



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LARISSA SILVEIRA GUSMAO

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO

SÃO PAULO
2020

LARISSA SILVEIRA GUSMAO

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE SÃO
PAULO

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: LIA LIKIER STEINBERG

SÃO PAULO
2020

Resumo

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica. Segundo a OMS, há cerca de 6 mil casos novos de Sífilis diagnosticada a cada ano. Em 2016 havia uma estimativa de 661 mil casos de Sífilis congênita no mundo, responsável por 200 mil natimortos e mortes neonatais. De acordo com a portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 do Ministério da Saúde, a sífilis é uma das Condições Sensíveis à Atenção primária e o número de casos tanto de sífilis adquirida, como em gestantes e neonatal vem aumentando em grande escala nos últimos anos. Indicadores sugerem a baixa qualidade do pré-natal e o desinteresse por parte dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Além disso, ficou evidenciada a falta de conhecimento e familiaridade com relação aos protocolos preconizados para controle da sífilis e dificuldade na abordagem de infecções sexualmente transmissíveis (IST), demonstrando a importância de capacitação e educação continuada para melhoria da assistência, uma vez que estes mesmos protocolos sofrem mudanças constantes.

Palavra-chave

Gestantes. Pré-Natal. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis Congênita. Sífilis.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Aumento da incidência de Sífilis em Gestantes e de Sífilis Congênita

ESTUDO DA LITERATURA

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*. Tem o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório. Sua transmissão pode ocorrer de forma sexual ou vertical. É mais frequente em grandes centros urbanos e afeta igualmente todas as camadas sociais. Ainda se associam à ocorrência de sífilis o baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência, história de natimortalidade, comportamento sexual de risco, migração para grandes centros urbanos, acesso limitado aos cuidados de saúde e o não tratamento do parceiro infectado^[1].

Segundo a OMS, há cerca de 6 mil casos novos de Sífilis diagnosticada a cada ano. Em 2016 havia uma estimativa de 661 mil casos de **Sífilis congênita** no mundo, responsável por 200 mil natimortos e mortes neonatais, sendo considerada **a segunda causa de morte neonatal evitável** no mundo^[1]. De acordo com a portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 do Ministério da Saúde, a sífilis é uma das Condições Sensíveis à Atenção primária e o número de casos tanto de sífilis adquirida, como em gestantes e neonatal vem aumentando em grande escala nos últimos anos. Da mesma forma, tal acréscimo na incidência também pode ser observado na cidade de São Paulo, de acordo com dados obtidos na plataforma Dados Abertos da Prefeitura Municipal de São Paulo. Em 2007 foram registrados 329 casos de sífilis em gestantes, número que praticamente quintuplicou em 2011 com 1565 casos e em 2018, até março, já havia 4394, com um aumento em mais de 13 vezes o número de casos em menos de 11 anos. Quanto a sífilis congênita, em 2007 tínhamos 346 casos, já em 2010 o número havia subido para 543 e continuava em ascensão até a última coleta de dados, que se deu do início do ano até março de 2018 com 1152 casos. A partir desses dados fica evidente a necessidade de priorização desta moléstia em ações de planejamento na Unidade Básica de Saúde, pois se trata de uma doença prevalente que possui um tratamento custo-efetivo e disponível na Atenção Primária.

Viana et al., em estudo sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil, afirmam que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a cobertura pré-natal. Realidade também encontrada em outros estudos que expõem as fragilidades na assistência pré-natal relativas ao acesso e à oportunidade de diagnóstico e tratamento de gestantes e parceiros. Tais indicadores sugerem a baixa qualidade do pré-natal no país e o desinteresse por parte dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Em estudo realizado entre profissionais de saúde na cidade do Rio de Janeiro ficou evidenciada a falta de conhecimento e familiaridade com relação aos protocolos preconizados para controle da sífilis e dificuldade na abordagem de infecções sexualmente transmissíveis (IST), demonstrando a importância de capacitação e educação continuada para melhoria da assistência, uma vez que estes mesmos protocolos sofrem mudanças constantes.(4)

O principal fator de falha no tratamento da gestante, demonstrado por Magalhães et al, foi falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro, também demonstrado em outros estudos. Dessa forma, a inclusão do parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para a abordagem do problema e é determinante para a cura eficaz da mãe e, conseqüentemente, para o fim do agravo(3). A estratégia Pré-natal do Parceiro, além de constituir-se como “porta de entrada positiva” nos serviços de saúde, aproveita a presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos e

convida os homens a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população(5).

AÇÕES

Promover oficinas técnicas com o objetivo de atualizar os profissionais inseridos na UBS sobre sinais e sintomas da sífilis, protocolos de tratamento atualizados e preconizados pela prefeitura de São Paulo a fim de melhorar a busca ativa e tratamento da doença ainda na gestante, evitando o aumento da incidência da sífilis congênita.

Promover rodas de conversa entre os profissionais com a finalidade de desmistificar a doença e desfazer preconceitos para melhorar a abordagem à população geral e de risco.

Implementar o pré-natal do homem na Unidade, com a finalidade de melhorar o tratamento da gestante.

Ações em 5 passos, conforme Guia do Pré-Natal do Parceiro do Ministério da Saúde: Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início à participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante.

-1º PASSO: Primeiro contato com postura acolhedora: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

2º PASSO: Solicitar os testes rápidos e exames de rotina.

3º PASSO: Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada.

4º PASSO: Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica, infecções sexualmente transmissíveis etc.

5º PASSO: Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento.

Fortalecer o grupo de gestante, propondo dinâmicas que incluam as doenças passíveis de acontecerem durante a gestação, incluindo as ISTs.

RESULTADOS ESPERADOS

Melhora do conhecimento e capacitação dos profissionais da área da saúde sobre a sífilis, seu tratamento e prevenção;

Promoção do conhecimento sobre a sífilis, seu tratamento e prevenção para a população leiga;

Disseminação do conhecimento pela própria população através de troca de experiências;

Aumento da participação paterna por meio do pré-natal do homem;

Aumento da capacitação e autonomia da gestante, para lidar com doenças passíveis de acometimento durante esse período;

Redução do número de casos de sífilis em gestantes e, conseqüentemente, de sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

Magalhães, D.M.S.; Kawaguchi, I.A.L.; Dias. A; Calderon, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1109-1120, jun, 2013. (<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n6/1109-1120/pt>)

Vianna SM, Nunes A, Santos JR, Barata RB. Medindo as desigualdades sociais em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.

Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. Enferm Foco (Brasília) 2011; 2:108-11.

Domingues RM, Saraceni V, Hartz ZM, Leal MdoC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. Rev Saúde Pública 2013; 47(1): 147-56.

Herrmann, Angelita. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde,