanos, acesso limitado aos cuidados de saúde e o não tratamento do parceiro infectado (BRASIL, 2018).

A sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada. Práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal são efetivas para a prevenção de casos. Óbitos por sífilis congênita em menores de cinco anos são considerados evitáveis com recursos disponíveis no SUS.

A qualidade da assistência pré-natal e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado das gestantes e parceiros (BRASIL, 2018).

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) infectocontagiosa, transmitida pela bactéria *Treponema Pallidum*, que se desenvolve e se apresenta na sua forma primária e devido à ausência de tratamento adequado, pode desencadear as formas mais graves da patologia (RODRIGUES FILHO; COSTA; LENO, 1994, SARACENI E MIRANDA). Esta doença pode acometer todas as classes sociais, e se classifica como pandêmica. Apresenta tratamento há mais de 60 anos, baseado na administração de um antibiótico (penicilina benzatina) distribuído em todo território nacional pelo Sistema Único de Saúde (SUS),

especificamente na atenção de baixa complexidade com eficácia comprovada cientificamente (TEIXEIRA, 2015, p.3).

No ano de 1906, Wasserman e Neisser descobriram o diagnóstico sorológico desta doença; em 1928 Fleming descobriu a Penicilina, fármaco a ser usado no tratamento dessa DST e em 1943, Arnold e Harris verificaram a eficiência desse fármaco. Mesmo com a redução da prevalência desta infecção, após a descoberta da penicilina nos anos 40, pode-se perceber na década de 1960 e acentuadamente nos anos 80 e 90, um aumento significativo no número dos casos de sífilis no Brasil e no mundo, especificamente em sua forma congênita (TEIXEIRA, 2015).

Nas gestantes a sífilis pode provocar a morte do neonato ou a morte intraútero, entre os sintomas apresentados pelo feto pode destacar, o baixo peso, rinite com coriza sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, choro ao manuseio (periostite), hepatoesplenomegalia, pneumonia, icterícia, anemia, ascite e lesões cutâneas palmares e plantares (TEIXEIRA, 2015).

Para melhor interpretação dos casos de sífilis, a mesma pode ser dividida da seguinte forma (TEIXEIRA, 2015).

**Sífilis primária:** Manifesta-se após um período de incubação (entre 10 e 90 dias), com uma média de 21 dias após o contato com o agente etiológico. Inicialmente o paciente apresenta-se assintomático até o aparecimento do chamado “cancro duro”. A obtenção do diagnóstico no homem é bem mais fácil, devido a lesão localizar-se no pênis, tomando-se mais fácil a visualização. Na mulher, pelo fato das lesões poderem estar localizadas no interior da vagina apenas com o exame com um espelho pode-se ter maior precisão. Esta lesão permanece por 4 a 6 semanas, desaparecendo espontaneamente. A pessoa infectada pode pensar erroneamente que está curada (TEIXEIRA, 2015).

**Sífilis secundária:** Consequência da sífilis primária não tratada, caracteriza-se por erupção cutânea que aparece de 1 a 6 meses (6 a 8 semanas) após a lesão primária ter desaparecido, podendo causar mal-estar, cefaleia, febre, prurido e hiporexia (TEIXEIRA, 2015).

Sífilis terciária: Aparece, aproximadamente, um ano depois da infecção inicial, podendo levar até 10 anos para se manifestar. Caracteriza-se por formação de gomas sífilíticas, na pele e nas mucosas, ou em qualquer parte do corpo, incluindo o sistema ósseo, a neurosífilis e a sífilis cardiovascular (TEIXEIRA, 2015).

Sífilis congênita: Decorrente da infecção transplacentária, a partir de situação materna de sífilis primária ou secundária, adquirida intraútero. A criança pode estar assintomática, mas com sorologia positiva (TEIXEIRA, 2015).

O tratamento mais indicado para a infecção por *Treponema pallidum* é o composto pela penicilina, configurando-se como o tratamento mais antigo e de preço mais acessíveis aos indivíduos. Essa medida preventiva apresenta-se como uma das causas de decréscimo da incidência de novos casos de sífilis, assim como de suas complicações (TEIXEIRA, 2015).

Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis através da adoção de medidas relativamente simples, que visam a melhoria da qualidade assistência pré-natal e garantindo acesso aos serviços de saúde, daí a necessidade de uma efetiva educação em saúde obstétrica e de um pré-natal bem realizado. (GONÇALO, et al., 2008, SARACENI E MIRANDA, 2012, apud TEIXEIRA 2015).

O acompanhamento pré-natal estabelece a realização do exame VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) para detecção da sífilis no início da gestação. Com a repetição do mesmo por volta da 28ª semana, isso com a finalidade de prevenção da transmissão da patologia da mãe para o feto, assim como para promoção à saúde da gestante (BRASIL, 2006).

Caracteriza-se por sífilis congênita aquela em que a mãe soropositiva para sífilis transmite a infecção para o feto via corrente sanguínea através da placenta. Alguns dos fetos apresentam morte intraútero, ocasionando assim em um aborto, enquanto outros nascem mortos e outros nascem vivos e apresentam sintomas da sífilis congênita na infância, dentre os sintomas destacam-se: ceratite intersticial, dentes de Hutchinson, nariz de sela, periostite e várias anormalidades no sistema nervoso central. Se a mãe for adequadamente tratada, evita-se o contágio para o feto (JAWETZ; MELNICK; ADALBERG, 2000 apud OLIVEIRA, 2011, p.21).

Segundo Saraceni (2005), citado por Oliveira (2011) alguns autores acreditavam que a sífilis congênita estava relacionada à transmissão durante o parto ou através do leite materno. Hoje sabe-se que a criança contrai a doença ainda no útero da mãe portadora da sífilis através da placenta (órgão responsável pela troca de nutrientes entre mãe e feto) via circulação sanguínea. Pode também ocorrer por contato direto com lesões genitais maternas na hora do parto como proposto por Igraham (1951) (OLIVEIRA, 2011).

Era acreditado que o *Treponema pallidum* atravessava a placenta após 20 semanas de gestação, pois se especulava que a camada celular do citotrofoblasto era uma barreira placentária efetiva, mas esta questão foi refutada, pois foi descoberto que essa camada persistia durante a gestação (DIPPEL, 1944).

A transmissão da sífilis é muito alta quando a mãe apresenta sífilis primária ou secundária, mães com sífilis tardia, no entanto não são potenciais de transmissão, pois muitas crianças não são contaminadas (RADOLF et al., 1999, apud OLIVEIRA, 2011).

Por meio da Portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica (BRASIL, apud OLIVEIRA, 2011, p. 22).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Seguimento inadequado das gestantes em controle de pré-natal na Estratégia Saúde da Família, especialmente para sífilis congênita”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2019).

Na equipe “Saúde e Cidadania”, no município de Poté realizou-se um diagnóstico situacional (estimativa rápida) nos quais os principais problemas identificados foram: Uso indiscriminado de medicamentos psicofármacos; Seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita; Falta de transporte para pacientes com dificuldades de locomoção como por exemplo: acamados, pós cirúrgicos e deficientes físicos; Demora na resolubilidade de algumas demandas como por exemplo: consultas com médicos especialistas e exames laboratoriais; Falta de medicamentos nos pontos de distribuição, Desemprego.

As operações relacionadas aos “nós críticos” 1,2 e 3 relacionados ao problema prioritário na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania” serão apresentados nos quadros 2,3 e 4. Portanto as ações relativas a cada nó crítico: deficiente seguimento de pré-natal segundo protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; ausência de educação permanente dos grupos para assistência em saúde das gestantes; baixo nível de conhecimento das gestantes sobre os efeitos colaterais de não se realizar corretamente o pré-natal e de não se prevenir em relação as doenças sexualmente transmissíveis como a Sífilis e a Sífilis congênita.

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

No município de Poté MG, apesar dos esforços desenvolvidos para o controle de sífilis congênita desde o final da década de 1990, persiste quadro epidemiológico de elevada incidência de casos e formas graves da doença. Dados da vigilância de sífilis na gravidez de 1999 a 2004 mostram falhas na assistência pré-natal, como

problemas na realização de exame de triagem (VDRL), no tratamento adequado da gestante e principalmente no tratamento do parceiro.

Para descrição do problema, a Equipe de Saúde da Família, através de observações ativas, relatos de experiência no processo de trabalho, notou-se que a frequência do problema vem se tornando constante e a ação da equipe frente ao “Seguimento inadequado das gestantes em controle de pré-natal da ESF e Sífilis Congênita” não é o suficiente para solucionar o determinado problema.

Na equipe de Saúde “Saúde e Cidadania” o problema: Seguimento inadequado das gestantes em controle de pré-natal da ESF e Sífilis Congênita foi selecionado como prioridade entre os demais problemas definidos para intervenção pela equipe.

As gestantes de nossa área de abrangência somam 38% da população com mais de 18 anos que apresentam controle de pré-natal inadequado e aproximadamente 15% dessas gestantes apresentaram sífilis e algumas a sífilis congênita.

Foram selecionados indicadores da frequência de alguns problemas relacionados ao seguimento inadequado das gestantes em controle de pré-natal da ESF: (número de adolescentes grávidas, desestruturação familiar, evasão escolar, maior parte dessas adolescentes não frequentam a escola).

O grande fator dos altos índices dos casos de Sífilis no município é o não uso de preservativos durante as relações sexuais e a falta de informação por parte da população dos riscos de se adquirir uma doença sexualmente transmissível.

## **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

A gênese do problema selecionado na ESF “Saúde e Cidadania”, no município de Poté deve-se ao não uso de preservativos durante as relações sexuais e também em parte ao consumo de álcool, pois nessa condição de alcoolizados muitos não se preocupam em usar preservativos e dessa forma se encontram mais propícios a adquirir uma doença sexualmente transmissível.

O problema selecionado que é o “seguimento inadequado das gestantes em controle de pré-natal na ESF, especialmente para sífilis congênita, que têm elevada incidência de doenças crônicas associadas ao baixo nível de conhecimento das gestantes, esse problema é condicionado por diferentes fatores que determinam a

ausência de um adequado seguimento das gestantes de nossa área de abrangência, e de fatores sociais, econômicos e culturais.

Consideramos que o problema tem alta prioridade, pois se trata de diminuir as incidências da doença, por meio do acompanhamento de pré-natal, e trata-se de impedir que o feto seja contaminado com a Sífilis congênita e evitando algumas anomalias que podem aparecer com a doença como cegueira e deficiência mental, doenças respiratórias. Com relação as causas do inadequado atendimento pré-natal podemos intervir nos três itens descritos a seguir:

- Falta de consultas de pré-natal segundo protocolo estabelecido
- Planejamento inadequado das consultas
- Controle da sífilis e sífilis congênita

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Os problemas relacionados ao “Seguimento inadequado das gestantes em controle de pré-natal na ESF, especialmente para sífilis congênita” da comunidade assistida pela ESF, são evidenciados e gerados pelos fatores econômicos, sociais e culturais, atrelados em sua maior parte à falta de informação sobre os riscos não somente da sífilis, mas de qualquer outra doença sexualmente transmissível.

Em evidência às gestantes que não possuem o conhecimento hábil sobre os riscos que a sífilis pode trazer à saúde sua e do bebê, alguns problemas são determinantes da questão apontada como prioritária, para os quais se apresenta um conjunto de ações que, resolvidas, também resolvem ou atenuam o problema prioritário.

Foram identificados os seguintes nós críticos do problema prioritário:

- Deficiente seguimento pré-natal segundo protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
- Ausência de educação em saúde da comunidade especialmente para assistência à saúde das gestantes e neonatos
- Identificação dos obstáculos enfrentados pela equipe de saúde, considerando a sua educação permanente e processo de atenção à saúde materno-infantil com foco na sífilis em gestantes e em recém-nascidos, e proposição de ações de resolução.

#### **6.4 Desenho das operações (sexto a décimo passo)**

São apresentados três projetos (Quadro 4, 5 e 6) sobre os nós críticos, como constituintes do Plano de Intervenção para superar o “deficiente acompanhamento pré-natal das gestantes adscritas e do controle de sífilis congênita”.

**Quadro 4** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, em Poté, estado de Minas Gerais, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”

<b>Nó crítico 1</b>	Melhor processo de atenção à gestante no seguimento pré-natal, segundo protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
<b>Operação</b>	Modificar o modo como é realizado o pré-natal na comunidade assistida pela Estratégia Saúde da Família.
<b>Projeto</b>	<b><i>Atente-se, gestante.</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuição em 25% no número de gestantes com controle de pré-natal inadequado.
<b>Produtos esperados</b>	Programa de pré-natal orientado; campanhas educativas para a população em foco.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Adesão e participação de agentes comunitários em saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiro, médico (equipe multiprofissional). Cognitivo: Discussão de casos clínicos. Financeiros: Recursos para emissão de panfletos educativos, visitas em outros pontos de rede de atenção, cursos de especializações para a equipe. Político: Adesão da Secretaria de Saúde, setores de saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Corresponsabilização das equipes multidisciplinar. Político: Adesão dos profissionais ao projeto, gestor público municipal.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal. Enfermeiro/médico. Motivação Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Realizar reunião quinzenal ou sempre que necessário a discussão dos casos.
<b>Prazo</b>	Dois meses para o início.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira e médico
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Utilização de instrumentos de registros existentes na UBS como atas, produção dos atendimentos, fichas do SIAB, planilhas, prontuários, formulários que poderão ser criados, avaliação bimestral feita pela equipe.

