



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Prevenção de sífilis congênita na atenção primária

JAMILE FARRATH BASTOS OLIVEIRA

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador(a): LIA LIKIER STEINBERG

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVOS	04
2.1 Geral	04
2.2 Específico(s)	04
3 REFERENCIAL TEÓRICO	05
4 MÉTODO	08
4.1 Local	08
4.2 Participantes	08
4.3 Ações	08
4.4 Avaliação e Monitoramento	08
5 RESULTADOS ESPERADOS	09
6. CRONOGRAMA	10
7. REFERÊNCIAS	11

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que a sífilis gestacional representa um dos problemas de saúde pública que ganhou evidência nos últimos anos, devido à grande repercussão na morbi-mortalidade infantil. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), além de aumentar as taxas de aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em 40%, também pode provocar sequelas neurológicas importantes na população infantil infectada a partir de mães não tratadas. Estudos revelam que a taxa de infecção da transmissão vertical em mulheres não tratadas varia de 70 a 100% na fase primária e secundária da doença, reduzindo-se para 30% nas fases tardias. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, o que torna imprescindível a triagem sorológica da mãe na maternidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são detectados cerca de 1 milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) em 2013, no Brasil, foram detectados 13.705 casos de sífilis congênita no ano de 2013, ou seja, 4,7 casos por mil nascidos vivos, e 5,5 óbitos infantis por 100 mil nascidos vivos no mesmo ano. Estima-se que, no Estado de São Paulo, as taxas de sífilis adquirida aumentaram significativamente de 2007 a 2012, chegando a 5.607 casos em mulheres e 8.690 casos em homens em 2012. De acordo com um levantamento realizado na cidade de Campinas-SP, as maiores taxas registradas foram em 2014, com 1040 casos de sífilis adquirida sendo 272 gestantes e 71 crianças com sífilis congênita, e já foram notificados 57 casos de sífilis gestacional e 23 casos de infecção congênita até junho de 2015.

De acordo com dados coletados, desde 1986 a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica. Mas devido ao aumento do número de casos da doença associados à coinfeção com HIV, foram implementadas algumas ações de saúde pública como a inclusão da sífilis gestacional na lista de agravos de notificação compulsória (SINAN), em 2005, para melhor controle e observação do comportamento da doença nas gestantes. Um modelo sistematizado de estratégia de prevenção já existente é a Rede Cegonha, criada pelo SUS, visando ampliar a oferta de testes rápido para sífilis no pré-natal e facilitando assim o diagnóstico e tratamento precoce.

Apesar do aumento da notificação de casos de sífilis congênita em 34%, em menores de 1 ano de idade, entre 2010 e 2011, sabe-se que os compromissos globais e regionais relacionados ao problema vão além disso. A redução da mortalidade materna e infantil também é uma das prioridades básicas do Pacto pela Vida, inserido no conjunto de reformas institucionais do SUS (Pacto pela Saúde) em 2006. Para tanto, a assistência pré-natal tem o relevante papel de prevenir e cuidar das possíveis intercorrências maternas e perinatais. Um dos grandes desafios encontrados é conseguir interromper a cadeia de transmissão vertical já que o tratamento adequado depende também do tratamento do par-

ceiro. Além do crescente número de gestações na adolescência devido à promiscuidade, observa-se uma resistência maior por parte dos homens em se cuidar. Por tais razões torna-se evidente a necessidade dos municípios em investir em ações ligadas à prevenção primária e secundária nas unidades básicas de saúde que são as portas de entrada da população em questão.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Reduzir o número de casos de sífilis gestacional e congênita na Unidade Básica de Saúde (UBS) Blumenau, no município de Artur Nogueira, SP.

2.2. Específico(s)

- Capacitar e sensibilizar dos profissionais da UBS Blumenau em relação à sífilis e a importância do diagnóstico e tratamento precoces.
- Melhorar a captação precoce das gestantes para início do pré-natal.
- Garantir tratamento adequado das gestantes e seus parceiros
- Estimular o uso correto de preservativos (femininos e masculinos)
- Oferecer palestras educativas para as escolas do bairro
- Oferecer grupos de apoio e acolhimento para as gestantes e seus parceiros na UBS
- Rastrear população sexualmente ativa em relação à sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis (AIDS e hepatite B).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum*, cujo único hospedeiro é o homem. Pode ser transmitida através de relação sexual (sífilis adquirida) ou via transplacentária (sífilis congênita). A sífilis congênita é a disseminação da bactéria por via hematogênica, da mãe infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o feto, podendo ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio de infecção materna. Mas de acordo com estudos, sabe-se que o contágio também pode se dar por contato direto com o canal do parto, se houver lesão genital, ou através do aleitamento, em caso de lesão mamária por sífilis. Quanto maior o tempo de exposição do feto, maior a probabilidade de transmissão vertical, sendo que os estágios iniciais da doença materna (fase primária e secundária) representam maior chance de transmissão.

O diagnóstico é feito com base na investigação epidemiológica, clínica e laboratorial (testes treponêmicos como VDRL e não treponêmicos como FTA-Abs) da situação materna, já que mais de 50% nas crianças são assintomáticas ao nascimento. De acordo com o Ministério da Saúde (2005) existem 4 critérios que compõem a definição de caso de sífilis congênita.

Critério 1: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Critério 2: todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos) e/ou:

- Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico)
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade
- Títulos em testes não treponêmicos maiores do que os da mãe.

Critério 3: todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Critério 4: toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras de lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos. Os primeiros sintomas surgem geralmente a partir do terceiro mês até os 2 anos de vida (sífilis precoce), podendo também surgir após os 2 anos (sífilis tardia). As principais manifestações da fase precoce são: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite ou osteíte ou osteocondrite, enquanto na fase tardia os sinais e sintomas clássicos são tibia em “Lamina

de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, molares em amora, dentes incisivos medianos deformados.

O tratamento é feito com penicilina intramuscular ou endovenosa, baseado na avaliação clínica e laboratorial tanto da mãe quanto do feto. E por ser uma doença assintomática nas fases iniciais e com potencial de gravidade elevado, torna-se imprescindível a notificação compulsória das gestantes infectadas e dos casos de suspeita de infecção congênita. Pois tais razões, a melhor conduta diante do problema é o enfoque na promoção da saúde, com base na prevenção e no pré-natal qualificado para diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos confirmados.

Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratadas ou inadequadamente tratadas, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, deve-se realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados. O tratamento da criança é feito de acordo com a avaliação clínica e de exames complementares:

A1) se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas:

- penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias;
- ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias;

A2) se houver alteração líquórica:

- penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias;

A3) se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa:

- penicilina G benzatina 7 por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/Kg.

O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B) Nos recém-nascidos (RN) de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do RN; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR:

B1) se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

B2) se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

C) Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido:

C1) se for assintomático e o VDRL não for reagente proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.

C2) se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1(sem alterações de LCR) ou A2 (se houver alterações no LCR).

No período Pós-Neonatal (após 28º dia de vida):

- crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida.

Confirmando-se o diagnóstico, proceder o tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de 4 em 4 horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de dose recomendada.

4. METODOLOGIA

4.1 Local

UBS Blumenau, no município de Artur Nogueira-SP

4.2 Participantes (público-alvo)

Gestantes e seus parceiros
Secretaria municipal de saúde, gestores locais e equipe de saúde da família envolvida no atendimento destes pacientes

4.3 Ações

- 1- Divulgar o projeto na comunidade através de medidas de educação em saúde
- 2- Capacitar a equipe de saúde da família
- 3- Cumprir as diretrizes do Ministério da Saúde em relação à vigilância e assistência ao pré-natal:
 - 3.1) Planilha de controle mensal dos resultados de exames das gestantes,
 - 3.2) Prazo de 72 horas para convocação dos casos positivos após recebimento do resultado
 - 3.3) Busca ativa do parceiro para tratamento
 - 3.4) Teste rápido para sífilis no momento do diagnóstico de gravidez
 - 3.5) Facilitação do acesso aos preservativos
 - 3.6) Checagem durante as visitas domiciliares das ACS
 - 3.7) Revisão do fluxo para acolhimento das mulheres com suspeita de gravidez

4.4 Avaliação e Monitoramento

Através de uma pesquisa quantitativa e descritiva será realizado monitoramento mensal do número de gestantes com exames em dia (primeiro e terceiro trimestre), monitoramento dos casos positivos através do controle de cura, monitoramento do tratamento (abandono, reinfeção, etc), avaliação das medidas para captação precoce (porcentagem de gestantes que realizam

exame no primeiro trimestre) e investigação dos casos de sífilis congênita. Será selecionada para a pesquisa, a população de casos notificados e confirmados de Sífilis Materna e Sífilis Congênita do município de Artur Nogueira, na UBS Blumenau, no período de março de 2016 a fevereiro de 2017.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Embora o processo de prevenção da sífilis congênita seja tecnicamente fácil por meio de ações simples e de baixo custo e o tratamento seja bem estabelecido, verifica-se que o processo não acontece como previsto, provavelmente pela falta da real implementação das orientações do Ministério da Saúde. Portanto o desafio hoje colocado para os serviços e trabalhadores da saúde é o da produção cotidiana de aptos cuidadores eficientes com obtenção de resultados no plano da cura, promoção e proteção.

Espera-se que a prática do projeto desenvolvido possa contribuir para aumentar a captação precoce das gestantes, mantendo-as ligadas ao serviço de pré-natal e garantindo assim uma assistência coerente conforme estabelece o Ministério da Saúde, reafirmando desta forma, o Pacto pela Vida.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética	x	x					
Treinamento da equipe	x	x					
Implantação das Ações		x	x	x			
Monitoramento e ajustes			x	x	x		
Análise dos dados			x	x	x	x	
Apresentação dos resultados							x
Acompanhamento do Projeto			x	x	x	x	x

7. REFERÊNCIAS

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso. Brasília, 2006. 70p.

2 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília, Série A: Normas e Manuais Técnicos – Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. 2006a.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Mato Grosso do Sul. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Municipal de DST /AIDS de São Paulo. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis: Abordagem Sindrômica nas Unidades de Saúde do Município de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília, 2002.

7 BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: Aspectos Clínicos, de Vigilância Epidemiológica e de controle. Guia de Bolso. Fundação Nacional da Saúde: 1998. 220p.

8 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

9 MILANEZ H, AMARAL E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(7):325-7.

10 SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes dos; SENISE, Vera Lúcia Figueiredo. Infecções Congênitas e Perinatais. In: Rugolo, Ligia M. S. Souza. (Ed). Manual de Neonatologia. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Neonatologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 388p.

11 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST e Aids. Sífilis congênita e sífilis na gestação: informe técnico institucional. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):768-72.