

Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais

Recebido em: 09/01/2011

Aceito em: 14/04/2011

Dayanne Rakelly de Oliveira¹

Mayanne Santana Nóbrega de Figueiredo²

Este texto tem como objetivo trazer considerações epidemiológicas e conceituais sobre a sífilis, o tratamento de parceiros sexuais e a inserção do enfermeiro em ações de prevenção e controle desse importante agravo à saúde pública. Enfatiza os aspectos relacionados às medidas de controle dos casos, à terapêutica da doença e à magnitude das complicações visando a contribuir para o aprofundamento da temática e reflexão da prática profissional.

Descritores: Sífilis, Parceiros Sexuais, Enfermagem, Saúde Pública.

Conceptual approach on syphilis in pregnancy and the treatment of sexual partners

This text aims to bring epidemiological and conceptual considerations on syphilis, the treatment of sexual partners and the insertion of the nurse in prevention actions and control of this relevant grievance to the public health. It emphasizes the aspects related to control measures of the cases, to the therapeutics of disease and the magnitude of the complications seeking to contribute to the deepening of the theme and the reflection of professional practice.

Descriptors: Syphilis, Sexual Partners, Nursing, Public Health.

Abordaje conceptual sobre la sífilis en la gestación y lo tratamiento de las parejas sexuales

Enfoque conceptual de la sífilis en el embarazo y el tratamiento de las parejas sexuales. Este texto tiene como objetivo integrar consideraciones conceptuales y epidemiológicas sobre la sífilis, el tratamiento de las parejas sexuales y la inclusión de los enfermeros en la prevención y control de este importante agravio de salud pública. Destaca los aspectos relacionados con los casos, con la terapéutica de la enfermedad y con la magnitud de las complicaciones con el objetivo de contribuir a la profundización de la temática y la reflexión de la práctica profesional.

Descritores: Sífilis, Las Parejas Sexuales, Enfermería, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A presente reflexão tem como objetivo trazer considerações epidemiológicas e conceituais sobre a sífilis, o tratamento de parceiros e a inserção do enfermeiro em ações de prevenção e controle desse importante agravo à saúde pública.

Em 1986, estudos epidemiológicos mostraram índices crescentes de casos e óbitos decorrentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids). O fato deu origem, nesse mesmo ano, à implantação do Programa Nacional de DST e Aids (PN – DST/Aids). Além disso, as propostas da reforma sanitária, estabelecidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxeram a abertura da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988⁽¹⁾.

Em 22 de fevereiro de 2006, através da Resolução nº 399 e em reforço ao Plano Operacional do PN-DST/Aids, foi divulgado o Pacto pela Saúde, consolidando o SUS e estabelecendo prioridades de suas diretrizes operacionais.

Entre suas prioridades está o Pacto pela Vida, determinando objetivos que incluem a redução da mortalidade materna e infantil. Com base nesse regulamento, as ações em DST e Aids são reconhecidas pelo processo legislativo de saúde no Brasil, organizando-se em um conjunto de unidades e serviços⁽¹⁾.

Ainda em 1986, a sífilis congênita (SC) se tornou uma doença de notificação compulsória, e, em 1993, foi proposta pelos países latino-americanos a eliminação da doença, considerada problema de saúde pública, pretendendo-se atingir a incidência de um ou menos casos em mil nascidos vivos. Mesmo com a disponibilidade de guias clínicos, testes diagnósticos e terapia da sífilis na gestação, a tentativa em eliminar a SC não obteve êxito, já que ainda não se atingiu a incidência almejada, havendo, portanto, subnotificação. Paradoxalmente, visto ser um dado de extrema valia para o contexto da doença congênita, somente em 2005 a sífilis em gestantes entrou para a lista de agravos de notificação compulsória⁽²⁾.

1 Enfermeira. Mestre em Bioprospecção Molecular pela Universidade Regional do Cariri (Urca). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – Urca.

2 Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri – Urca.



Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1999 o número de casos novos de sífilis no mundo correspondeu a 12 milhões, estimando-se para a América Latina e Caribe um total equivalente a 3 milhões de casos novos. Desses, 937 mil casos foram estimados para o Brasil. Corroborando com a problemática de insuficiência do controle da sífilis, em estudo realizado em 2004, com uma amostra de parturientes entre 15 e 49 anos em todo o país, obteve-se uma taxa de prevalência de 1,6% de sífilis em sua forma ativa, cerca de quatro vezes maior do que a infecção pelo HIV (0,42%), esperando-se cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e 12 mil nascidos vivos com SC, considerando-se uma taxa de transmissão vertical de 25%⁽³⁾.

Mesmo inserida no quadro de causas perinatais evitáveis, a SC ainda se encontra entre as causas básicas de óbitos fetais⁽⁴⁾. Entre 1991 e 1999, o coeficiente de mortalidade por SC no Brasil em menores de 1 ano permaneceu estabilizado em cerca de quatro óbitos por 100 mil, apresentando um decréscimo em 2003 e atingindo 2,2 óbitos por 100 mil menores de 1 ano. Já em 2007, esse mesmo índice apresentou um leve aumento, atingindo 2,4 por 100 mil habitantes. Ressalta-se que, em se tratando de recém-nascidos com menos de 27 dias de vida, no período de 1996 a 2003 foram contabilizados 76% dos óbitos⁽³⁾.

Entre os anos 1998 e 2008, o número de casos de SC em menores de 1 ano somou 46.530, concentrando-se com maior índice nas Regiões Nordeste (30%) e Sudeste (48%). Tomando o período de 1996 a 2007, o valor de notificação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) obteve resultado de 1.189 óbitos por SC no país, com maior número nas Regiões Norte (33%) e Nordeste (46%). Na mesma pesquisa, 2006 teve seu coeficiente de mortalidade por sífilis aumentado para 3,2/100 mil nascidos vivos⁽⁵⁾.

Nesse contexto, em outubro de 2007 o Ministério da Saúde instituiu o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV, objetivando uma redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e do HIV até 2011, através do aumento da cobertura de diagnóstico, tratamento e profilaxia do agravo⁽¹⁻³⁾.

Logo, é possível pensar em uma erradicação da sífilis enfocando a prevenção por meio de ações assistenciais, visto que existem meios disponibilizados pelas três esferas de poder (federal, estadual e municipal) que visam à eliminação do problema, cabendo aos profissionais de saúde aumentar seus esforços a fim de tornar os serviços mais acessíveis, eficientes e organizados.

Aspectos da sífilis na gestação e do tratamento dos parceiros sexuais

A sífilis na gestação foi inserida como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória em virtude de suas

altas taxas de prevalência e de transmissão vertical, que oscila entre 30% e 100% sem o devido tratamento ou com tratamento inapropriado. O diagnóstico de sífilis na gestação é realizado nos casos em que a gestante apresenta evidências clínicas da doença e/ou sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, sendo essa obtida no pré-natal, parto ou curetagem, sendo objetivo da vigilância epidemiológica o controle da transmissão vertical e o acompanhamento da infecção nas gestantes, no que diz respeito ao tratamento, prevenção e controle⁽⁶⁻⁷⁾.

Segundo dados da OMS, em países subdesenvolvidos, aproximadamente de 10% a 15% das gestantes são portadoras de sífilis. Para o cenário brasileiro, estima-se que 3,5% das gestantes possuam a doença, o que se torna mais alarmante quando se considera que há um risco de transmissão vertical em torno de 50% a 85% e que as taxas de mortalidade perinatal são de até 40%⁽⁸⁾.

Espera-se que até 40% das mulheres grávidas portadoras de sífilis primária ou secundária não tratada apresentem perda fetal. Além do mais, há fatores que agravam o prognóstico

“Para o cenário brasileiro, estima-se que 3,5% das gestantes possuam a sífilis, o que se torna mais alarmante quando se considera que há um risco de transmissão vertical em torno de 50% a 85%”

da criança, como o subdiagnóstico relacionado a dificuldades de diagnóstico, visto que 50% dos recém-nascidos filhos de mães com a doença não tratada ou tratada indevidamente não manifestam os sintomas da sífilis. Essa dificuldade de diagnóstico de sífilis no período neonatal pode ser devida à complicação relacionada à transferência dos anticorpos IgG maternos, ou ainda à dosagem da fração IgM específica, já que o recém-nascido não produz os próprios anticorpos até o terceiro mês de vida⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A sífilis gestacional e a sífilis congênita estão estreitamente relacionadas com alguns grupos de maior risco, como mulheres muito pobres ou com estilos de vida vulneráveis. Nesse sentido, estudos desenvolvidos em diversas localidades denotam, como fatores de risco para a sífilis gestacional: ter parceiro sexual casual, não fazer uso de preservativo, ser usuária de drogas ilícitas, ser HIV positivo, ter baixa escolaridade e praticar prostituição⁽⁹⁾.

Assim, a partir de 2005, a pesquisa sobre sífilis em gestantes passou a fazer parte da notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Com isso, no período de 2005 a 2008, a Pesquisa Nacional de Notificação do Sinan detectou um índice de casos de gestantes com sífilis correspondente a 10.792, dos quais 6.143 foram registrados em 2007, destacados pelas Regiões Sudeste, Nordeste e Norte⁽³⁾.

Diante de um agravo de tamanha relevância, em que ainda não foi alcançada sua erradicação, dispõe-se de um manejo terapêutico eficaz e capaz de controle e cura da doença⁽¹⁰⁾. Disposto na Portaria nº 156 de 19 de janeiro de 2006, o uso da penicilina na atenção básica representa uma ferramenta em potencial para a cura de gestantes com sífilis.



No entanto, a droga não repercutiu o efeito esperado⁽¹⁾ sobre os indicadores nacionais.

Em se tratando de gestantes, o tratamento também é possível, sendo a penicilina a droga de escolha, visto ser capaz de atravessar a barreira transplacentária, somado ao fato de não haver na literatura relatos de resistência do *Treponema pallidum* ao medicamento. Na gestação, o tratamento adotado é o mesmo empregado para a sífilis adquirida, em concordância com a fase da doença, seja ela sífilis primária, secundária ou, ainda, sífilis terciária ou latente tardia⁽⁷⁾.

Enfatize-se que o tratamento do parceiro se torna um determinante para a cura eficaz da mãe, assim como, para o fim do agravo, através da inclusão do tratamento do parceiro na problemática abordada como um possível agravante para a prevalência da doença.

Em pesquisa nacional realizada em 2008 sobre os casos notificados de SC em menores de 1 ano no período de 1998 a 2008, verificou-se que a maioria dos casos era procedente de mães com idade de 20 a 29 anos (55%), escolaridade de quatro a sete anos de estudo (37%) e adeptas do pré-natal (79%). Em relação ao referido programa, do total, 55% dessas mulheres foram diagnosticadas no período gestacional, das quais 66% dos respectivos parceiros sexuais não aderiram ao tratamento conjunto⁽³⁾.

Estando o controle da sífilis embasado na interrupção da cadeia de transmissão e na prevenção de novos casos, evitando a propagação da doença, são necessários a detecção e o tratamento individualizado precoce e adequado. A introdução do teste rápido em parceiros de gestantes é muito importante. Por isso, é preciso tomar uma atitude mais firme dos gestores e trabalhadores de saúde para a captação desses parceiros, bem como a extensão da assistência do pré-natal para esses, como estratégia no combate à transmissão vertical⁽¹¹⁻¹²⁾.

Reconhece-se logo a importância da cura concomitante do parceiro como determinante para a cura da mãe, assim como para a diminuição da prevalência do agravo enquanto patologia congênita, conforme meta do Ministério da Saúde.

A participação do enfermeiro na abordagem aos parceiros sexuais de gestantes com sífilis

Considerando-se a problemática da sífilis, o profissional enfermeiro possui um papel fundamental para o manejo adequado dos pacientes e controle do agravo, visto que não só ele, mas todos os profissionais da área de saúde configuram uma relevante participação em virtude de serem um vínculo de informações baseadas na atenção primária, que inclui as doenças sexualmente transmissíveis⁽¹³⁾.

Atribui-se maior magnitude ao agravo quando se fala em sífilis na gestante e o conseqüente acometimento do feto sob a forma de sífilis congênita. Corroborando o teor

de relevância do problema, a maneira de notificação usada atualmente, baseada na contagem dos casos de SC quando as notificações são enviadas à vigilância, impede que as ações sejam realizadas em tempo de prevenir o agravo, visto que, terminada a gestação, a única intervenção possível é o tratamento da puérpera e da criança infectados. Logo, comprovando-se o valor do tratamento materno, considera-se que a transmissão vertical da sífilis ocorre na fase intrauterina e apenas o tratamento materno durante a gestação pode impedir os desfechos letais, embora não seja efetivo para todos os casos⁽⁴⁾.

Partindo do aspecto da incidência de SC como um indicador na avaliação da assistência pré-natal, considerando que o diagnóstico e o tratamento da mesma tem 100% de possibilidade de realização no referido programa mediante um simples exame de sangue – o Veneral Disease Research

Laboratory (VDRL), é importante considerar a realização do trabalho em equipe como condicionante da efetivação de medidas de atenção à gestante na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹³