



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LEA APARECIDA CORREA DE OLIVEIRA

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: EXPERIÊNCIAS DE ATIVIDADE EDUCATIVAS EM UMA  
UNIDADE DE SAÚDE

SÃO PAULO  
2019

LEA APARECIDA CORREA DE OLIVEIRA

SÍFILIS NA GESTAÇÃO: EXPERIÊNCIAS DE ATIVIDADE EDUCATIVAS EM UMA  
UNIDADE DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2019

## **Resumo**

A sífilis congênita (SC) é apontada como um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países principalmente os da América Latina, necessitando de intervenção imediata para reduzir ao máximo a possibilidade de transmissão vertical e suas complicações. A recomendação da Organização Mundial da Saúde acatada pelo Ministério da Saúde do Brasil é de reduzir as taxas de Sífilis congênita por meio da solicitação rotineira de testes não treponemos (VDRL) no 1º e 3º trimestre de gestação e, se possível, no momento do parto sendo de incontestável importância. Tal fato se justifica pela alta prevalência da sífilis nas gestantes e pela facilidade de diagnóstico e tratamento, sobretudo porque o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado, idealmente abaixo das dezesseis semanas, são premissas indispensáveis para a redução dessa prevalência. Esse estudo acontecerá em Campinas, no Centro de Saúde Campo Belo com pacientes gestantes e seus recém-nascidos, e tem como objetivo conscientizá-las sobre a importância da prevenção e tratamento de sífilis na gestação. Além disso, irá propor intervenção educativa mensal para as gestantes do território e capacitar profissionais de saúde sobre sífilis na gestação. Espera-se contribuir para a atualização e qualificação dos profissionais envolvidos no manejo da sífilis em gestante da rede pública através do fluxograma implantado, buscando implementá-lo, reduzindo-se assim o número de casos de sífilis congênita do município e que haja uma melhor conscientização e adesão ao tratamento.

## **Palavra-chave**

Doença Sexualmente Transmissível. Sífilis. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Gestantes.

## **Introdução**

No ano de 1546 o médico italiano Girolamo Fracastoro, publicou seu trabalho *De contagione et contagiosis morbis et curatione* sobre o contágio e as doenças contagiosas e sua cura, no qual definiu sua teoria sobre contágio, como sendo um tipo de infecção, que passava de um indivíduo para outro, por intermédio de seres vivos que se reproduziam, os quais denominou *seminaria contagionum* - sementes de contágio. Além de definir a causa das doenças, descreveu seus modos de transmissões, por contato direto, por intermédio de fômites<sup>1</sup> ou à distância (MASSALONGO, 1917).

A partir de então, a compreensão sobre as doenças foi conformada por duas teorias distintas no âmbito do pensamento médico: a teoria miasmática, derivada da concepção hipocrática e a teoria do contágio, formulada por Girolamo Fracastoro (CZERESNIA, 1997).

O conceito de contágio e os pressupostos sobre a contagiosidade formulados por Fracastoro foram comprovados cerca de 350 anos depois, com os trabalhos desenvolvidos por Pasteur e Koch (LEDERBERG, 2000).

A noção de infecção é anterior aos trabalhos de Fracastoro. Entretanto foi ele quem definiu pela primeira vez o conceito de contágio sobre as causas das doenças, e das formas de transmissão de um indivíduo para outro, conceitos estes contrários aos entendimentos de magia e miasmas existentes na época (DAGLIO, 1969).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde acatada pelo Ministério da Saúde do Brasil de reduzir as taxas de Sífilis congênita por meio da solicitação rotineira de testes não treponemos (VDRL) no 1º e 3º trimestre de gestação e, se possível, no momento do parto é de incontestável importância. Tal fato se justifica pela alta prevalência da sífilis nas gestantes e pela facilidade de diagnóstico e tratamento, sobretudo porque o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado, idealmente abaixo das dezesseis semanas, são premissas indispensáveis para a redução dessa prevalência (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde em suas campanhas de sensibilização sobre a sífilis destaca que a sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2012b).

Dados epidemiológicos atuais alertam para a problemática, pois podem refletir a falta de qualidade da assistência ao pré-natal bem como ao comprometimento de profissionais envolvidos nessa assistência visto que existe protocolo específico ao atendimento das gestantes com sífilis em todo território nacional. Várias estratégias foram adotadas ao longo do tempo a fim de interromper a transmissão vertical da doença e mesmo assim continua com alta incidência (BRASIL, 2012b).

## **EPIDEMIOLOGIA**

Incidência mundial estimada de 5,4 milhões de casos em 2012. Cerca de 900.000 gestantes com sífilis resultaram em 350.000 casos de sífilis congênita no mundo em 2012. Poucos dados mundiais disponíveis. Essas estimativas são baseadas nos estudos de prevalência dos países (BRASIL, 2012b).

Segundo o Comitê Regional de Validação da Eliminação da Transmissão Materno Infantil de HIV e Sífilis Opas -2014:

- \* Incidência de HIV de até 0,3 casos por 1000 NV
- \* Incidência de Sífilis Congênita de 0,5 casos por 1000 NV
- \* Cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta)  $\geq$  95%
- \* Cobertura de testagem para HIV e Sífilis em gestante em gestante  $\geq$  95%
- \* Cobertura de tratamento com ARV em gestante HIV+  $\geq$ 95%
- \* Cobertura de tratamento com penicilina em gestante com Sífilis  $\geq$  95%

### **Brasil:**

Sífilis adquirida (2016):

- \* 593 casos
- \* 42,5 casos por 100.000 habitantes.

Sífilis em gestante (2016):

- \* 436 casos
- \* 12,4 casos por 1.000 nascidos vivos.

Sífilis congênita (2016):

- \* 474 casos (221 óbitos)
- \* 6,8 casos por 1.000 nascidos vivos,

### **Estado de São Paulo**

\* Taxa de detecção em gestantes:

11,3/1.000 NV.(2015)

\* Sífilis congênita:

5,4/1.000 nascidos vivos (2015)

### **Campinas**

**Taxa de detecção em gestantes: 19,6 /1.000 NV (2015)**

**22,0/1.000 NV (2016)**

**22,7/1.000 NV (2017)**

**Incidência Sífilis congênita: 5,1/1.000 nascidos vivos (2015)**

**5,6 /1.000 nascidos vivos (2016)**

**4,2 /1.000 nascidos vivos (2017)**

#### **Distrito Sul**

**Taxa de detecção em gestantes: 19,4 /1.000 NV (2015)**

**19,8 /1.000 NV (2016)**

**20,7 /1.000 NV (2017)**

**Incidência Sífilis congênita: 2,6 /1.000 nascidos vivos (2015)**

**4,2 /1.000 nascidos vivos (2016)**

**4,0 /1.000 nascidos vivos (2017)**

#### **C.S CAMPO BELO**

Taxa de detecção em gestantes: 2017

**Campinas 20,6/1.000 N**

**Distrito Sul 20,7/1.000 NV**

O diagnóstico da sífilis na ausência de manifestações clínicas é realizado por exames sorológicos. O venereal disease research laboratory (VDRL) e o rapid plasma reagin (RPR) são testes não treponêmicos, quantitativos e de alta sensibilidade. Os testes podem resultar positividade por longos períodos, mesmo após a cura da infecção. Contudo, ocorre diminuição progressiva nas titulações, até que se tornam não reagentes após tratamento adequado, na maioria dos casos, após meses ou anos. Já os testes treponêmicos fuorescence treponemal antibody-absorption (FTA-ABS), microhemagglutination-Treponema pallidum (MHA-TP), Treponema pallidum hemagglutination (TPHA) e Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) são qualitativos e detectam anticorpos antitreponêmicos com elevada especificidade. São, portanto, úteis na exclusão de resultados falsos-positivos. Porém, a sorologia 11 treponêmica tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falsos-negativos e, uma vez positivos, tendem a não se negativarem mesmo após a cura da infecção (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda o tratamento com 2.400.000 UI de penicilina benzatina para a sífilis primária, 2.400.000 UI por duas semanas consecutivas para a sífilis secundária ou latente recente e 2.400.000 UI a cada semana, por três semanas, para a sífilis tardia ou de duração indeterminada. Para as gestantes com alergia a penicilina, evento muito raro a recomendação é dessensibilizar e utilizar penicilina, única droga que trata o feto. Portanto, o tratamento como o diagnóstico são bastante acessíveis. Também se recomenda: • Os testes não treponêmicos (VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente em gestantes; • Nos casos

de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de quatro vezes em três meses e oito vezes em seis meses; se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta (BRASIL, 2005).

Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina memória ou cicatriz sorológica da sífilis. O exame de VDRL que apresenta títulos baixos pode também representar uma reação falsa positiva, que pode ser uma reação cruzada com as alterações inflamatórias das doenças do colágeno. Pode ainda ser representada por sífilis muito recente, cujos títulos estão em ascensão, ou ainda doença muito antiga, tratada ou não, cujos títulos tendem a apresentar declínio naturalmente independente de tratamento (BRASIL, 2008).

A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o 2º ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico 12 na criança representa um processo complexo. Além do fato de que mais da metade de todas as crianças é assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos, não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança. Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características desta síndrome são excluídas por outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como, por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR) (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, se faz necessário que a equipe esteja preparada para acolher às necessidades específicas da mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, que faça o cuidado a saúde de forma integral, para que se não possível prevenir que diagnóstico da infecção seja feita no início da gestação, para que possa possibilitar melhores resultados relacionados ao controle da infecção materna e conseqüentemente, se obter resultados positivos de profilaxia da transmissão vertical (BRASIL, 2007).

O projeto será desenvolvido na Unidade de Saúde Campo Belo devido a ser uma área de grande vulnerabilidade, com alta incidência dessa doença nas gestantes em nosso território nos últimos anos, com a necessidade de conscientizar pacientes gestantes sobre a importância da prevenção e tratamento de sífilis na gestação.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

Objetivo geral:

- ♦ Conscientizar pacientes gestantes sobre a importância da prevenção e tratamento de sífilis na gestação.

Objetivo específico:

- ♦ Propor intervenção educativa mensal para as gestantes do território.
- ♦ Capacitar profissionais de saúde sobre sífilis na gestação.



## **Método**

### **Local e público alvo**

O projeto acontecerá no município Campinas, no Centro de Saúde Campo Belo. que buscaram atendimento em nossa UBS e que aceitem participar dos grupos educativos. Além disso, será feita capacitação da equipe sobre o tema abordado.

### **Ação**

Serão realizadas matriciamento para capacitação da equipe, com análise junto aos profissionais de saúde que realizam o acompanhamento de pré-natal na rede pública municipal e avaliação do fluxograma vigente apontando seus aspectos positivos e negativos. Também será planejado ações de esclarecimento e informações e busca para que venham sanar os problemas detectados e ainda capacitar profissionais que ainda não foram por terem sido agregados ao serviço posteriormente a implantação do referido fluxograma.

Para os pacientes serão ofertadas palestras educativas diárias por meio de vídeo na sala de espera. Concomitantemente, será organizado o grupo de Gestante mensal, com a oportunidade de falar sobre Sífilis na Gestação, sua transmissão, conseqüências a mulher e ao RN bem como o tratamento adequado. O grupo contará com a presença de um medico enfermeiro, Técnico de enfermagem e Agente de Saúde.

### **Avaliação e monitoramento**

O monitoramento será realizado através do acompanhamento dessas pacientes nas consultas de Pré- natal, nos grupos oferecidos e sempre que necessário a visita do Agente de saúde.

## **Resultados Esperados**

Espera-se com esse projeto de intervenção, contribuir para a atualização e qualificação dos profissionais envolvidos no manejo da sífilis em gestante da rede pública através do fluxograma implantado, buscando implementá-lo, reduzindo-se assim o número de casos de sífilis congênita do município abaixo do pactuado com o Ministério da Saúde de Campinas. Além disso, espera-se que haja uma melhor adesão ao tratamento.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília - DF, 2007. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_verticalhivsifilis\\_manualbolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf). Acesso em 12/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico-Sífilis. 2012 a, Ano 1, nº 4. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidem\\_sifilis\\_2012](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_sifilis_2012). Acesso em 09/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília, 2012b. (Série A- Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bv s/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bv s/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em 09/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis>. Acesso em 10/02/2019.

FERREIRA, L. A. P. O conceito de contágio de Girolamo Fracastoro nas teses sobre sífilis e tuberculose. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio Grande do Sul, 2001, v. 23, nº 10, pg. 647-52. Disponível em:< <http://www.scielo .br/pdf/rb go/v23n10 /8489.pdf>.

SOUZA, E. M. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*\* A hundred years ago, the discovery of *Treponema pallidum*. An Bras Dermatol. 2005; 80(5): p. 547-8.