



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Rafael Ferreira Duarte

**A inclusão da testagem de rastreamento da Sífilis nos
atendimentos ginecológicos de mulheres em idade fértil como
estratégia de combate à Sífilis congênita**

Rio de Janeiro
2016

Rafael Ferreira Duarte

A inclusão da testagem de rastreamento da Sífilis nos atendimentos ginecológicos de mulheres em idade fértil como estratégia de combate à Sífilis congênita

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Phillip Rosa de Oliveira

Rio de Janeiro

2016

RESUMO

O alto índice de Sífilis congênita é um importante indicador de baixa qualidade na assistência pré-natal, estando sua ocorrência diretamente relacionada à não identificação precoce e às falhas na administração do esquema terapêutico. A sinergia do diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno reduzem ou eliminam o risco da transmissão vertical. Considerando a responsabilidade da atenção básica em implementar ações de prevenção e assistência nas respectivas áreas de abrangência e populações adstritas e o impacto da sífilis congênita, objetivou-se traçar um Plano de Intervenção com foco na implementação da testagem diagnóstica para sífilis através da oferta do teste rápido ou do VDRL nas consultas clínico ginecológicas das mulheres em idade fértil assistidas pela ESF de Santa Mônica, como estratégia de identificação e tratamento precoce da Sífilis adquirida e conseqüentemente a prevenção da ocorrência da Sífilis congênita. A realização se deu através da revisão bibliográfica dos manuais e informes técnicos do MS e de artigos científicos da Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme) a cerca da temática publicados nos últimos 5 anos.

Descritores: Diagnóstico precoce; Sífilis adquirida; Sífilis congênita.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	03
1.1	Situação Problema.....	04
1.2	Justificativa	04
1.3	Objetivos.....	05
	Objetivo Geral.....	05
	Objetivo Específico	05
2.	REVISÃO DE LITERATURA	06
3.	METODOLOGIA	11
3.1	Público-alvo.....	11
3.2	Desenho da Operação.....	11
3.3	Parcerias Estabelecidas.....	11
3.4	Recursos Necessários.....	11
3.5	Orçamento.....	12
3.6	Cronograma de Execução.....	12
3.7	Resultados Esperado.....	13
3.8	Avaliação.....	13
4.	CONCLUSÃO	14
	REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS-2013) mais de um milhão de pessoas adquirem diariamente alguma Infecção de Transmissão Sexual (IST), sendo 500 milhões de pessoas infectadas anualmente por alguma IST curável, dentre elas a sífilis. Na gravidez a doença é responsável por aproximadamente 300 mil mortes fetais e neonatais/ano e coloca em risco de morte prematura 215.000 recém-nascidos. No Brasil, o estudo Sentinela Parturientes realizado em 2010, mostra a prevalência de soropositividade para sífilis de 0,89% o que corresponde a 26.7000 gestantes/ano. No ano de 2013 foram registrados no SINAN 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção 7,4 por 1.000 nascidos vivos, sendo observado um aumento na incidência da sífilis congênita (BRASIL, 2015).

Tal magnitude requer a implementação de estratégias que visem identificar e tratar precocemente a sífilis adquirida, com o protagonismo de todos os trabalhadores da saúde nas diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde. Nos últimos anos, segundo o Guia de vigilância em Saúde, houve um aumento na detecção de sífilis em gestantes graças à implementação do Teste Rápido (TR) no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2015).

Trata-se de uma infecção bacteriana, de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano (BRASIL, 2015). Tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905. É um agravo de notificação compulsória nacional desde 2005, seja classificada como sífilis adquirida, sífilis em gestante ou sífilis congênita (MAGALHÃES; et al. 2011).

O presente estudo foi realizado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNA SUS). Objetiva traçar um plano de intervenção voltado à ampliação da oferta da testagem de rastreamento da sífilis nos atendimentos clínico ginecológicos das mulheres em idade fértil assistidas pela Estratégia de Saúde da Família de Santa Mônica-Guarapari-ES.

A motivação para esse estudo surgiu a partir da vivência na prática profissional como médico da ESF de Santa Mônica-Guarapari-ES. O alto índice de diagnóstico de sífilis adquirida e sífilis em gestante na população residente na área adstrita, foram os fatores que influenciaram o desenvolvimento deste projeto.

1.1 Situação-problema

Devido à escassez da sintomatologia, dependendo do estágio da doença, a maioria das pessoas com sífilis desconhecem a presença da infecção, o que dificulta o diagnóstico e aumenta a cadeia de transmissão através de relações sexuais desprotegidas.

A transmissão vertical da sífilis é um importante agravo de saúde pública que pode ocasionar consequências severas como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado em tempo hábil da sífilis na gestação reduzem ou elimina o risco de transmissão vertical da doença, porém as sequelas dependem do período gestacional em que é implementada a terapia medicamentosa e o grau de desenvolvimento fetal. Sendo assim faz-se necessário a implementação de medidas que visem diagnosticar e tratar a sífilis adquirida nas mulheres em idade reprodutiva e suas parcerias, reduzindo assim a ocorrência da sífilis em gestantes e consequentemente os índices de sífilis congênita.

1.2 Justificativa

A sífilis pode ser suspeitada clinicamente dependendo do estágio da doença, porém a confirmação diagnóstica é feita através da aplicação de exames diretos e testes imunológicos treponêmicos e não treponêmicos. Estes testes são realizados geralmente na presença dos sinais sugestivos da doença, na suspeita de ISTs e obrigatoriamente na gestação durante o acompanhamento pré-natal e no pré-parto, já no ambiente hospitalar. A cronicidade da doença, a escassez da sintomatologia e a inespecificidade dos

sinais e sintomas fazem com que a doença seja descoberta, na maioria das vezes, durante o pré-natal, o que aumenta o risco de transmissão vertical e coloca em risco o desenvolvimento fetal.

Em 2012 foi incluído no âmbito da Rede cegonha o TR da sífilis que deve ser realizado já na primeira consulta de pré-natal, e se positivo já implementado o tratamento e feita a notificação. O TR é treponêmico, ou seja, detecta anticorpos específicos produzidos contra o *T. pallidum* sendo uma importante tecnologia para o diagnóstico da doença. O VDRL é o teste não treponêmico mais comumente utilizado no monitoramento da resposta ao tratamento através da queda de titulação.

Estratégias como a disponibilização do TR para diagnóstico de sífilis ou o VDRL nas consultas clínico ginecológicas das mulheres em idade fértil deve ser considerada, visto que o tratamento adequado da sífilis adquirida elimina os riscos em uma futura gravidez quando implementada a terapêutica adequada.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Ofertar a testagem para sífilis nas consultas clínico ginecológicas de mulheres em idade fértil assistidas pela equipe de ESF de Santa Mônica-Guarapari-ES.

- *Objetivos específicos*

- Implementar atividades educativas voltadas à prevenção das ISTs.
- Orientar a importância do sexo seguro.
- Identificar e tratar precocemente os casos de sífilis adquirida e suas parcerias.
- Reduzir a incidência de sífilis na gestação.
- Reduzir a transmissibilidade vertical da sífilis.

2. REVISÃO DE LITERATURA

“A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano” (BRASIL, 2015). Trata-se de uma doença secular, cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa pertencente ao grupo das espiroquetas. A transmissão se dá principalmente pelo contato sexual ou durante a gestação (80% intraútero e 20% na passagem do feto pelo canal de parto) se não for diagnosticada e tratada precocemente e adequadamente.

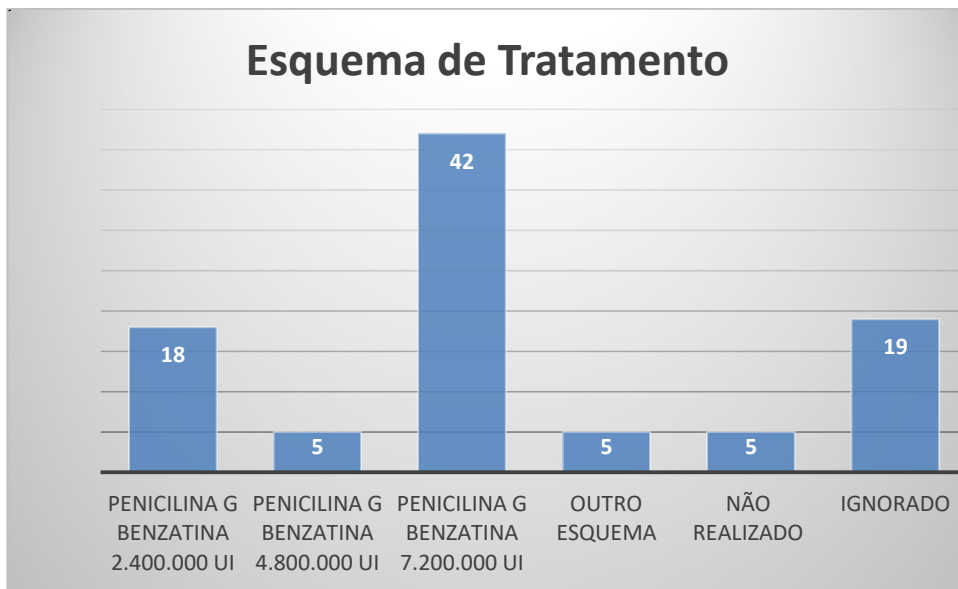
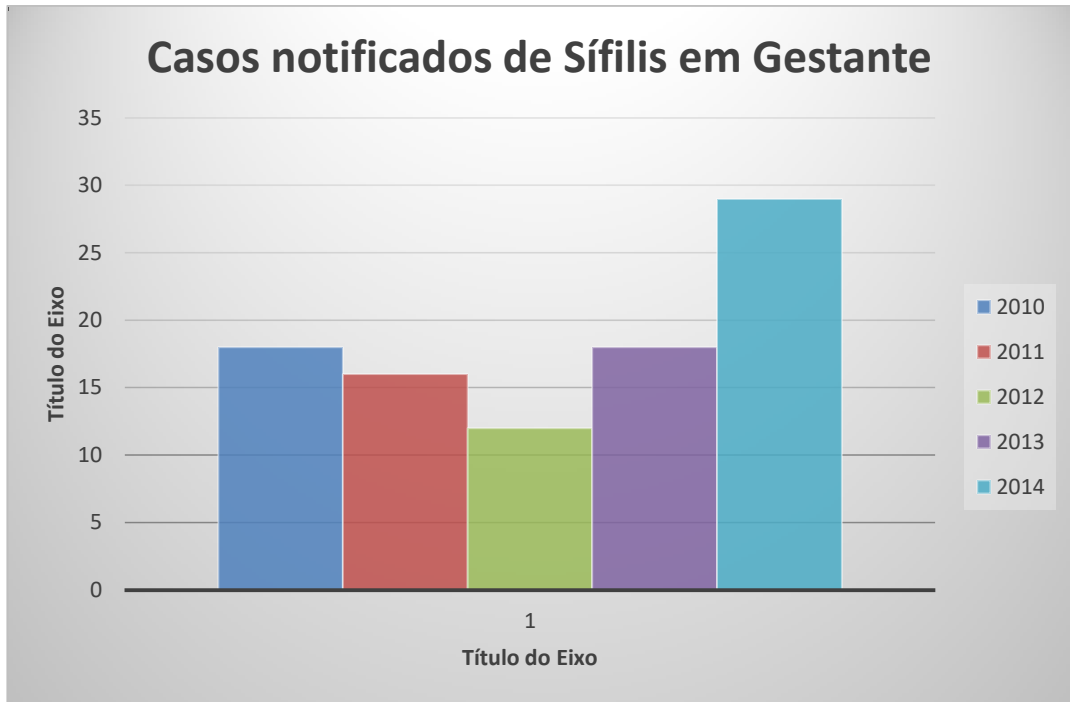
No Brasil e no mundo representa um grave problema de saúde pública, sendo sua eliminação uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS) no Brasil. Tal preocupação se deve à gravidade da doença na gestação sendo importante causa de abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos, que podem evoluir com complicações graves caso não tratados (DOMINGUES, et all, 2014). De acordo com dados da OMS, a sífilis na gravidez é responsável por aproximadamente 300 mil mortes fetais e neonatais/ano e coloca em risco de morte prematura 215.000 recém-nascidos. No Brasil, o estudo Sentinela Parturientes realizado em 2012, mostra a prevalência de soropositividade para sífilis de 0,89% o que corresponde a 26.7000 gestantes/ano. No ano de 2013 foram registrados no SINAN 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção 7,4 por 1.000 nascidos vivos, sendo observado um aumento na incidência da sífilis congênita (BRASIL, 2015). Tal magnitude exige responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde em adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, a garantia de acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno e adequado (BRASIL, 2015).

De acordo com os dados obtidos no SINAN pelo setor de vigilância Epidemiológica do Município de Guarapari-ES, os índices de contaminação pelo *treponema pallidum* é elevado no município, em especial na área territorial adstrita à ESF de Santa Mônica. Os gráficos a seguir mostram o quadro epidemiológico de acordo com a faixa etária, com o território de ocorrência, sífilis em gestantes e o tratamento administrado:

Notificação de sífilis adquirida, por território, no ano de 2014, Guarapari-ES (SINAN).

Notificação de sífilis adquirida, por faixa etária, no ano de 2014, Guarapari-ES (SINAN).

Notificação de sífilis em gestante, no ano de 2014, Guarapari-ES (SINAN).



A sífilis congênita é doença de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986; a sífilis em gestantes, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010, conforme a Portaria nº. 1.271, de 6 de junho de 2014. Nos últimos anos houve um aumento na detecção de sífilis em gestantes, com a melhoria da vigilância epidemiológica e ampliação da testagem no pré-natal no âmbito da Rede Cegonha. Dados do boletim epidemiológico de DST/Aids do Ministério da Saúde mostram que o número de notificação de casos de sífilis na gestação aumenta a cada ano. Correspondeu a 14.321 em 2011, mas ainda é inferior ao número estimado de casos, correspondendo à notificação de em média 32% dos casos (MAGALHÃES,

2011). Esse resultado sugere dificuldades no diagnóstico e/ou na notificação desse agravo e deficiências na qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto (DOMINGUES, 2014).

A sífilis congênita constitui o mais grave desfecho adverso prevenível da gestação e responde por, aproximadamente, 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, quando não resulta em perda fetal e perinatal (MAGALHÃES, 2011)

A assistência pré-natal é um momento importante para diminuir a incidência da sífilis congênita e da transmissão do HIV por meio da oferta de diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado. Com a implantação da Rede Cegonha, houve considerável ampliação na oferta de testes rápidos de HIV e sífilis, o que implicou o aumento do diagnóstico ao longo dos anos no país (BRASIL, 2014). As atuais recomendações do MS para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta através da realização do TR de sífilis, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação através da sorologia VDRL (BRASIL, 2015).

A sintomatologia da sífilis adquirida tem regressão espontânea o dificulta o diagnóstico clínico. O cancro duro característico do estágio primário da doença aparece no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, boca, colo uterino, ânus, dentre outros) de 10 a 90 dias após o contato sexual infectante e regride espontaneamente, assim como os sinais da sífilis secundária. Esta fase se caracteriza especialmente pela presença de pápulas palmo-plantares e lesões cutaneomucosas não pruriginosas, além de sintomas inespecíficos como linfadenopatia generalizada, febre, mal-estar e cefaleia. A sífilis latente corresponde a um longo período no qual não se observa qualquer sinal ou sintoma da doença, porém há transmissibilidade sexual e reatividade nos testes imunológicos. Em média 30% das infecções progridem para o estágio terciário após um longo período de latência, sem tratamento direto ou indireto, causando inflamação e destruição tecidual óssea, neurológica e cardiovascular (BRASIL, 2015).

Para o diagnóstico da sífilis podem ser usados exames diretos e testes imunológicos. Os exames diretos pesquisam a presença do *T. pallidum* através da análise de amostras coletadas diretamente nas lesões através da técnica de

microscopia de campo escuro ou imunofluorescência direta. Os testes imunológicos podem ser treponêmicos ou não treponêmicos. Os treponêmicos detectam anticorpos específicos contra os antígenos do *T. pallidum* e são os primeiros a se positivarem, podendo permanecer positivos pelo resto da vida devido à cicatriz imunológica. Os mais utilizados são os Testes imunocromatográficos (testes rápidos) e o FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption). Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anti-cardiolipina não específicos para o *T. pallidum*. O VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) quantitativo é o mais utilizado no monitoramento e controle do tratamento por permitir a titulação dos anticorpos. Neste caso a queda da titulação representa o sucesso no tratamento (BRASIL, 2015).

O VDRL é um teste não treponêmico que apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade. A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e latente com até um ano de duração e pode alcançar uma positividade de 100%, pois estas fases cursam com valores mais altos de titulação no exame quantitativo. Apresenta ainda rápida negatificação em resposta ao tratamento, sendo o ideal para o rastreamento e controle da cura da sífilis (MAGALHÃES, Et al, 2011).

O tratamento da sífilis tem como medicamento de escolha a penicilina G benzatina. O protocolo de tratamento muda de acordo com o estadiamento da doença, variando da dosagem de 2.400.000 UI IM na (sífilis primária, secundária e latente recente) a 7.200,000 UI IM dividido em doses semanais consecutivas de 2.400.000 UI (sífilis latente tardia, sífilis terciária, sífilis em gestante), sendo imprescindível o tratamento das parcerias (BRASIL, 2015).

A Segundo BRASIL (2015), a probabilidade de infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal, enquanto os riscos gestacionais se relacionam ao estágio do desenvolvimento fetal em que ocorre a transmissão vertical. Neste contexto faz necessário ampliar a oferta diagnóstica às mulheres em idade reprodutiva e tratar adequadamente a infecção antes mesmo de uma possível gravidez.

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

Mulheres em idade fértil assistidas pela equipe de ESF de Santa Mônica-Guarapari-ES.

3.2 Desenho da operação

O Plano de Intervenção foi elaborado com base nos dados epidemiológicos de grande incidência de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita no território de Santa Mônica- Guarapari-ES. A operacionalização e o orçamento foram baseados no levantamento atual das mulheres em idade fértil residentes na área adstrita. Por demandar uma maior disponibilização de TR de sífilis ou de recursos para garantir a realização do VDRL nas mulheres em idade fértil, haverá uma reunião inicial no dia 01/03/2016 para a apresentação, avaliação de viabilidade e aprovação do PI.

A oferta da testagem de sífilis nas consultas médicas e de enfermagem acontecerão no período de 01/04/2016 a 30/09/2016. Após este período será feito um levantamento pela equipe da ESF em parceria com a Vigilância Epidemiológica baseando-se nas notificações de sífilis efetuadas.

3.3 Parcerias Estabelecidas

O Projeto de Intervenção será implementado de forma piloto na área adstrita pela equipe da ESF de Santa Mônica-Guarapari-ES, através de ações que vão desde a orientação quanto à importância da testagem, a realização dos exames, a notificação e o tratamento dos casos positivos, assim como a busca ativa dos casos faltosos ou de abandono de tratamento. Tais ações envolvem toda a equipe em parceria com a Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), a Coordenação Municipal do CTA/SAE, a Gerência do setor de vigilância Epidemiológica.

3.4 Recursos Necessários

Para a implementação do Plano de Intervenção será necessário a disponibilização de TR de sífilis a ser realizado durante a consulta e na falta deste a oferta de recursos municipais para a realização do exame de VDRL.

3.5 Orçamento

TR Sífilis	Cedidos pelo MS e Departamento de DST/AIDS
VDRL	Valor por exame: 18,00 Média mensal: 1.800,00 Média semestral: 10.800,00
Folders, cartazes e material informativo	Material cedido pelo MS e Departamento estadual de DST/AIDS
Investimento total	Valor total: R\$

3.6 Cronograma de execução

Dia 01/03/2016 13:00 às 15:00 Horas Local: Sala de reuniões da SEMSA	Apresentação do Plano de Intervenção à Equipe Gestora da SEMSA, Vigilância epidemiológica e CTA/SAE com a abordagem dos objetivos gerais e específicos, assim como da execução e monitoramento.	3 horas
Do dia 01/04/2016 a 30/09/2016:	Implementação da testagem sorológica para sífilis através da realização do TR nas consultas na clínica ginecológica ou na falta deste a solicitação do VDRL.	

3.7 Resultados esperados

Ampliar o diagnóstico e tratar oportunamente a sífilis adquirida. Espera-se inicialmente um aumento do número de casos diagnosticados, o tratamento adequado e as orientações preventivas e a médio prazo a redução da incidência da sífilis em gestante e da sífilis congênita.

3.8 Avaliação

A avaliação dos resultados será feita a partir do monitoramento do boletim epidemiológico municipal, emitido mensalmente pelo setor de Vigilância Epidemiológica, de acordo com o número de casos de sífilis notificados na área adstrita pela Equipe da ESF de Santa Mônica-Guarapari –ES

CONCLUSÃO

De acordo com os dados da vigilância epidemiológica do município de Guarapari, observa-se um aumento de notificação de sífilis adquirida, em gestantes e sífilis congênita. Faz-se necessário a implementação de medidas educativas e de diagnóstico precoce, assim como da garantia do tratamento segundo protocolo.

A discussão sobre o tema é relevante e culmina em reflexões importantes e mudança de atitude dos profissionais de saúde em relação à sífilis e reconhecimento da mesma como um grave problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*, 1. ed. 130 p.: Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Transmissão vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para redução e eliminação*, Folder Brasília, 2014. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf [capturado em 26 dez. 2015]

DOMINGUES, R, M, S, M; et al; Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo nascer no Brasil. *Revista Saúde Pública*. 48(5): 766-774. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0766.pdf. [capturado em 26 dez. 2015].

MAGALHAES, D. M. S.; et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materna e infantil. *Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S43-S54*, 2011 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf [capturado em 26 dez. 2015].