Fonte: Produção do autor, 2019

**Quadro 5**– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, em Poté, estado de Minas Gerais, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”

<b>Nó crítico 2</b>	Ausência de educação em saúde da comunidade especialmente para assistência à saúde das gestantes e neonatos
<b>Operação</b>	Construir um grupo de educação em saúde da gestante.
<b>Projeto</b>	<b><i>Educação, Saúde gestacional em foco.</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Matriciamento de 100% da equipe multidisciplinar.
<b>Produtos esperados</b>	Grupo de estudos de casos implantados.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Estrutural: Participação de agentes comunitários em saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiro, médico (equipe multiprofissional).</p> <p>Cognitivo: Discussão de casos clínicos e relatos de experiência da equipe.</p> <p>Financeiros: Recursos para emissão de panfletos educativos, visitas em outros pontos de rede de atenção, cursos de especializações para a equipe.</p> <p>Político: Secretaria de Saúde, setores de saúde.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Estrutural: Corresponsabilização das equipes multidisciplinar.</p> <p>Político: Adesão dos profissionais ao projeto, gestor público Municipal.</p>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Participação da Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal. Enfermeiro/médico. Motivação Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Realizar reunião quinzenal ou sempre que necessário à discussão dos casos.
<b>Prazo</b>	Dois meses para o início.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira/médico
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Utilização de instrumentos de registros existentes na UBS como atas, produção dos atendimentos, fichas do SIAB, planilhas, prontuários, formulários que poderão ser criados, avaliação bimestral feita pela equipe.

Fonte: Produção do autor, 2019.

**Quadro 6** – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “seguimento inadequado das gestantes em controle pré-natal, com foco em sífilis congênita”, em Poté, estado de Minas Gerais, na população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família “Saúde e Cidadania”

<b>Nó crítico 3</b>	Identificação dos obstáculos enfrentados pela equipe de saúde, considerando a sua educação permanente e processo de atenção à saúde materno-infantil com foco na sífilis em gestantes e em recém-nascidos, e proposição de ações de resolução.
<b>Operação</b>	<b><i>Gestantes atentas já.</i></b>
<b>Projeto</b>	Aumentar o nível de informação
<b>Resultados esperados</b>	Comunidade informada, principalmente as gestantes sobre os riscos e efeitos colaterais de não realizar adequadamente o pré-natal e de não se prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis.
<b>Produtos esperados</b>	Usuárias do serviço mais dispostas a realizarem adequadamente o controle de pré-natal adequadamente, bem como reduzir os casos de Sífilis e os poucos casos de Sífilis congênita.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Profissional especializado para acompanhar as usuárias.  Cognitivo: Informação as pacientes sobre o serviço de saúde das gestantes e sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como a Sífilis e a Sífilis Congênita.  Financeiros: Disponibilidade de recursos de local e material para emissão de panfletos educativos, cursos de qualificação profissional da equipe.  Político: Envolvimento dos gestores municipais.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Corresponsabilização das equipes multidisciplinar.  Político: Sensibilização do gestor local e das usuárias.  Financeiro: Prefeitura Municipal e Secretaria de saúde,
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Participação de Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal e de enfermeiro e médico, todos com motivação favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Grupos operativos, palestras, eventos de saúde para que a população em foco aumente o nível de conhecimento sobre a importância de realizar adequadamente o pré-natal e de se prevenir contra as doenças sexualmente transmissíveis.
<b>Prazo</b>	Três meses para o início.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Enfermeira/médico (equipe multiprofissional).
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Avaliação bimestral, reuniões junto a equipe, família e paciente com a criação de espaços para discussão e troca de experiências e aferição de conhecimentos por observação ativa e avaliação da equipe multidisciplinar.

Fonte: Produção do autor, 2019.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de revisão bibliográfica, percebeu-se que mesmo sendo a sífilis uma doença bastante conhecida no mundo, ela ainda é muito incidente em nosso meio. Apesar dos esforços da Organização Mundial da Saúde, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde, adotada pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, essa doença ainda não foi erradicada no Brasil.

Portanto, faz-se necessário que a avaliação da atenção pré-natal seja realizada através da capacidade de resolução de cada atendimento e não apenas do registro de consultas médicas e solicitação de exames, visto que muitos desses exames complementares não são recebidos antes do fim da gestação.

O estudo conclui que, pelo fato de a sífilis congênita ser uma patologia de notificação compulsória, assim como outras doenças sexualmente transmissíveis, acaba sendo negligenciado e subnotificada, cabendo aos órgãos responsáveis a realização de campanhas de conscientização e motivação dos profissionais de saúde.

