



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MARINA SOARES MARQUES

SUB DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - COMO
MELHORAR ESSE CENÁRIO?

SÃO PAULO
2020

MARINA SOARES MARQUES

SUB DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - COMO
MELHORAR ESSE CENÁRIO?

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: RENATA CASAGRANDE GUZELLA

SÃO PAULO
2020

Resumo

A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada por uma bactéria - *Treponema pallidum* - que apresenta diferentes formas de apresentação clínica podendo inclusive ser assintomática. Com isso, torna-se um desafio para a saúde pública principalmente no Brasil devido seu subdiagnóstico. No ano de 2019, aproximadamente 20% das gestantes que fizeram abertura de Pre-Natal em uma equipe da USAFA Tupiry no município de Praia Grande-SP testaram positivo para Sífilis adquirida, mesmo todas sendo assintomáticas. Além disso, 100% dos parceiros também eram assintomáticos e testaram positivo para a doença. Com essa informação, levantou-se o tema em reunião de equipe questionando-se o possível subdiagnóstico de epidemia de Sífilis na população em questão, devido baixa testagem dos pacientes associado a prevalência da forma assintomática da doença. Frente a isso, esse trabalho visa avaliar os possíveis pontos de melhoria no diagnóstico da Sífilis adquirida via unidade de saúde, aumentando o acesso à informação e à testagem, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, além do monitoramento e acompanhamento dos casos positivos, diminuindo assim a incidência da doença na população desta unidade.

Palavra-chave

Saúde Pública. Programas de Rastreamento. Doença Sexualmente Transmissível. Diagnóstico Precoce. Sífilis.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

No ano de 2019, dos Pré Natais abertos por minha equipe na USAFA Tupiry (Praia Grande-SP), 20% resultaram em diagnóstico de sífilis adquirida em mulheres assintomáticas. Diagnósticos esses feitos por teste rápido e/ou VDRL positivos. Esse fato contribuiu para que esse tópico fosse abordado em diversas reuniões de equipe buscando solucionar esse surto em nossa região.

O que mais nos preocupou foi o fato de todos esses diagnósticos terem sido feitos exclusivamente a partir do protocolo de rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em gestantes, seja através do teste rápido para Sífilis na abertura do Pré Natal e/ou após a realização dos exames de rotina do primeiro trimestre de gestação. Dessa forma, automaticamente os parceiros foram convocados para exames e tratamento obrigatório. Constatamos que todos os parceiros também eram assintomáticos e desconheciam ser portadores da doença. Felizmente, 100% dos diagnósticos feitos o tratamento foi considerado adequado, da gestante e do parceiro - 3 doses de penicilina benzatina 2.400.000 UI, terminando mais de 30 dias antes do parto, além de zero casos de Sífilis congênita diagnosticada.

Esses dados refletem o quanto o rastreamento eficaz é importante para o diagnóstico da doença, uma vez que grande parte da população jovem assintomática não busca atendimento médico em busca de prevenção de DSTs, incluindo a Sífilis.

Devido alto índice de novos casos de Sífilis na população atendida em consulta de Pré-Natal (PN), o tema foi levantado em reuniões de equipe e surgiu a reflexão dos motivos do subdiagnóstico em nossa população. Com isso, esse trabalho tem como objetivo principal encontrar caminhos e propostas que promovam o diagnóstico precoce de Sífilis e tratamento adequado, na região coberta pela USAFA Tupiry no município de Praia Grande-SP e assim diminuir o número de casos na região.

ESTUDO DA LITERATURA

A Sífilis é uma doença infecto contagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria do grupo das espiroquetas. Esta infecção ocorre principalmente através de contato sexual, mas também pode ser transmitida verticalmente, através do uso de seringas compartilhadas, e por transfusão sanguínea, embora raro atualmente. É considerada um agravo de notificação compulsória desde 2010, podendo ser classificada em: sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis gestacional (BRASIL 2010).

Clinicamente, pode ser classificada em primária, secundária e terciária, sendo que a maioria das vezes se apresenta de forma assintomática. A sífilis primária determina-se por exibir lesão ulcerada única - conhecida como cancro duro - indolor e de fundo limpo, bordas definidas e regulares podendo estar associada a adenite satélite; ocorre no local de entrada da bactéria. A forma secundária é sinalizada por erupção macular eritematosa, que progride para lesões mais evidentes, papulosas acastanhadas não pruriginosas, que podem atingir todo o tegumento, atingindo a região plantar e palmar. Alopecia e madarose também podem ser encontrados. Devido clínica mais evidente, normalmente é nesse estágio que o paciente sintomático procura auxílio médico e o diagnóstico da Sífilis adquirida é realizado. A sífilis terciária ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre 2 e 40 anos depois do início da infecção. Há destruição tecidual, sendo comum acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e levar ao óbito (BRASIL, 2010).

A sífilis também é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento, conforme tempo de evolução da doença, sendo classificada como recente (primária, secundária e latente recente) com até dois anos de evolução ou tardia (latente tardia e terciária) com mais de dois anos de evolução (WHO, 2016).

O diagnóstico da Sífilis pode ser feito nas Unidades de saúde através de um teste rápido com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial. Esta é a principal forma de diagnóstico da sífilis na atenção primária. Além disso, o teste de VDRL e FTAb também são utilizados na rede pública, sendo o VDRL de importante uso no seguimento da doença, uma vez que é passível de titulação (BRASIL, 2010). O tratamento de escolha é a penicilina benzatina, sua dose varia de acordo com a fase da doença. A sífilis é uma doença de notificação compulsória nacional e obrigatória. No Brasil a sífilis congênita vem sendo notificada desde 1986. Em gestantes, a notificação iniciou-se em 2005 e a sífilis adquirida, em 2010 (Lima et al, 2008).

Segundo o Boletim Epidemiológico da Sífilis publicado em 2019 pelo Ministério da Saúde, a taxa de detecção de Sífilis adquirida nacional foi de 75,8 casos a cada 100.000 habitantes - um aumento de 28,3% quando comparado ao ano de 2017. A média para o estado de São Paulo onde se encontra o município em estudo foi de 82,1 casos a cada 100.000 habitantes. Em 2018, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (35,1%), seguidos por aqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,5%). De acordo com o sexo foram sete casos em homens para cada dez casos em mulheres, incluindo diagnóstico de mulheres gestantes. A maior parte das pessoas notificadas eram pardas (36,8%), seguidas de brancas (36,2%) e pretas (10,3%) (BRASIL, 2019).

Já a taxa de sífilis congênita aumentou 3,8 vezes, passando de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos em 2018, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 6,1 vezes, passando de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2019). A sífilis congênita representa um grande problema de saúde pública quando não é tratada, por ser uma doença que ameaça mãe e filho. As consequências da ausência do tratamento do recém-nascido podem gerar complicações importantes, são elas: prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões cutâneo-mucosas, alterações ósseas, déficit de crescimento, hepatoesplenomegalia, neurosífilis, anomalias oftalmológicas, entre outras (Zilhões et al, 2004; Avelleira et al, 2006). Um terço das gestações em mulheres infectadas e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço evoluir para sífilis congênita. A abordagem correta desse problema durante o pré-natal tem o potencial de reduzir sua incidência a menos de 0,5/1.000 nascidos vivos (Valderrama et al, 2004; Wolff et al, 2009). Dentro os fatores de risco para a sífilis congênita são a assistência ao pré-natal inadequado - anamnese de má qualidade, não realização de teste rápido e sorologias no 1º e 3º trimestre, falha na interpretação dos resultados e sinais e sintomas maternos, falha do tratamento da mãe e do parceiro, preenchimento inadequado do cartão da gestante - e gestante adolescente e/ou sem parceiro fixo (Lago et al, 2004; Lima et al 2008; Wang et al, 2019).

Importante destacar que a sífilis congênita é um exemplo de doença que pode ser detectada e tratada durante o cuidado pré-natal, sendo a triagem para presença da infecção materna altamente efetiva, mesmo em locais de baixa prevalência de sífilis na população. Embora exista tratamento, a chance do indivíduo se infectar novamente é alta (Dorado et al, 2014). Esta reinfecção se deve a casos de subnotificação e também a falta de conhecimento da doença (Lafeta et al, 2016).

O Ministério da Saúde vem executando diversas estratégias de abrangência nacional para o controle da sífilis no país com disponibilidade de testes rápidos, fornecimento de penicilina benzatina e cristalina; desenvolvimento de instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada de decisão; realização de Campanha Nacional de Prevenção; e desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da sífilis no SUS (BRASIL, 2019)

Isso reflete o quanto o rastreamento eficaz é importante para o diagnóstico da doença. Fica claro que grande parte da população jovem assintomática não busca atendimento médico em busca de prevenção de DSTs, incluindo a Sífilis. Segundo o Ministério da Saúde (2019), existe um rastreamento a ser seguido, de acordo com a frequência abaixo agrupadas:

- ♦ **Anual:** adolescentes e jovens até 30 anos com vida sexual ativa;
- ♦ **Semestral:** homossexuais, profissionais do sexo, travesti/transsexual, pessoa que usa álcool/outras drogas, pessoa privada de liberdade, portadores de HIV
- ♦ **Sempre:** exposição sexual sem uso de preservativo, violência sexual, diagnóstico de outras DST, parceria(s) sexual(is) com diagnóstico de sífilis, gestante, puérpera sem registro de teste para sífilis no pré-natal, abortamento espontâneo/natimorto, clínica de sífilis.

