



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ANDRÉ FABIANO DA SILVA GIAFFERI

ESTRATÉGIAS PARA O MANEJO DA SÍFILIS ADQUIRIDA

SÃO PAULO
2017

ANDRÉ FABIANO DA SILVA GIAFFERI

ESTRATÉGIAS PARA O MANEJO DA SÍFILIS ADQUIRIDA

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: SILVANA DIAS CORREA GODOI

SÃO PAULO
2017

Resumo

Esse Projeto de intervenção a ser implementado na Unidade Básica de Saúde Jardim Redentor em Bauru- SP visa apresentar uma visão geral do quadro da sífilis na região de abrangência da unidade e do atendimento prestado ao usuário no local. A partir dessa análise, propõem-se uma reorganização do fluxo de atendimento baseada na literatura e recomendações existentes. Objetiva-se introduzir um protocolo clínico para unidade, padronizar os critérios diagnósticos e de registro médico, capacitar os profissionais envolvidos no atendimento e ainda propor outras alternativas de prevenção e promoção da saúde relacionados ao tema.

Palavra-chave

Atenção Primária à Saúde. Fluxo de Atendimento. Protocolo Clínico. Sífilis.

Introdução

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (T. pallidum), uma espiroqueta exclusiva do ser humano, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis a longo prazo. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical [1]. A sífilis constitui um importante agravo em saúde pública, pois além de ser infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se contrair a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês human immunodeficiency virus), uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sifilíticas[1]. O risco de transmissão vertical é alto, podendo chegar a 40% da taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal.

No Brasil, em 2015, foram notificados 65.878 casos de sífilis Adquirida com uma taxa de 42,7 casos por mil habitantes, 33.365 casos de Sífilis em gestante e 19.228 casos de Sífilis congênita com 221 óbitos (Taxa de 7,4 por 100 mil nascidos vivos). [2]

Classicamente, os estágios da sífilis não tratada são classificados como: sífilis primária, que se inicia após o contato sexual infectante, se caracterizando por uma erosão ou úlcera (cancro duro) no local de entrada da bactéria (região genital ou outras partes do tegumento); Sífilis secundária, caracterizada por erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco, lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas, madarose e sintomas sistêmicos como febre; Sífilis latente, estágio que não se observa sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos; E sífilis terciária considerada rara e, quando presente, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular nesse estágio. [3][5]

O diagnóstico da Sífilis é realizado levando em consideração critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, sendo que, nas fases com lesão ativa da doença, pode-se realizar o diagnóstico por exames diretos, como a pesquisa direta de T. pallidum em amostras de lesões, aspirado de linfonodo e/ou material de biópsia pelo método de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%).[3] Entretanto testes imunológicos são os mais utilizados na prática e dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do T. pallidum. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico, mas podem permanecer positivos após o tratamento não sendo indicados para o controle da resposta ao tratamento. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos (anticardiolipina) para os antígenos do T. pallidum e podem ser qualitativos ou quantitativos, testes quantitativo permite a titulação de anticorpos, sendo um bom parâmetro para realização de controle de cura. [6]

Pacientes com sintomas sugestivos devem ser submetidos a testes sorológicos para confirmar o diagnóstico. O diagnóstico presuntivo da sífilis requer um teste treponêmico e um teste não treponêmico, pois o uso de apenas um teste é insuficiente e pode resultar em falsos negativos nas fases iniciais da sífilis e falsos positivos em pessoas que não tem a

doença. [6]

O tratamento de escolha para a sífilis é o penicilínico, sendo a Penicilina G Benzatina a escolha, em dose única de 2,4 milhões de unidades na sífilis primária, secundária e latente recente; e 2,4 milhões de unidades semanais durante três semanas (dose total de 7,2 milhões UI), nas formas latente tardia, latente com duração ignorada ou na terciária. Doxíciclina ou Ceftriaxona opções alternativas para o tratamento.[3] O seguimento do paciente deve ser realizado avaliando os títulos dos testes não treponêmicos mensalmente nas gestantes, e, na população geral, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano.[3][6]

O combate a Sífilis com o diagnóstico e tratamento oportuno das gestantes e casos de sífilis adquirida, além do seguimento para controle de cura fazem parte das estratégias da Organização Mundial da Saúde e do ministério da saúde para diminuição do número de casos de sífilis congênita [3] e podem ser integralmente realizadas na atenção primária a saúde.

Objetivos (Geral e Específicos)

Geral: implementar mudanças para melhorar o atendimento ao paciente com Sífilis atualmente realizado e implementar outras ações complementares passíveis de serem realizadas no combate à doença e a outras DSTs.

Específicos: O projeto visa adotar um protocolo clínico adequado de manejo à Sífilis adquirida (tendo em vista a já existência de recomendações para a Sífilis gestacional) e padronizar o fluxo de atendimento na unidade de saúde capacitando e atualizando a equipe conforme as recomendações do protocolo escolhido e implementar melhora do registro interno envolvendo o paciente com Sífilis. Objetiva-se, com essas medidas, melhorar a precisão diagnóstica, a confiabilidade dos dados disponíveis e a adesão do portador ao tratamento e seguimento propostos.

Método

Local: Unidade de Saúde Básica Jardim Redentor, Município de Bauru-SP

Público-alvo: Usuários com Sífilis adquirida e população susceptível a doença

Participantes: Usuários, Gestão local de saúde e profissionais envolvidos no atendimento

Ações: Para melhora no atendimento, é fundamental a adoção de um protocolo que seja

amplamente conhecido pelos profissionais envolvidos no atendimento, o Manual técnico para o diagnóstico da sífilis do Ministério da Saúde (2016) consiste em uma opção completa, confiável e aplicável ao cotidiano da unidade de saúde. No momento, não existe programa de educação continuada para os profissionais da unidade; entretanto, a equipe dispõe de um período por mês (matutino ou vespertino) para realizar reuniões de equipe sendo que existe a disponibilidade de reserva de horários para realização de treinamentos específicos indicados pela gestão. Tal fato possibilita a realização de atualização e treinamento da equipe em relação ao protocolo e fluxo de atendimento que pode ser ministrado por profissional da equipe ou da rede de saúde capacitado em caráter extraordinário e obrigatório.

Em relação ao registro médico para a sífilis, o projeto propõe a implantação de uma ficha simples contendo todos os dados relevantes para o tratamento e acompanhamento clínico do paciente, a ser entregue ao mesmo no momento do diagnóstico ou anexada em prontuário (segue exemplo de ficha a ser adotada). A ficha constitui importante instrumento para auxiliar o médico assistente e outros profissionais de saúde ao realizar o diagnóstico, tratamento e seguimento do paciente, mesmo quando o usuário se mudar ou decidir realizar acompanhamento em outro serviço. Ela deve ser preenchida, em todas as consultas, pelo profissional assistente, até a alta do paciente e, se optado por entrega-la ao paciente, deve-se orientá-lo da importância de manter a ficha e trazê-la em todas as consultas até a alta. Em conformidade com o que já é realizado, um controle simples dos pacientes diagnosticados e notificados deve ser mantido pela gestão e a lista pode ser revisada periodicamente (Ex: a cada 6 meses) à procura de pacientes faltosos, permitindo a realização de busca ativa pela assistência social.

Em relação ao fluxo de atendimento, o acolhimento do paciente deve ser realizado pela equipe de enfermagem com orientações e pronto acesso aos testes diagnósticos (testes rápidos) para Sífilis, hepatites virais e HIV. Sendo identificado resultado positivo, deve ser solicitado teste não treponêmico, como o VDRL, e agendada consulta com médico clínico ou generalista. O paciente deve ainda ser orientado de maneira sucinta a respeito da sífilis, incluindo formas de transmissão e prevenção e da necessidade de informar ao(s) parceiro(s) para que o(s) mesmo(s) procure(m) o serviço de saúde para investigação. Preservativos devem ser prontamente disponibilizados ao paciente na consulta, se o mesmo desejar e, se existir a suspeita de que o paciente não manterá o seguimento, o tratamento com 7.200.000 UI de Penicilina Benzatina deve ser prescrito na mesma consulta.

Na consulta clínica, o médico deve investigar os antecedentes epidemiológicos, checar o VDRL do paciente e interpretar os dados conforme indicação do protocolo. Caso não seja possível realizar o diagnóstico, deve ser solicitado outro teste treponêmico como o FTA-ABS e orientado o retorno. Caso feito diagnóstico de sífilis, o médico assistente deve estimar qual a fase clínica da doença e realizar ou solicitar a notificação compulsória. A ficha de seguimento deve ser preenchida com os dados disponíveis e anexada ao prontuário ou/e entregue ao paciente, além de prescrito tratamento compatível com a fase clínica da doença. Se possível, o parceiro deve ser tratado concomitantemente (se indicado) e o médico deve, ainda, reforçar as orientações realizadas a respeito da importância do tratamento e seguimento da doença incluindo suas possíveis complicações. Após o tratamento, deve ser realizado seguimento, de acordo com o protocolo, com avaliação de VDRL, a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. Uma avaliação clínica 30 dias após o tratamento também é recomendada e, a cada avaliação, o médico

assistente deve anotar os resultados na ficha de seguimento até a alta. Em caso de suspeita de neurosífilis, o paciente deve ser encaminhado a serviço de referência (a ser definido pela gestão) para realização de exames complementares não disponíveis na UBS e posterior tratamento específico.

Em relação a ações complementares a serem desenvolvidas, durante as consultas de rotina, os pacientes em idade reprodutiva devem, sempre que possível, ser orientados a respeito de DSTs, seja esse o motivo da consulta ou não, e deve ser oferecida triagem, caso o paciente tenha interesse em realizá-la. Atividades complementares de educação em saúde a respeito de DSTs podem ser realizadas pelos profissionais de saúde na própria unidade ou em parceria com projetos assistenciais e outras instituições da área (como escolas). Essas ações já são realizadas esporadicamente e em menor número, mas a elaboração de um cronograma de educação em saúde e o fortalecimento das relações interinstitucionais pode expandir e melhorar as ações de educação e prevenção já realizadas. Campanhas anuais como o “Fique Sabendo”, realizadas em novembro e dezembro de 2016 por determinação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo objetivando a detecção de Sífilis e HIV, constituem também estratégias relevantes para aumentar a detecção da doença na população e podem ser incluídas no calendário de atividades da unidade. Entretanto, devido ao modelo de UBS tradicional existente, a implantação dessas ações vai depender de iniciativa e planejamento da gestão e interesse dos profissionais envolvidos.

Avaliação e Monitoramento: A avaliação do projeto poderá ser realizada pela monitorização periódica por pessoa designada da equipe ou da rede de saúde (vigilância epidemiológica) do correto preenchimento das fichas de registro para todo caso de Sífilis notificado na unidade e existindo necessidade novo treinamento poderá ser coordenado pela gestão para reforçar as ações propostas. A implantação de educação continuada em caráter permanente é uma excelente opção para avaliar e monitorizar o desempenho profissional mas irá depender da adesão da equipe, atualmente configurada no modelo tradicional de assistência, e interesse da gestão.

Resultados Esperados

Com a implantação do projeto, é esperada uma padronização dos critérios e do atendimento atualmente prestado ao paciente com sífilis, com diminuição de notificações de casos falsos positivos e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento. Espera-se, ainda, que haja um aumento na adesão dos pacientes e profissionais de saúde ao correto tratamento e seguimento do paciente com sífilis.

Referências

- [1] HORVATH, A. Biology and natural history of syphilis. Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases. 2011.
- [2] BRASIL. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Ministério da saúde. Brasil. 2015
- [3] _____. MANUAL TÉCNICO PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS. SAÚDE, M. D. Brasília - DF 2016.

[4] STELLA R. TAQUETTE, M. M. D. V. E. M. C. D. P. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2004.

[5] BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília - DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016.

[6] STATES, U. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. SERVICES, U. S. D. O. H. A. H. 2015.

[7] HICKS, C. B.; CLEMENT, M. Syphilis: Treatment and monitoring 2016.