

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

TÍTULO: SÍFILIS NA GESTAÇÃO

ALUNA: EVELIN BEADES SEIJO

ORIENTADOR: WUBER JEFFERSON DE SOUZA SOARES

SÃO PAULO, MAIO DE 2015

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO

1.2 - JUSTIFICATIVA

2 - OBJETIVOS

2.1 - GERAL

2.2 - ESPECÍFICO

3- METODOLOGIA

3.1 - CENARIO DE INTERVENÇÃO

3.2 - SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

3.3 - ESTRATEGIAS E AÇÕES

3.4 - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

4 - RESULTADOS ESPERADOS

5 - CRONOGRAMA

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO

1- INTRODUÇÃO

A Sífilis ou Lues é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. A transmissão do agente se dá de pessoa para pessoa, durante o contato sexual, na maior parte dos casos. A transmissão por contato com lesões muco cutâneas ricas em treponemas pode ocorrer, sendo particularmente importante nos recém-nascidos que necessitam de manipulação frequente. A transmissão pode ocorrer, também, através da transfusão de sangue contaminado, pela via transplantaria para o feto e pela contaminação do último no canal de parto. A transmissão ocupacional é rara. (1)

Há duas teorias sobre a origem da sífilis. Uma defende que se trataria de uma doença americana trazida por Colombo ou seus sucessores da América para a Europa (2). A outra teoria é que a Sífilis seria uma doença antiga do Velho Mundo a qual sofreu mutações que a tornaram mais contagiosa no século XVI. Outros historiadores acreditam que o *T. Pallidum* teria causado doenças cutâneas como a pinta e a framboesa em medievais na Europa, afecções as quais eram classificadas erroneamente como lepra. E que a bactéria teria, durante o século XVI, sofrido mutações convertendo-se no patógeno que causa a sífilis. De fato a sífilis surgiu repentinamente no século XVI, e os europeus não apresentavam resistência contra ela, morrendo em números consideráveis e apresentando sintomas abruptos e completamente diferentes dos observados hoje. Com a endemicidade da doença, ambos bactéria e ser humano teriam se adaptado um ao outro, dando surgimento gradual à sífilis da atualidade, moderada em relação aos séculos.(2)

A sífilis continua a ser um problema mundial, avaliando-se em 12 milhões o número de pessoas infectadas todos os anos, a pesar de existirem medidas de prevenção eficazes como preservativos, e opções de tratamento eficazes relativamente baratas. As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao feto, causando sífilis congênita, com conseqüências graves para a gravidez em 80% dos casos. Calcula-se que anualmente dois milhões de casos de gravidez são afetados; cerca de 25% destes casos resultam em nados-mortos ou abortos espontâneos, e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso à nascença ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal. Contudo o fardo da sífilis congênita ainda é geralmente subestimado. (3;4;5)

Todo recém-nascido de mãe com história de sífilis tratada ou não na gestação, e os recém-nascidos de mães identificadas como portadoras de sífilis apenas no momento do parto, devem fazer o exame de VDRL ainda na maternidade e, também, radiografias de ossos longos e punção lombar para a pesquisa de neurosífilis.

Embora a sífilis congênita seja uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986 (Portaria nº 542, de 22/12/86 - Ministério da Saúde), foram notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1998 a junho de 2007, 41.249 casos em menores de um ano de idade. Isso mostra a elevada magnitude do problema a pesar da grande subnotificação desse agravo. No ano de 2005 foram notificados e investigados 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A incidência passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por mil nascidos vivos em 2005 Os óbitos por sífilis congênita totalizaram 1.118, no período de 1996 a 2006. (6)

No estado de São Paulo foram notificados 8.521 casos de sífilis congênita no período de 1998 a 2007 Os maiores coeficientes de incidência em 2006 foram registrados nos municípios de Santos e Diadema (3,8 casos por mil nascidos vivos), seguido por Cubatão e Hortolândia (3,5/1.000), Guarulhos (3,4/1.000); Carapicuíba e Santo André (2,3/1.000); no município de São Paulo essa incidência foi de 2,0 por mil nascidos vivos. (6)

Diante do exposto e considerando o aumento dos casos sífilis em nossa área de saúde surge este estudo com o objetivo de diminuir a incidência da sífilis através da identificação dos fatores de risco na mulher em idade fértil e estimulando o modo de vida saudável.

1.2 - JUSTIFICATIVA

A ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença.

A sífilis na gestante é uma doença de notificação compulsória desde 2005. A notificação e vigilância desse agravo são imprescindíveis para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é o objetivo do plano operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e SÍFILIS, lançado no ano 2007.

A sífilis não tratada na gravidez pode originar consequências graves e sequelas em longo prazo. A sífilis congênita mantém-se como um problema de saúde pública grave em muitos países em desenvolvimento onde o rastreo pré-natal e os programas de tratamento não é efetivo. O número de casos de sífilis mantém-se elevado em nossa área em comparação com outras regiões. As consequências desta infecção na gravidez podem ser prevenidas pelo rastreo pré-natal precoce universal e pelo tratamento adequado, pelo que devem ser feitos esforços no sentido de melhorar a assistência e o acesso aos cuidados pré-natais.

A sífilis na grávida é um problema de saúde pública, continuando a ser uma importante causa de morbidade e mortalidade infantil em todo o mundo. Por ser uma patologia evitável através do diagnóstico e tratamento precoces das mulheres grávidas infectadas, a taxa de sífilis congênita é um importante

indicador de qualidade da assistência pré-natal (7). A vigilância epidemiológica, a melhoria das notificações obrigatórias e ações de prevenção e diagnóstico junto das populações são fundamentais para atingir o objetivo de reduzir a morbidade materno-infantil associada a esta infecção.

2- OBJETIVOS: GERAL E ESPECIFICO

2.1 Objetivo Geral:

Conhecer a prevalência de sífilis na gestação

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Avaliar gestantes com sífilis na unidade de saúde onde trabalho

2.2.2 Identificar o risco de sífilis congênita

2.2.3 Sugerir formas de reduzir a morbidade da sífilis, avaliando fator de risco.

3- METODOLOGIA

A metodologia é exploratória, descritiva e analítica, por intermédio de levantamento de literatura que abarca a temática, apontamentos e observação do local de atuação visando propor o Projeto de Intervenção que contemple as necessidades da comunidade assistida.

O presente trabalho trata-se de um Projeto de Intervenção, e para a efetivação do mesmo será realizado um estudo transversal, quantitativo com o objetivo de modificar os fatores de risco da gestante com sífilis na unidade básica da família: ESF Santa Luzia, município de São Paulo.

Os sujeitos da pesquisa envolvem todas as gestantes, da minha unidade de abrangência, e serão consideradas todas as pacientes que tenham sífilis.

3.2 – CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde da Família: ESF Santa Luzia, Estado São Paulo; A unidade básica de saúde credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS) possui atendimento médico e consulta de Enfermagem, um psicólogo, um nutricionista que funciona como equipe multiprofissional na atenção integral.

3.3 – SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

A unidade básica de saúde presta serviço a 4256 famílias cadastradas, para 11.346 de população. Delas 110 são gestantes e 17 são portadoras de sífilis no período avaliado.

3.4 - ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Uma ferramenta importante para o desenvolvimento das ações e tomada de decisão é o protocolo, que tem os seguintes itens em sua constituição: Nome da gestante, endereço, idade, raça, número de partos, história ou antecedentes de DTS e uso de substâncias químicas.

É importante esclarecer que existem fatores de risco da sífilis modificáveis como a dependência química e a promiscuidade. Este projeto visa traçar a intervenção sobre as mulheres gestantes com o objetivo de evitar sífilis congênita. Serão realizados de maneira padronizada exames de sorologias (VDRL e teste Treponêmico)

O diagnóstico sorológico baseia-se fundamentalmente em reações não treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. A prova de escolha na rotina é a reação de VDRL, uma micro aglutinação que utiliza a cardiolipina. O resultado é dado em diluições e esse é o método para seguimento da resposta terapêutica, pois nota-se redução progressiva dos títulos. Sua desvantagem é a baixa especificidade, havendo reações falsas-positivas, devido a outras patologias. Para confirmação diagnóstica utiliza-se o teste treponêmico como o FTA-ABS, que tem alta sensibilidade e especificidade, sendo o primeiro a positivar na infecção, porém não é útil para seguimento. O comprometimento do sistema nervoso é comprovado por o exame do líquido, podendo ser encontradas pleocitose, hiperproteinorraquia e positividade das reações sorológicas.

Os fatores de risco para sífilis serão avaliados numa segunda fase através de questionários distribuídos as gestantes onde apareçam dados de: antecedentes de DTS da gestante e de seu parceiro, antecedentes de dependência química e antecedentes de promiscuidade.

Durante a gravidez deve-se realizar o teste VDRL no primeiro trimestre da gestação, ou na primeira consulta de pré-natal, e outro, no início do terceiro trimestre. Na ausência de teste confirmatório, considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, em qualquer titulação, desde que não tratada anteriormente de forma adequada ou que a documentação desse tratamento não esteja disponível.

Para fins de vigilância epidemiológica, será considerado caso de sífilis em gestantes que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou

sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

A continuação se estratifica a intervenção por fatores de risco, mencionados a seguir.

1- Antecedentes de DST: Considera-se importante este risco porque existem patologias de transmissão sexual que apesar do tratamento mantêm a doença, com estas pacientes serão feitas palestras, falando a importância do uso regular de preservativo para subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis congênita e informação sobre as consequências de terem doença de transmissão sexual.

2- Antecedentes de Dependência Química: Este é um risco muito frequente na área onde trabalho. O estado que provoca e as condições de vida na que moram as pessoas com dependência impossibilitam o uso de preservativos, neste caso, na consulta e em grupos orientara-se sobre a importância do uso da camisinha para a proteção contra doenças acima citadas.

3- Antecedentes de Promiscuidade: Considera-se promiscuidade aquela pessoa com mais de um parceiro sexual no mesmo momento.

A intervenção terá como base O programa Nacional de Controle de DST que se aplicará em palestras em grupo das mulheres gestantes. No segundo momento se realizara leitura e discussão do vários artigos sobre complicações na gravidez por sífilis, discussão dos instrumentos de avaliação do processo, dinâmica de grupo com vídeos e apresentação de materiais didáticos, tais como folders, pôsteres, vídeos e livros.

A adoção de práticas sexuais seguras, associadas ao bom desempenho na execução do pré-natal, são peças chaves para o controle do agravo. A população alvo deverá receber informações sobre a prevenção das DST e o direito a uma assistência médica humanizada e de qualidade

O *Treponema Pallidum*, ao contrário de outros treponemas, tem a capacidade de atravessar a placenta e causar infecção no feto (8). A transmissão transplacental pode ocorrer em qualquer fase da infecção materna e em qualquer momento da gestação (9). Pode originar consequências graves como morte perinatal, parto pré-termo, baixo peso ao nascer, hidropisia fetal não imune, anomalias congênitas, sífilis ativa no recém-nascido e seqüelas a longo prazo como surdez, alterações neurológicas ou deformidades ósseas (10;11). A infecção não produz imunidade pelo que uma grávida pode se infectar mais do que uma vez na mesma gravidez (12). A sífilis primária e secundária não tratada durante a gravidez afeta virtualmente 100% dos fetos, sendo que 50% destas gestações resultam em parto pré-termo ou morte perinatal. As mulheres com sífilis não tratada podem manter a capacidade de transmissão da infecção para os fetos por vários anos. No entanto a proporção de transmissão e a gravidade da doença fetal são menores quanto maior for a duração da infecção materna (13;14) . O risco de infecção diminui progressivamente para 40% na sífilis latente recente e para 10% na sífilis latente tardia

São estas as complicações da sífilis na gestação, sendo que a informação é a orientação para as gestantes durante as palestras e diferentes dinâmicas de grupos.

3.5- AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PROGRAMA:

Deve-se considerar a gestante com sífilis como o foco central do processo, porém a presença de fatores de risco não depende unicamente dela, mas do conjunto de elementos constituintes do processo. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para o estímulo de reduzir os fatores de risco que afetam as gestantes sejam alcançados.

Com o intuito de promover o permanente acompanhamento do Projeto de Intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, serão utilizados dados advindos das consultas subsequentes, nas visitas dos Agentes de Saúde e através das reuniões de equipe do PSF.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Durante a implantação do Projeto de Intervenção, espera-se que, para um melhor controle dessa patologia é necessário que as gestantes cumpram todo o indicado nos escritos acima, considerados com 'dicas' importantes ao tratamento e promoção de uma melhor qualidade de vida das pacientes. Essas informações aos pacientes podem ser por meio das consultas e ainda de palestras pré-agendadas, levando em consideração a importância do controle das DSTs. É fundamentalmente importante conhecer e diminuir os fatores de risco, já que trata-se de uma doença que pode desencadear complicações.

Para um direcionamento eficiente é preciso cumprir com o programa já existente, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento das pacientes e da colaboração dos profissionais de saúde.

O projeto permitirá conhecer o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes em minha unidade de saúde e suas tendências e desta forma reduzir a morbidade. Espera-se sensibilizar sobre as consequências do uso incorreto dos meios de proteção sexuais.

5. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI
Escolha Assunto											
Formulação Problema											
Objetivos											
Metodologia											
Revisão da Literatura											
Coleta e Levantamentos dos Dados											
Análise e Interpretação Resultados											
Conclusão e Considerações											
Revisão											
Resultado Final											
Apresentação do Projeto											

6- BIBLIOGRAFIA

1. Garnett GP, Sevgi OA, Hoyle DV, Cates Jr. W, Anderson RM. The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection. *Sex Transm Dis* 1997; 24:185-98.
2. Colombo levou sífilis para a Europa, afirma estudo (15 de janeiro de 2008)
3. Coffin, LS; Newberry, A, Hagan, H, Cleland, CM, Des Jarlais, DC, Perlman, DC. (January 2010). "Syphilis in Drug Users in Low and Middle Income Countries". *The International Journal on Drug Policy* 21 (1): 20–7. DOI:10.1016/j.drugpo.2009.02.008. PMID 19361976.
4. Gao, L; Zhang, L, Jin, Q. (September 2009). "Meta-analysis: prevalence of HIV infection and syphilis among MSM in China". *Sexually Transmitted Infections* 85 (5): 354–8. DOI:10.1136/sti.2008.034702. PMID 19351623.
5. Karp, G; Schlaefter, F, Jotkowitz, A, Riesenber, K. (January 2009). "Syphilis and HIV co-infection". *European Journal of Internal Medicine* 20 (1): 9–13. DOI:10.1016/j.ejim.2008.04.002. PMID 19237085.
6. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034
7. Myles TD, Elam G, Park-Hwang E, Nguyen T. The Jarisch-Herxheimer reaction and fetal monitoring changes in pregnant women treated for syphilis. *Obstet Gynecol*. 1998; 92(5):859-64.
8. Peeling RW, Hook EW 3rd. The pathogenesis of syphilis: the Great Mimicker, revisited. *J Pathol*. 2006; 208(2):224-32.
9. Values M, Kirk D, Ramsey P. Syphilis in pregnancy: a review. *Prim Care Update Ob/Gyns*. 2000; 7: 2630.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Congenital syphilis - United States, 2003-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010; 59(14):413
11. Genç M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect*. 2000; 76(2):73-9.

12. Protocolos de Diagnóstico e Terapêutico em Infecçologia Perinatal. Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2007 [acedido em 5 de Agosto de 2013]. Disponível em:

http://www.spp.pt/UserFiles/File/Infecçologia_Perinatal_2007/Infecçologia_Perinatal_Sifilis.pdf.

13. Hitti J, Watts DH. BacterialSexuallyTransmittedInfections in Pregnancy. In: Holmes K, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, editors. SexuallyTransmittedDiseases. 4rd ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1529-61.

14. Lorenzi DRS, Fiaminghi LC, Artico GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. FEMINA. 2009; 37 (2):83-90.

ANEXOS

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: “consequências da sífilis na gravidez, na unidade de saúde Santa Luzia”. Um estudo que será realizado pela Doutora Evelin Beades Seijo, estudante do Curso de Especialização em saúde da família e tem como objetivo geral diminuir a incidência de sífilis em nossa área de saúde.

A coleta de dados dar-se-á utilizando o método de entrevista individual a partir de um questionário pré-elaborado. Sua participação na pesquisa será de fundamental importância para que possam ser atingidos os objetivos do estudo, colaborando com a resposta clara e objetiva do que lhe for perguntado. Não será cobrado nenhum valor para sua participação, assim como não terá ressarcimento por contribuir com o estudo. Na conclusão do estudo os benefícios dessa pesquisa poderão contribuir na atuação dos profissionais de saúde na prevenção e tratamento de sífilis na gestação.

Atenciosamente,

Doutora: Evelin Beades Seijo

Pesquisador

Consentimento Pós-esclarecido

Declaro que tomei conhecimento do estudo “consequências da sífilis na gravidez, na unidade de saúde Santa Luzia”. E compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa, não me opondo às atividades e que

também em qualquer momento da pesquisa posso tirar meu consentimento em participar da mesma.

São Paulo, _____ de _____ de 2015.

QUESTIONARIO

DATA DA APLICAÇÃO: ____ / ____ / ____

1. NOME: _____

2- IDADE: _____

3- SEXO: _____

4- RAÇA: _____

5- ANTECEDENTES PESOOÃES DE DTS:SI_ NO_

6-NÚMERO DE PARTOS: _____

7-USO DE DROGAS: SI__ NO__

8-. PARCEIRO FIXO: SI__ NO__