Com isso, esse trabalho visa encontrar onde estão os erros de rastreamento e diagnóstico da doença na região do bairro Tupiry em Praia Grande SP, buscando formas e otimizar o diagnóstico precoce da doença e diminuir a quantidade de casos notificados e a

disseminação da doença pela população local.

AÇÕES

Frente ao exposto, foi quantificado um total de 72 gestantes assistidas na Equipe Azul da USAFA Tupiry durante o ano de 2019 e um total de 13 gestantes com diagnóstico de Sífilis durante a gestação nas consultas de rotina do PN. Destas, 11 gestantes tinham parceiro fixo, os quais também foram testados positivos para a Sífilis, e tratados adequadamente. Vale ressaltar que 100% dos parceiros convocados também eram assintomáticos.

A partir dessas informações, foi levantado o tema de como melhorar o rastreamento na população em geral, uma vez que em gestantes com pré-natal adequado o rastreamento é eficaz e o diagnóstico é realizado. Embora haja, como citado acima, um protocolo proposto pelo ministério da saúde, a prática do mesmo não é feita no dia-a-dia da unidade.

Diante disso, será criado de uma campanha com ampla divulgação dentre a população para o teste rápido de Sífilis e/ou VDRL, de acordo com material que a prefeitura oferece de divulgação. A campanha será voltada para pacientes com vida sexual ativa, independentemente da idade e de apresentar sintomas. Haverá uma divulgação importante dentre os jovens, através de cartazes em escolas, faculdades, bares, etc. Os agentes comunitários têm papel importante dentro da comunidade, na convocação da população mais exposta e vulneráveis (como, por exemplo, profissionais do sexo).

Outra frente de ação será a educação em saúde na forma de palestras voltadas para jovens, em escolas e faculdades, expondo de forma didática o que é a sífilis, a importância da realização do teste devido a clínica poder ser assintomática, além de claro enfatizar os riscos da doença e a co-infecção com outras DSTs.

Será intensificado o fornecimento contínuo de preservativos - que hoje ficam expostos na recepção da unidade - pelos médicos e enfermeiros durante as consultas.

Para monitorar e garantir o tratamento completo da sífilis, será criado uma planilha para o tratamento supervisionado das 3 doses de penicilina e seguimento pós tratamento adequado, e acompanhamento destes usuários para a dosagem mensal dos níveis de VDRL até diminuição adequada da titulação.

Finalmente, a ultima ação será incluir a Sífilis como tópico obrigatório entre as reuniões de equipe - assim como é feito atualmente com a tuberculose e os pacientes em tratamento - para termos o controle dos infectados/ em tratamento e diminuir assim a transmissão da doença .

RESULTADOS ESPERADOS

Dentro das ações propostas, esperamos empoderar a população de que a Sífilis é uma doença sexualmente transmissível muitas vezes assintomática e que pode acometer riscos à saúde do paciente. Além disso, pretende-se aumentar o uso de preservativo pela população, diminuindo o diagnóstico não só da Sífilis, mas como também de outras DSTs.

Espera-se também aumentar o acesso ao diagnóstico e de tratamento de Sífilis em pacientes com vida sexual ativa, sejam eles assintomáticos ou não, diminuindo assim a transmissão e incidência da população supervisionada pela USAFA Tupiry.

Por fim, espera-se que diminuam os casos de Sífilis gestacional em relação ao ano de 2019, diminuindo também o risco para transmissão vertical originando a sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Numero especial, outubro 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010

DORADO Julius et al. Infecciones por treponemas - Sífilis. **Medicine** 11(51):2993-3002. 2014.

LAGO Eleonor; RODRIGUES Laura; FIORI Renato, STEIN Airton. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. **Sex Transm Dis**; 31(1):p33-37. 2004

LAFETA, Kátia Regina Gandra et al . Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 63-74, Mar. 2016 .

LIMA, Marina Guimarães et al . Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 499-506, Feb. 2013 .

ZILHÃO Carla et al. Sífilis congênita. **Rev Hosp Criança Maria Pia.**; 13(2):p127-32.2004.

VALDERRAMA Julia, ZACARIAS Fernando, MAZIN Rafael. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Rev Panam Salud Publica.** ;16(3):p211-17. 2014.

WANG Yajie et al. Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant — Suzhou, China, 2011–2014. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** ;68:p247–250.2019.

World Health Organization (WHO). **Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis)**. Acesso em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf;jsessionid=A4CF4A3D393707F43C11C91797D20A5A?sequence=1> . 2016.

WOLFF Tracy SHELTON Erica , SESSIONS Cecili MILLER Therese. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. **Ann Intern Med**.150(10):710-6. 2009.