Esse trabalho mostra que um fator que pode estar desencadeando o aumento de novos casos no Brasil, talvez sejam que as políticas públicas de combate à sífilis na gestante estejam necessitando de melhores subsídios. Para inverter este quadro, o necessário seria diminuir a prevalência de sífilis no adulto e adotar um programa de acompanhamento pré-natal adequado.

## REFERÊNCIAS

- ABBÊS, C. **O acolhimento como Rede de Conversações**.2007. Apud OLIVEIRA, L.P.N. Sífilis adquirida e congênita. Universidade Castelo Branco. Atualiza. Salvador.2011. Disponível em:  
<https://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/AC/OLIVEIRA-laila-petrusca-novaes.pdf>. Acesso em: 10 abr.2020 (Trabalho de Conclusão de Curso)
- BRASIL. Diretrizes para o controle de sífilis congênita. Série Manuais nº62. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005, apud OLIVEIRA, L.P. N. Sífilis adquirida e congênita. Universidade Castelo Branco. Atualiza.Salvador,2011. Disponível em:  
<https://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/AC/OLIVEIRA-laila-petrusca-novaes.pdf>. Acesso em:10 abr. 2020 (Trabalho de Conclusão de Curso).
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE@ cidades. Brasil. Minas Gerais. Poté**. Panorama. Brasília, [online],2020. Disponível em:  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pote/panorama>. Acesso em: 24 jun.2019.
- BRASIL. Lei n.8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set.1990. p.1. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª. Ed. Brasília: Distrito Federal, 2010. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acesso em 03 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conversando com a gestante**. Brasília. 2016. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/conversando\\_gestante\[1\].pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/conversando_gestante[1].pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle de Sífilis congênita**. Série manuais nº 62. Brasília, DF, 2005. Disponível em:  
[https://bvsms.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_controle\\_sifilis\\_congenita.pdf](https://bvsms.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf). Acesso em: 19 jan. 2020.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Humanização do parto**: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília.2002. Disponível em:  
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília. 2006.Disponível em  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 648/GM 28 de março de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis na Gravidez: trate com carinho**. Brasília, 2018. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa\\_dst.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2019. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 26 jun. 2019.

DIPPEL A.L. The relationship of congenital syphilis to abortion and miscarriage, and the mechanism of intrauterine protection. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. 1944. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)30751-1/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)30751-1/abstract). Acesso em: 20 jan.2020.

FARIA H.P.; CAMPOS, F.C.C. SANTOS, M.A. **Planejamento das avaliações das ações de saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019.p.26-35,55. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf> . Acesso em: 26 jun2019.

JAWETZ, E.; MELNICK, J. L.; ADELBERG, E. A. **Microbiologia médica**. 21. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2000.

LANDERDAHL, M. C. *et al.* Percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Escola Ana Nery R Enfermagem**. v.11, n.1, p.11-105, Marc.2007.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MACIEL, M. E. A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência. **Cogitare Enferm**. 2008. jul./set.: 13(3):453-6. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13045>. Acesso em 08 fev. 2020.

OLIVEIRA, L.P. N. Sífilis adquirida e congênita. Universidade Castelo Branco. Atualiza. Salvador,2011. Disponível em: <https://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/AC/OLIVEIRA-laila-petrusca-novaes.pdf> . Acesso em: 10 abr.2011 (Trabalho de Conclusão de Curso).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ALMA-ATA, 1978. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 14 jun. 2020.

RODRIGUES FILHO, J.; COSTA, W. da.; LENO, G. M. L. Determinantes de utilização do cuidado de pré-natal entre famílias de baixa renda no estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo.1994 Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S034-89101994000400007> Acesso em: 21 jan. 2020.

SARACENI, V. **A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita**, 2005. P. 1-22. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/AdrianoPires/a-sfilis-a-gravidez-e-a-sfilis-congnita>. Acesso em: 18 jan. 2020.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre cobertura da estratégia saúde da família e diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad de Saúde pública**, Rio de Janeiro. 28(3); 490-496, mar, 2012.Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2012000300009&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2012000300009&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso em 19 jan. 2020

TEIXEIRA. M.A. Ações de **Controle da sífilis em gestantes na Estratégia Saúde da Família na cidade de Nova Iguaçu/RJ**.UERJ. 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7997/1/Mariana%20Ataide%20Teixeira.pdf> .Acesso em: 10 abr.2020 (Trabalho de Conclusão de Curso)