



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

TÂNIA ROBERTA PEREIRA FURTADO

**SIFÍLIS CONGÊNITA
UM DESAFIO Á SAÚDE PÚBLICA**

**FLORIANÓPOLIS
2014**

TÂNIA ROBERTA PEREIRA FURTADO

SIFÍLIS CONGÊNITA
UM DESAFIO Á SAÚDE PÚBLICA

Projeto de Intervenção, apresentado ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista. Professora Orientadora: Noíse Pina Maciel

FLORIANÓPOLIS
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Sífilis Congênita – Um desafio á saúde pública, de autoria da aluna Tânia Roberta Pereira Furtado, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Prof^a Mestre Noíse Pina Maciel
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

Dedico ao meu esposo, filhos João Fúlvio e Maria Clara, pais e irmãs, agradecendo pelo apoio e incentivo de sempre, por respeitarem e entenderem minha ausência. Considero esse estudo uma comemoração aos vinte anos em que abracei a Enfermagem e dedico-o a todos aqueles que ao longo desses anos tive a oportunidade de assistir.

RESUMO

FURTADO, Tânia Roberta Pereira. Sífilis Congênita um Desafio à Saúde Pública.

Ainda nos dias de atuais, a sífilis congênita (SC) permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países principalmente os da América Latina, necessitando de intervenção imediata para reduzir ao máximo a possibilidade de transmissão vertical e suas complicações. Dados epidemiológicos chamam atenção para o problema podendo esse ser apontado como falha na qualidade da assistência ao pré natal de um município; fato que não justifica-se pois diversas ações foram estabelecidas ao longo do tempo na tentativa de combater esse agravo, sendo entre outras, estabelecido em todo território nacional protocolo de atendimento específico a gestante com diagnóstico de sífilis. O município de Cacoal/RO diante da alta incidência de SC, estabeleceu a partir de 2009 como estratégia a adoção de um fluxograma atendimento a gestante com diagnóstico de sífilis diferenciado, ficando estabelecido que a gestante deverá ser encaminhada, tratada e acompanhada no Serviço de Atendimento Especializado (SAE); desde sua implantação observou-se uma queda consideravelmente satisfatória na incidência de SC, porém ainda há pontos de estrangulamento a serem revistos e corrigidos. Esse estudo enquanto projeto de ação, visa realizar uma análise junto aos profissionais de saúde que realizam o acompanhamento de pré-natal na rede pública municipal, avaliar o fluxograma vigente apontando seus aspectos positivos e negativos, planejar ações que venham sanar os problemas detectados e ainda capacitar profissionais que ainda não o foram por terem sido agregados ao serviço posteriormente a implantação do referido fluxograma.

Palavras chave: gestante, sífilis congênita e fluxograma de atendimento.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Incidência de Sífilis Congênita no município de Cacoal/RO.....	14
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
1.1	Objetivo Geral.....	9
1.2	Objtivos Específicos.....	9
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3	MÉTODO.....	13
4	.ANÁLISE. E RESULTADO.....	14
5	RESULTADO.....	15
6	PLANO DE AÇÃO.....	16
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
8	CRONOGRAMA.....	17
9	REFERÊNCIAS.....	18
10	ANEXO A – Fluxograma de Atendimento a gestante com Sífilis.....	19

INTRODUÇÃO

Brasil (2012a) aponta que entre 1998 e junho de 2012, foram notificados no Sinan 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A Região Sudeste registrou 36.770 (45,9%) desses casos; o Nordeste, 25.133 (31,4%); o Norte, 6.971 (8,7%); o Sul, 6.143 (7,7%); e o Centro-Oeste, 5.024 (6,3%). Afirma ainda, que em 2011, foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 4.083 (43,6%) na Região Sudeste, 3.188 (34,0%) na Região Nordeste, 908 (9,7%) na Região Sul, 801 (8,5%) na Região Norte, e 394 (4,2%) na Região Centro-Oeste.

Com relação à taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, em 2011 observou-se uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, 3,8 e 3,6, respectivamente. Das Unidades Federativas, o Rio de Janeiro (9,8 por 1.000 nascidos vivos), Ceará (6,8), Sergipe (6,7), Alagoas (5,9), Rio Grande do Norte (5,4) e Pernambuco (4,9) apresentaram as maiores taxas de incidência em 2011 (BRASIL, 2012a).

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical (BRASIL, 2012b).

Brasil (2012b), afirma que gestantes com sífilis recente não tratada, a taxa de transmissão vertical é de 70 a 100%, e na tardia de 30 a 40%, podendo ocorrer abortamento, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas. Sabe-se que a transmissão vertical do *Treponema pallidum* por via transplacentária pode acontecer em qualquer período da gestação e está diretamente relacionada à treponemia materna (LORENZI; MADI, 2001).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde acatada pelo Ministério da Saúde do Brasil de reduzir as taxas de SC por meio da solicitação rotineira de testes não-treponêmicos (VDRL) no 1º e 3º trimestre de gestação e, se possível, no momento do parto é de incontestável importância. Tal fato se justifica pela alta prevalência da sífilis nas gestantes e pela facilidade de diagnóstico e tratamento, sobretudo porque o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado, idealmente abaixo das 16 semanas, são premissas indispensáveis para a redução dessa prevalência (BRASIL, 2012b).

Brasil, (2012 b) destaca que a sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico. Dados epidemiológicos atuais alertam para a problemática, pois podem refletir a falta de qualidade da assistência ao pré natal bem como ao comprometimento de profissionais envolvidos nessa assistência visto que há protocolo específico ao atendimento das gestantes com sífilis institucionalizado em todo território nacional. Várias estratégias foram adotadas ao longo do tempo a fim de interromper a transmissão vertical da doença e mesmo assim continua com alta incidência.

No município de Cacoal, o panorama não é diferente do resto do país, diversos fatores contribuem para dificuldade do controle da sífilis congênita, sendo necessário adotar estratégia diferenciada para minimizar o problema; o Serviço de Vigilância Epidemiológica em parceria com o Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids/hepatites Virais (SAE) implantaram um fluxograma de atendimento á gestante com sífilis no município a partir do ano de 2009.

Dados do departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Cacoal apontam que no ano de 2009 a incidência de Sífilis Congênita (SC) foi de 3,03 para cada 1.000 nascidos vivos, dado alarmante frente ao pactuado com o Ministério da Saúde de <0,5 para 1.000 nascidos vivos, fato esse que justificou a necessidade de se tomar a decisão de centralizar a assistência a gestante com sífilis no SAE através de um fluxograma. Em 2010 a incidência caiu de 0,84 e no ano 2011 de 0,77/ 1.000 nascidos vivos, demonstrando que apesar de ainda não termos atingido o índice pactuado houve uma importante queda,

estimulando e muito os profissionais envolvidos. Porém em 2012 a incidência subiu para 1,70.

Diante de tantos entraves e o aumento da incidência notou-se a necessidade de adotar-se uma nova estratégia, ficando definido então, que as gestantes diagnosticadas com VDRL positivo seriam encaminhadas para o SAE para avaliação, tratamento e acompanhamento (do casal) mesmo após o parto o casal e a criança passam a ser acompanhados pelo SAE em parceria com as unidades básicas de origem.

Observa-se que o fluxograma adotado no município obteve impacto positivo e eficaz, porém percebeu-se a necessidade de realizar capacitação com todos os profissionais de saúde que realizam pré natal na rede pública (os que já foram capacitados e os que não o foram a respeito do fluxograma de assistência a gestante com sífilis), envolvendo também a comunidade acadêmica da instituição de ensino no município. Esse trabalho justifica-se como sendo uma forma de reforçar a estratégia adotada e incentivar os profissionais das unidades de saúde utilizar o fluxograma dotado pelo município de Cacoal/RO.

1.1 Objetivo Geral

Capacitar os profissionais de saúde da rede pública que realizam acompanhamento de pré-natal para atender gestantes com sífilis de acordo o fluxograma estabelecido no município de Cacoal/ RO desde o ano de 2009.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a incidência de sífilis congênita no município de Cacoal /RO após a implantação do fluxograma de atendimento a gestante com sífilis;
- Apresentar o fluxograma de atendimento a gestante com sífilis estabelecida pelo município aos profissionais que não foram capacitados na ocasião da sua implantação;
- Analisar o fluxograma utilizado no município apontando os pontos positivos e negativos;
- Elaborar plano de ação diante dos problemas identificados;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis é uma doença conhecida há mais de 500 anos e tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*. É, na maioria das vezes, de transmissão sexual, embora possa ser transmitida por transfusão de sangue contaminado, por contato com lesões muco-cutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária para o feto ou pelo canal do parto, o que configura a sífilis congênita (BRASIL, 2005). Saraceni *et al* (2005), descreve que a história natural da sífilis evolui por estágios que se alternam entre sintomáticos e assintomáticos, sendo que qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado. A sífilis primária caracteriza-se pelo aparecimento do cancro no local de inoculação do agente, com aumento dos linfonodos locais, após incubação de, em média, 15 a 20 dias. Pode, ainda, ocorrer lesão primária de localização extragenital. As lesões secundárias aparecem em média oito semanas após o desaparecimento do cancro. A apresentação mais comum da fase secundária são as máculas, entretanto, as lesões podem assumir diversos aspectos e dificultar o diagnóstico. Os sintomas das fases primária e secundária regredem espontaneamente, mesmo sem tratamento, e as lesões da fase terciária, que surgem após décadas são, na atualidade, raramente descritas.

O diagnóstico da sífilis na ausência de manifestações clínicas é realizado por exames sorológicos. O venereal disease research laboratory (VDRL) e o rapid plasma reagin (RPR) são testes não treponêmicos, quantitativos e de alta sensibilidade. Os testes podem resultar positividade por longos períodos, mesmo após a cura da infecção. Contudo, ocorre diminuição progressiva nas titulações, até que se tornam não reagentes após tratamento adequado, na maioria dos casos, após meses ou anos. Já os testes treponêmicos fluorescence treponemal antibody-absorption (FTA-ABS), microhemagglutination-*Treponema pallidum* (MHA-TP), *Treponema pallidum* hemagglutination (TPHA) e Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) são qualitativos e detectam anticorpos antitreponêmicos com elevada especificidade. São, portanto, úteis na exclusão de resultados falsos-positivos. Porém, a sorologia

treponêmica tem baixa sensibilidade, podendo resultar em exames falsos-negativos e, uma vez positivos, tendem a não se negativarem mesmo após a cura da infecção (BRASIL, 2006).

Lorenzi e Madi (2001), afirmam, que embora a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* tenha diminuído sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 40, a partir da década de 60 e, de maneira mais acentuada, na década de 80, tem-se observado tendência mundial no recrudescimento da sífilis (SF) entre a população em geral e, de forma particular, dos casos de sífilis congênita (SC), tornando-a um dos mais desafiadores problemas de saúde pública.

Brasil (2005), recomenda o tratamento com 2.400.000 UI de penicilina benzatina para a sífilis primária, 2.400.000 UI por duas semanas consecutivas para a sífilis secundária ou latente recente e 2.400.000 UI a cada semana, por três semanas, para a sífilis tardia ou de duração indeterminada. Para as gestantes com alergia a penicilina, evento muito raro a recomendação é dessensibilizar e utilizar penicilina, única droga que trata o feto. Portanto, o tratamento como o diagnóstico são bastante acessíveis. Também recomenda-se:

- Os testes não treponêmicos (VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente em gestantes;
- Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de 4 vezes em 3 meses e 8 vezes em 6 meses;
- Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em 2 oportunidades, após 1 ano, pode ser dada alta.

Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina *memória* ou *cicatriz sorológica da sífilis*. O exame de VDRL que apresenta títulos baixos pode também representar uma reação falsa positiva, que pode ser uma reação cruzada com as alterações inflamatórias das doenças do colágeno. Pode ainda ser representado por sífilis muito recente, cujos títulos estão em ascensão, ou ainda doença muito antiga, tratada ou não, cujos títulos tendem a apresentar declínio naturalmente independente de tratamento (BRASIL, 2008).

A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o 2º ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico

na criança representa um processo complexo. Além do fato de que mais da metade de todas as crianças é assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos, não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança. Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características desta síndrome são excluídas por outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como, por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucaL, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Entre as alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (pode ocorrer reação leucemoide, linfocitose e monocitose) ou leucopenia (BRASIL, 2012b).

Milanez e Amaral (2008), afirmam que a SC é um agravo que quase sempre reflete problemas de acesso e a utilização de serviços de saúde, prioritariamente na população mais desfavorecida. A doença compõe o quadro de causas de morbimortalidade perinatal evitável, sendo possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação. Portanto, é um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade de serviço, sendo recomendado, pelo MS, o acompanhamento da taxa de SC como indicador da atenção básica à saúde nos municípios. Apontam, ainda que as ações direcionadas à eliminação da SC dependem, invariavelmente, da qualificação na assistência à saúde, essencialmente nas mãos do profissional que realiza acompanhamento pré-natal com diagnóstico e tratamento acessíveis.

3. MÉTODO

O Presente estudo busca analisar o fluxograma para atendimento de Sífilis congênita implantado no município de Cacoal/RO, apontando os pontos positivos e negativos e levantar sugestões para melhor implementação do fluxograma e a partir dessa análise elaborar uma proposta de intervenção diante dos problemas apresentados. Por intervenção entende-se um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Uma intervenção pode ser uma técnica, um programa, um tratamento, uma organização, uma determinada política. Torna-se necessário compreender que não se pode falar de uma intervenção sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve. São eles que dão sua forma particular em dado momento (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

O município de Cacoal está localizada na porção Centro-Leste do Estado de Rondônia, na microrregião de Cacoal e na mesorregião do Leste Rondoniense, às margens da BR 364, ligando Cuiabá à Porto Velho. Possui uma área de 3.793 km² representando 1,6% do Estado. Em 11 de outubro de 1977, pela Lei 6448/77 o município foi criado, sendo nomeado de “Cacoal” devido a grande quantidade de cacau nativo que infestava a área.

Atualmente, Cacoal é a quarta maior cidade do Estado de Rondônia, com população de 78.958, sendo a população da zona urbana: 64.980 habitantes. Possui 02 distritos, o distrito de Riozinho, conglomerado urbano às margens da BR -364 com cerca de 5.000 habitantes localizado há 12 quilômetros de Cacoal e Divinópolis, Vilarejo Rural com infra-estrutura urbana e 29 bairros. (IBGE de 2011). A Secretaria Municipal de Saúde conta com 04 UBS's (Unidade Básica de saúde), 04 USF (Unidade Saúde da Família), 01 SAE (Serviço de Atendimento Especializado), 01 Unidade Especializada, 01 Unidade de Saúde da Mulher, 01CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), 01 CEREF (Centro de Referência para Fisioterapia), 01 LACLIM (laboratório municipal) e 02 Unidades Hospitalares (Unidade Mista e Hospital

Municipal Materno Infantil). O Programa de Controle das Hepatites Virais, faz parte da Coordenação de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, com um mesmo coordenador. Esta Coordenação está ligada à Coordenação de Vigilância em Saúde, no entanto as ações são desenvolvidas em parceria com a Coordenação de Atenção Básica e Núcleo de Educação Permanente.

O acompanhamento de pré-natal na rede pública do município é realizado quase que 100% por profissionais enfermeiros das unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, sendo que há apenas um obstetra disponível no serviço de referência (Centro de Saúde da Mulher) para o pré-natal de alto risco, para onde as gestantes são encaminhadas após diagnósticos estabelecidos. Exceto no caso de diagnóstico de sífilis, as gestante devem ser encaminhadas ao SAE para acompanhamento do casal e posterior ao da criança (de acordo com o fluxograma implantado).

Este trabalho dispensa a submissão ao comitê de ética por não envolver pesquisa com seres humanos e animais, mas sim dados secundários referente ao município de Cacoal/ RO. Sendo assim o presente trabalho não se enquadra nos critérios para submissão ao comitê de ética.

4. ANÁLISE E RESULTADO

Dados coletados junto ao setor de Vigilância Epidemiológica do município apontam os resultados descritos na tabela 1.

Quadro 1- Incidência de Sífilis Congênita no município de Cacoal/RO .

Ano	Incidência/ 1.000 nascidos Vivos
2007	2,37
2008	2,5
2009	3,03
2010	0,84
2011	0,77
2012	1,70

Fonte: Vigilância Epidemiológica de Cacoal-RO, 2013

Diante do aumento dos casos de sífilis congênita no município, no final do ano de 2009, observou-se a necessidade de traçar estratégias que combatessem o problema; portanto através de uma reunião entre a Coordenadora do serviço de Vigilância Epidemiológica do município e enfermeira do SAE, ficou definido a elaboração de um fluxograma de atendimento à gestante com sífilis. No mês de fevereiro de 2010 foi realizada uma capacitação com todos os profissionais da rede básica de saúde do município para apresentação do fluxograma (em anexo).

Frente á mudança do quadro de profissionais que atuam na rede básica do município e ainda, da identificação de algumas falhas que trazem resultados de casos de sífilis congênita além do pactuado, percebe-se a necessidade da realização de outra abordagem aos profissionais que já foram capacitados, bem como, apresentar o fluxograma aos que ainda não foram.

Após várias reuniões entre a coordenadora do setor de Vigilância Epidemiológica municipal, profissionais de saúde atuantes nas unidades básicas de e a coordenadora do SAE, foram levantados alguns pontos de estrangulamentos a respeito da assistência á gestante com sífilis, sendo eles:

- Déficit de conhecimento e manejo dos profissionais de saúde que realizavam pré natal na rede pública quanto a assistência a gestante com sífilis (identificação da fase da infecção, tratamento adequado conforme a fase e ainda tratamento e acompanhamento simultâneo do parceiro);
- Dificuldade dos profissionais de realizar tratamento e acompanhamento do parceiro da gestante ou seja garantir que o tratamento fosse simultâneo;
- Falta de estrutura adequada nas unidades básicas de saúde para aplicação da Penicilina Benzatina, conforme portaria do Ministério da Saúde; sendo necessário o encaminhamento para Hospital Unidade Mista de Cacoal para a administração da medicação;
- Foi constatado o não cumprimento das receitas prescritas (quanto à dosagem e intervalo das aplicações).

5. RESULTADO

Espera-se com esse projeto de intervenção, contribuir para a atualização e qualificação dos profissionais envolvidos no manejo da sífilis em gestante da rede pública através do

fluxograma implantado, buscando implementá-lo, reduzindo-se assim o número de casos de SC do município abaixo do pactuado com o Ministério da Saúde de ($<0,5$ para 1.000 nascidos vivos) e as consequências da SC nas crianças cacoalenses.

6. PLANO DE AÇÃO-Proposta para Continuidade da Capacitação

Ação	Metodologia	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Local e data
Realizar Capacitação com todos os profissionais que realizam acompanhamento de pré natal no município.	<p>Problematizar sobre a situação de sífilis congênita no município;</p> <p>Em grupo analisar a incidência de SC no município;</p> <p>Apresentar os principais pontos de dificuldade e facilidades do fluxograma de acompanhamento e tratamento da sífilis na gestante e/ casal ;</p> <p>Apresentar o fluxograma estabelecido pelo município aos profissionais que não o conhece, proporcionar análise pelos que já o utilizam e buscar ações de implementação do mesmo.</p>	<p>Data show (fornecido pela SEMUSA);</p> <p>Impresso do Fluxograma de abordagem a gestante com sífilis (xerox fornecida pela SEMUSA)</p>	<p>Enfª Tânia Roberta P. Furtado (Enfª SAE);</p> <p>Enfª Ivani Claudete Grossmann (Coordenadora Vigilância Epidemiológica)</p>	<p>Data: 01/04/2014</p> <p>Horário: 07:00h as 12:00h 14:00 as 18:00h</p> <p>Local: Núcleo de Educação em Saúde</p>

A data do encontro foi estabelecida visando a participação do maior número possível dos profissionais, visto que geralmente até o mês de março os mesmos tendem a estar em período de férias.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo remete o serviço público de saúde a reflexão quanto a importância de ações estratégicas efetivas no combate a sífilis congênita e suas consequências. Faz com que questões referentes à oferta de serviços de saúde (pré-natal, triagem sorológica, acesso rápido

e eficiente de tratamento, busca ativa de parceiros e acompanhamento pós parto) sejam revistas e implementadas por parte dos gestores e profissionais de saúde do município.

O fluxograma de atendimento a gestante com sífilis adotado a partir de 2009 no município de Cacoal/RO demonstrou ser eficiente, resultando na queda da incidência de casos de SC notificados desde então, apesar de ainda não ter atingido a meta pactuada.

Sabe-se que existem vários pontos de estrangulamentos na questão, os quais precisam de intervenção e soluções a curto e médio prazo a fim de que seja viabilizada a redução efetiva e satisfatória dos casos de SC no município. Um processo de avaliação permanente através de ações educativas, capacitações e/ou atualizações dos profissionais que desenvolvem ações de acompanhamento de pré-natal no município, bem como, o envolvimento dos gestores nesse processo, são estratégias de intervenção positivas que podem vir a minimizar um problema de saúde pública de impacto tão grave como é a sífilis congênita.

Esse projeto é apenas uma sementinha plantada visando colher belos e saudáveis frutos.

8. CRONOGRAMA

Atividades	11/2013	12/2013	01/2014	02/2014	03/2014	04/2014
Pesquisa do tema						
Definição do tema						
Pesquisa bibliográfica						
Coleta de Dados						
Apresentação e discussão dos dados						
Elaboração do projeto						
Entrega do projeto					Até 28/03	
Revisão final do poster						Apresentação - 12/04

9. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: manual de bolso**. 2ª ed. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em: 17 de Janeiro de 2014.
2. BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Como Prevenir a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no seu Município**. Brasília, 2008. Disponível em:< http://www.unicef.org/brazil/pt/br_hivsifilisedu.pdf>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico-Sífilis**. 2012 a, Ano 1, nº 4. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_sifilis_2012.pdf>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, 2012b. (Série A- Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf >. Acesso em: 17 de Janeiro de 2014.
5. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. **SciELO**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf> >. Acesso em: 16 de Novembro de 2013.
6. LORENZI, Dino Roberto Soares de; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio Grande do Sul, 2001, v. 23, nº 10, pg. 647-52. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n10/8489.pdf> >. Acesso em: 20 Janeiro de 2014.
7. MILANEZ, Helaine; AMARAL, Eliana. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2008, v.30, nº 7, pg. 325-327. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a01v30n7.pdf>>. Acesso em: 16 de Janeiro de 2014.
8. SARACENI, Valeria. *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005, v. 21, nº4, pg. 1244-1250. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/27.pdf>>. Acesso em: 20 de Dezembro de 2013.
9. Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal/RO - Vigilância Epidemiológica –2013

ANEXOS A



**VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE DST AIDS**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA

1 - VIAS DE TRANSMISSÃO

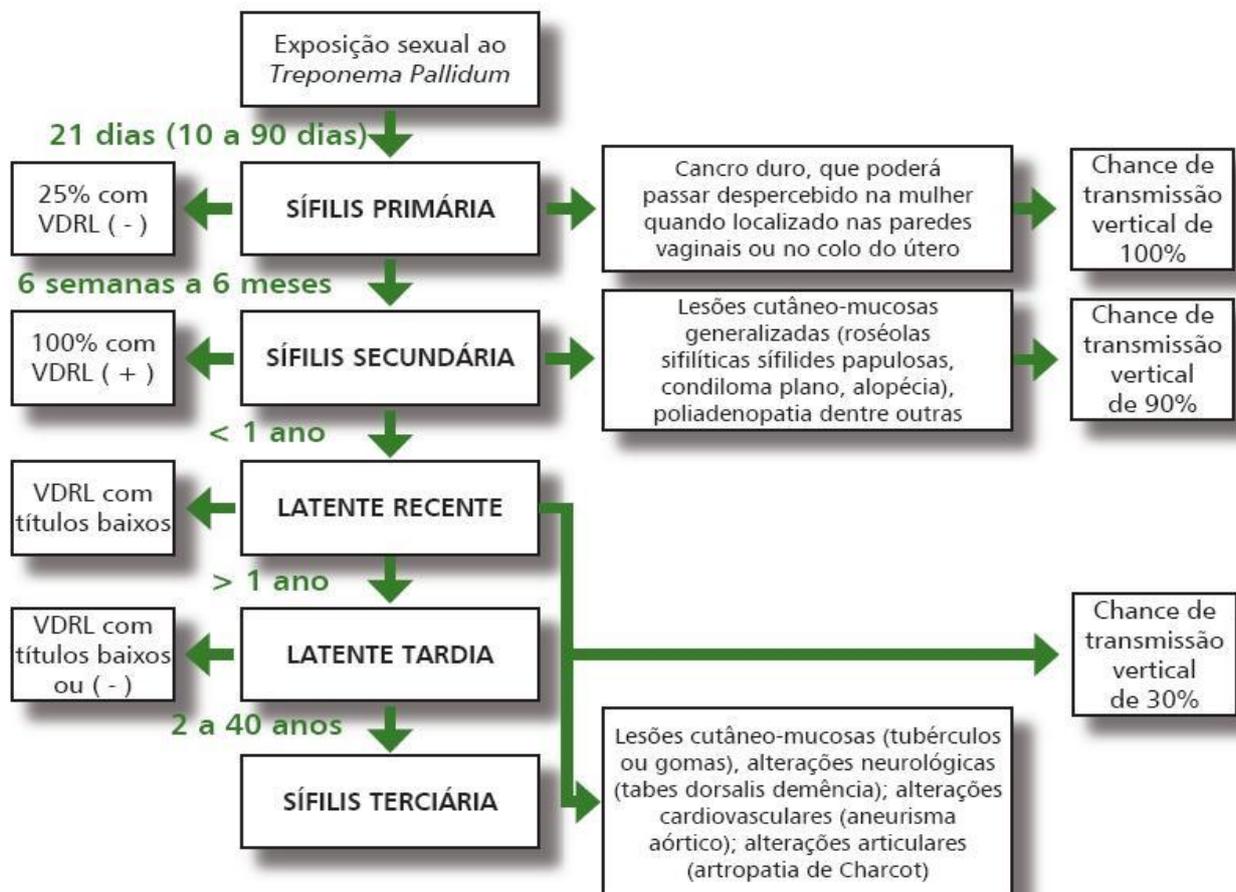
Sexual - Sanguínea – Vertical

2 - DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS

- **Pesquisa do T. palidum:** Pesquisa realizada em material das lesões primárias e secundárias suspeitas
- **Pesquisa de Anticorpos**
 - Sorologia não Treponêmica: VDRL e RPR
 - Sorologia Treponêmica: TPHA, FTA-Abs e ELISA

3- A partir do diagnóstico de sífilis no pré natal as gestantes e seus respectivos parceiros deverão ser **encaminhadas** ao serviço de atendimento especializado (**SAE**) para avaliação, tratamento e acompanhamento mensal até o parto; após o nascimento o acompanhamento do casal e da criança será concomitante no sae e na unidade de origem até os dois anos de idade.

4 - HISTÓRIA NATURAL DA SÍFILIS ADQUIRIDA E “RISCO” OU “CHANCE” DE TRANSMISSÃO VERTICAL



5 - ESQUEMAS TERAPÊUTICOS PARA SÍFILIS NA GESTAÇÃO E CONTROLE DE CURA

ESTADIAMENTO	PENICILINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES	CONTROLE DE CURA
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	VDRL mensal (com titulação)
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 série Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal (com titulação)
Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada	3 série Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal (com titulação)

Obs.: 1 serie de penicilina benzatina = 1 ampola 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

GESTANTE ADEQUADAMENTE TRATADA

- ✓ Realizar o estadiamento adequado da doença;

- ✓ Respeitar o intervalo entre as doses (caso haja atraso no intervalo, deverá ser reiniciado o esquema terapêutico ao casal);
- ✓ Tratamento realizado com penicilina e finalizado com pelo menos 30 dias antes do parto;
- ✓ Tratar concomitantemente o parceiro;
- ✓ Orientar sexo seguro, durante e após o tratamento.

GESTANTE INADEQUADAMENTE TRATADA

- ✓ Estadiamento e tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
- ✓ Todo tratamento realizado com medicamento que não seja penicilina;
- ✓ Todo tratamento incompleto, mesmo que seja com penicilina;
- ✓ Tratamento não concluído até 30 dias antes do parto;
- ✓ Ausência de documentação de tratamento anterior;
- ✓ Ausência de queda de títulos após tratamento adequado;
- ✓ Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente, ou quando não tem documentação de tratamento.

6 - RECOMENDAÇÕES NO PRÉ-NATAL

- ✓ Solicitar **VDRL** com **titulação** no **1º** e **3º** trimestre;
- ✓ Tratar concomitantemente a gestante e o parceiro;
- ✓ Orientar sexo seguro, durante e após o tratamento;
- ✓ Realizar segmento laboratorial mensal das gestantes tratadas, por meio de Teste não treponêmico;
- ✓ Tratar novamente a gestante se não houver resposta clínica ou aumento da titulação em pelo menos duas titulações (1:2 para 1:8);
- ✓ Considerada gestante tratada quando houver manutenção ou diminuição da titulação;

- ✓ Gestantes com hipersensibilidade a penicilina, recomenda o encaminhamento ao hospital municipal materno infantil para ser realizado esquema de dessensibilização á Penicilina Benzatina (conforme manual Ministério da Saúde de assistência a gestante com sífilis);
- ✓ Gestante não tratada com penicilina, considera tratada inadequadamente;
- ✓ Anotar e anexar no cartão da Gestante todo histórico de sífilis e tratamento da gestante/ parceiro;
- ✓ Notificar o caso à Vig Epidemiológica, conforme ficha de investigação padronizada.

7- SÍFILIS CONGÊNITA

A disseminação hematogênica do *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada. Ocorre em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença.

- **Sífilis Congênita Recente:** manifestações logo após ao parto ou durante os primeiros 2 anos;

➤



➤ **Sífilis Congênita Tardia:** identificada após o segundo ano de vida.

Criança com menos de 13 anos de idade



Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.



SÍFILIS CONGÊNITA

DIAGNÓSTICO SÍFILIS CONGÊNITA

- ✓ RNs de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente, independente do VDRL do RN;
- ✓ Realizar sorologia não treponêmica no RN;
- ✓ Solicitar exames complementares: Hemograma, RX de ossos longos (avaliar alteração óssea); Líquor (avaliar VDRL), hemograma e outros exames quando clinicamente indicados;
- ✓ Realizar o tratamento da criança de acordo com o manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para Controle, 2005 em **Unidade Hospitalar**, liberando o RN somente após a conclusão do tratamento;
- ✓ Notificar o caso à Vig Epidemiológica, conforme ficha de investigação padronizada;
- ✓ A Unidade Hospitalar deverá encaminhar a puérpera e RN para a UBS de sua abrangência para seguimento, com cópia à Vig. Epidemiológica para monitoramento.

SEGUIMENTO DA CRIANÇA

O seguimento da criança deverá ser realizado em parceria com o Serviço de Atendimento Especializado/ SAE e Unidade de origem.

- Realizar consultas ambulatoriais **mensais** no **1º ano de vida**;
- ✓ Realizar VDRL com **1, 3, 6 e 12** meses de idade, interrompendo o seguimento com 02 exames de VDRL negativos consecutivos;

- ✓ Diante da elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar o paciente e proceder o tratamento;
- ✓ Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por 02 anos;
- ✓ Nos casos em que o LCR mostrou-se alterado, deve ser realizado uma reavaliação líquórica a cada 6 meses, até a normalização do mesmo, alterações persistentes indicam avaliação laboratorial completa e retratamento;
- ✓ Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a mesma para reavaliação clínica laboratorial e reiniciar o tratamento, obedecendo o esquema de tratamento, conforme manual;
- ✓ Verificar o resultado do ‘Teste do Pezinho’ do RN de mãe com VDRL positivo.

IMPORTANTE:

- O ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES (GESTANTE, PARCEIRO E CRIANÇA) TRATADA PELO SAE DEVERÁ SER ACOMPANHADA EM PARCEIRA POR CADA UBS (MÉDICO E ENFERMEIRO) ATÉ CONCLUSÃO E ALTA DO CASO.

- CASO NÃO HOUVER MÉDICO NA UBS, ENCAMINHAR PARA OUTRA UBS PARA AVALIAÇÃO MÉDICA. A UNIDADE DE PROCEDÊNCIA DO CASO DEVERÁ MONITORAR E CONCLUIR O CASO.

- ENCAMINHAR A **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA** OS RESULTADOS DE EXAMES DO MONITORAMENTO DA CRIANÇA, COM A **CONCLUSÃO DO CASO** (ATÉ 18 MESES DE IDADE).