

## SÍFILIS NA GESTAÇÃO: UM DESAFIO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ísis de Siqueira Silva.

Pedro Bezerra Xavier.

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca.

Discente do Curso de Enfermagem. CCBS-UFCG.

Discente do Curso de Enfermagem. CCBS-UFCG.

Docente do Curso de Enfermagem. CCBS-UFCG

**RESUMO:** A incidência de casos de sífilis representa um expressivo desafio para o serviço de saúde pública considerando que o número de casos ainda é significativo, o que poderia ser evitado com o rastreamento e a prevenção. A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que afeta mais de 1 milhão de gestantes por ano em todo o mundo, e pode ocasionar a morte fetal e neonatal se não tratada adequadamente. A sífilis na gestação tem estado relacionada ao baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e a uma faixa etária entre 20 e 29 anos, embora essa não seja uma doença restrita a este público. Seu tratamento é adequado quando este é realizado com penicilina, e tenha sido concluído 30 dias antes do parto, utilizando dose da medicação conforme estágio da doença e o parceiro sexual seja devidamente medicado concomitantemente. Este artigo tem como objetivo destacar a importância da Atenção Básica na prevenção, detecção e tratamento da sífilis congênita. Cabe à Atenção Básica a notificação e o tratamento, além da prevenção realizada através do teste rápido, o que efetiva assim o rastreamento e repercute em um maior controle dos casos com maior eficácia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis, Sífilis na gestação, Sífilis congênita

### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma das principais ISTs (infecções sexualmente transmissíveis) e ainda representa expressivo desafio aos serviços de saúde pública em todo o mundo, a sífilis merece destaque, pois 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. É transmitida sexualmente ou de forma

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

vertical, a sífilis na gestante tornou-se de notificação compulsória em 2005 (*Portaria MS/SVS n.º 33*), mas desde 1986 sua ficha de investigação sofre variações ao longo dos anos. Afim de melhorar a detecção e acompanhar o processo de eliminação assinado em acordos internacionais pelo Ministério da Saúde a notificação compulsória visa acumular dados suficientes para permitir uma análise que leve a intervenções para sua redução e/ou de suas consequências. No caso da sífilis em gestantes, a pretensão clara é a de reduzir a sua incidência até conseguir a eliminação da sífilis congênita, derivada da transmissão vertical. A sífilis congênita é causa de importante morbidade para a criança e, também, de mortalidade perinatal, especialmente no feto, apesar do baixo custo do tratamento e disponibilidade de tecnologia leve para sua prevenção (SARACENI,2012).

A qualidade do preenchimento das fichas de investigação de agravos de notificação compulsória é determinante para o planejamento de intervenções. Para a sífilis em gestante, o processo de investigação se dá na atenção primária, uma vez que esse é o cenário em que o diagnóstico da doença e a assistência pré-natal se desenvolvem. Portanto, a atenção primária é o momento de ocorrência da notificação e investigação do caso. Da mesma forma que é o momento em que o cuidado pré-natal deve agir e evitar o caso de sífilis congênita (SARACENI,2012).

No caso das gestantes, o acesso à assistência pré-natal (PN) deve ocorrer precocemente, de forma qualificada, humanizada, sem intervenções desnecessárias, garantindo-se continuidade e uso de tecnologias apropriadas. Dentre essas tecnologias destacam-se o acolhimento, o aconselhamento, a realização da sorologia para sífilis e o tratamento das gestantes infectadas, uma vez que são inquestionáveis seus benefícios para a prevenção da Sífilis Congênita. São muitas as oportunidades perdidas para prevenção da SC e o problema persiste no Brasil devido à dificuldade de acesso das gestantes as diferentes tecnologias, repercutindo na baixa qualidade da assistência PN (RODRIGUES, 2008).

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento nos casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados, de acordo com o

boletim epidemiológico de sífilis de 2017(BRASIL, 2017).

Em 2015, o Brasil teve taxa de incidência de SC de 6,5 casos por mil nascidos vivos em comparação com 2006, em que a taxa foi de 2 casos por mil nascidos vivos. Aumento semelhante ocorreu na taxa de mortalidade por SC. Em 2006, o País apresentou taxa de 2,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos e passou para 7,4 óbitos em 2015. No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Este artigo tem como objetivo destacar a importância da Atenção Básica na prevenção, detecção e tratamento da sífilis congênita.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura. Foram seguidas as seguintes etapas: foi estabelecida a questão norteadora do estudo – Qual a importância da Atenção Básica no tratamento e na prevenção da sífilis congênita? Busca de estudos com base no levantamento bibliográfico, focando nas pesquisas que abordassem o tema sífilis, sífilis na gestação e sífilis congênita. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, e CAPES. Os critérios de elegibilidade foram: artigos publicados nas bases de dados citadas entre os anos de 2010 a 2018, em língua portuguesa, texto completo disponível, infecções na gestação e artigos contendo os seguintes descritores: sífilis; sífilis congênita, neurosífilis. Foram encontrados vinte e dois artigos (BVS), 7 (PubMed) e 45(CAPES), dos quais foram utilizados onze. Os demais foram excluídos por não corresponderem aos filtros, encontrando-se fora da língua portuguesa, não serem artigos científicos, não estarem mais disponíveis nas bases de dados e por não corresponderem com a temática do trabalho.

## **RESULTADOS**

Foi constatado por meio desta revisão que a Atenção Básica tem um papel determinante no controle, na prevenção e no tratamento da sífilis congênita. O serviço da Atenção Básica está intimamente ligado à sífilis, devido ao acompanhamento do pré-natal, os profissionais deste serviço devem atuar para evitar que

o bebê adquira, de forma vertical, a sífilis. Como foi observado, o tratamento é eficaz e simples, e evita complicações durante a gestação e ao nascimento.

Embora a sífilis seja uma doença conhecida há séculos e que tenha agente etiológico bem definido, tratamento eficaz e de baixo custo, estabelecido desde 1943, é grande a proporção de gestantes infectadas que não são sujeitas às ações terapêuticas recomendadas pelo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em relação ao controle e prevenção da transmissão vertical. Considera-se tratamento adequado da gestante quando este é realizado com penicilina, tenha sido concluído 30 dias antes do parto, utilizando dose da medicação conforme estágio da doença e o parceiro sexual seja devidamente medicado concomitantemente (MAGALHÃES,2013).

Guanabara, et al (2017) Identificou em seus resultados que a consulta pré-natal à gestante com sífilis acontece de forma rápida, não proporcionando boa interação e acolhida. Não houve oportunidade de diálogo para esclarecimento das dúvidas das gestantes, situação atribuída pelos profissionais ao excesso de demanda.

Segundo Guanabara, et al (2017), as gestantes compareciam precocemente à unidade à procura de atendimento, entretanto, encontraram muita dificuldade de acesso à consulta pré-natal. O acolhimento quando ocorria era pontual, se desenvolvia em um espaço físico definido, limitando-se a triar as pessoas para atendimento. Os depoimentos abaixo ilustram a dificuldade de acesso ao pré-natal: “Senti muita raiva porque não consegui atendimento. Eu vinha aqui todos os dias da semana. Já estou com cinco meses e não consigo marcar a consulta” (Gestante com 21 semanas).

Magalhães (2013) obteve como resultado da pesquisa com um grupo de 67 gestantes/puérperas, 06 não realizaram o pré-natal (9%), 33 (49,3%) realizaram mais de seis consultas e 34 (50,7%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre. Do total, 28 gestantes/puérperas foram adequadamente tratadas (41,8%) e o principal motivo para a inadequação do tratamento foi a falta (83,6%) e/ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%). Ainda, 25 gestantes (37,3%) necessitaram de novo tratamento no momento do parto por falta de documentação e/ou documentação incompleta do tratamento realizado no pré-natal, e uma gestante por ter aumento do título do VDRL no período. Das gestantes/puérperas, 40 (59,7%) foram informadas do diagnóstico de sífilis no pré-natal.

Domingues, et al (2013) verificaram em sua pesquisa a existência de barreiras relacionadas tanto ao conhecimento dos protocolos, quanto às atitudes dos profissionais e à sua prática. A baixa familiaridade dos profissionais com o conteúdo do protocolo (conhecimento), dificuldades na abordagem das DST (atitude) e barreiras externas (prática), relacionadas aos usuários (início tardio do pré-natal, não adesão às recomendações, não comparecimento dos parceiros) e ao contexto organizacional (dificuldades para a testagem das gestantes e para tratamento dos parceiros) foram as mais relatadas.

Outro fator agravante identificado por Araújo, et al. (2012) é a não realização do tratamento do parceiro sexual, situação encontrada em outro estudo e que parece de difícil solução. O não tratamento do parceiro sexual é um entrave para o cuidado e o tratamento adequado da gestante. Atualmente, é fato a necessidade de inclusão dos homens no serviço de saúde, por meio de uma política inclusiva voltada para a população masculina. Tratando-se de IST (infecção sexualmente transmissível), deve-se considerar que é imprescindível a participação do tratamento do parceiro sexual para que haja eficácia no tratamento da mulher, e conseqüentemente a prevenção da criança adquirir a sífilis congênita. Vale lembrar que a “não presença” dos homens nos serviços de saúde deve-se ao não reconhecimento das suas singularidades (Gomes, et al.2011). Essa questão se agrava quando se trata de uma IST, considerando a necessidade de desvendar situações do comportamento sexual.

De acordo com Guanabara, et al (2017), os profissionais têm dificuldade em lidar com as questões subjetivas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis. Ademais, as unidades apresentam problemas organizacionais, de continuidade do atendimento e de estrutura física que comprometem o acesso das gestantes às tecnologias para prevenção e controle da SC.

De acordo com os estudos e observações de Domingues, et al (2016), a incidência de sífilis congênita estimada para o país foi de 3,51 por mil nascidos vivos (IC95%: 2,29-5,37), variando de 1,35 por mil na Região Centro-oeste a 4,03 por mil na Região Nordeste. Os valores estimados não foram estatisticamente diferentes daqueles notificados ao SINAN no ano de 2011. Para o constante acompanhamento dos casos de sífilis e para que se estabeleçam ações é indispensável a notificação compulsória, que é obrigatória para os médicos, e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente.

A dificuldade de prevenção da transmissão vertical permanece no entrave do diagnóstico e do tratamento precoce e adequado. Segundo Araújo et al.(2012), a maioria das gestantes realizou pré-natal, mas, mesmo assim, em 38% delas somente foi possível o diagnóstico de sífilis no momento do parto ou da curetagem. De acordo com Rodrigues e Guimarães(2008), até 40% evoluem para essa perda. Alguns estudos também demonstraram esses resultados, com a realização do pré-natal conforme preconizado, mas, com a não realização dos exames de rastreamento, evidenciando a dificuldade do diagnóstico e tratamento da sífilis.

## **DISCUSSÃO**

A falta de acolhimento e de agilidade do serviço em relação à marcação da consulta dificulta o diagnóstico precoce, levando muitas gestantes a retardarem o início do pré-natal e consequentemente a realização do teste para diagnóstico de sífilis. O acolhimento é entendido como um modo diferenciado de operar os processos de trabalho em saúde e as relações interpessoais. Portanto, trata-se de uma ação que deve estar inserida em todas as etapas da atenção à saúde da mulher, em especial na atenção básica, que deve sensibilizar as usuárias sobre a importância da prevenção e do tratamento, não apenas delas, mas de seus companheiros.

Deve-se considerar também que ainda é bastante disseminada a ideia de que as demandas dos serviços de saúde são destinadas quase que exclusivamente às mulheres, crianças e idosos, fato pode justificar a pouca presença masculina nos serviços de saúde, e se tratando de sífilis a falha no tratamento da gestante, em inúmeros estudos está associada a falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro. 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, consequentemente, para o fim do agravo.

A sífilis na gestação tem estado relacionada ao baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e a uma faixa etária entre 20 e 29 anos, embora essa não seja uma doença restrita a este público. Esta informação caracteriza uma população vulnerável e que é dependente do serviço público de saúde, em que a atenção básica é a principal responsável por assistir, já que tem caráter de porta de entrada. A oferta de serviços de assistência pré-natal altera os desfechos das gestações e a sua ausência pode elevar a

mortalidade perinatal em até cinco vezes (Luna, et al, 2013).

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, é notório o número de casos de sífilis congênita. Este fato acontece, em parte, pela não realização da detecção, prevenção e controle. Evitar a transmissão da doença consiste na detecção e no tratamento precoce e adequado do paciente e do parceiro, ou parceiros. Na detecção de casos, a realização do teste rápido nas gestantes e em seus parceiros é muito importante. O tratamento adequado consiste no emprego da penicilina como primeira escolha e nas doses adequadas. Em situações especiais, como aumento localizado do número de casos, o tratamento profilático poderá ser avaliado. A prevenção de novos casos deverá ter como estratégia a informação para a população em geral e, especialmente, para as populações mais vulneráveis (prostitutas, usuários de drogas intravenosas, etc.) sobre a infecção e as formas de evitá-la.

É importante aconselhar a paciente, procurando mostrar a necessidade da comunicação com parceiro e o estímulo ao uso dos preservativos na relação sexual. A capacitação constante e continuada das equipes de saúde integra esse conjunto de medidas para prevenção e controle da sífilis.

Nesse sentido, os resultados reforçam que a redução da ocorrência da sífilis no período gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita, somente será possível quando a adoção de medidas mais efetivas de prevenção e controle forem sistematicamente aplicadas. Além disso, a Atenção Básica precisa garantir uma oferta mínima de acesso à exames preconizados pelo Ministério da Saúde. No caso da sífilis, o teste de VDRL além do preenchimento da ficha de notificação compulsória, e o acesso ao tratamento preconizado.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Andréa Casagrande et al . **Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil.** Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 259-267, July 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000300259&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300259&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Mar. 2018. Epub Oct 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030214>.

ARAÚJO CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev saúde Pública.** 2012; 46(3): 479-86 [ Links ]

BRASIL. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Brasília [citado em 2017 ago. 15]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. [ Links ]

BRASIL. **Boletim Epidemiológico sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, a, Prev. e Cont. IST, HIV/AIDS e Hep. Virais, 31 de Março de 2017

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al . Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1341-1351, May 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500019>.

DUARTE, Geraldo. Sífilis e gravidez...e a história continua!. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,** Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 49-51, fev. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 26 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200001>.

GUANABARA, Marilene Alves Oliveira et al . Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Rev. salud pública, Bogotá** , v. 19, n. 1, p. 73-78, Feb. 2017 . Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642017000100073&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000100073&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n1.49295>

GOMES R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc Saúde Colet.** 2011; 16(Supl. 1): 983-992.

LAFETÁI K.RG., et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **REV BRAS EPIDEMIOL JAN-MAR 2016; 19(1): 63-74.** DOI: 10.1590/1980-5497201600010006

LUNA, EJA., and SILVA JR., JB. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 123-176. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books .

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos et al . Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro** , v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 26 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>.

**Ministério da Saúde.** Portaria MS/SVS nº. 33, de 15 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2005; 15 jul.

**Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde ISSN online 2358-9450.2017.

RODRIGUES CS, Guimarães MDC, César CC. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Rev Saúde Pública.** 2008; 42(5): 851-858.

DOMINGUES R. M. S. M; Leal M. C.. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,** 32(6):e00082415, jun, 201629.<https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>

SARACENI, Valéria; Miranda, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro** , v. 28, n. 3, p. 490-496, Mar. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>.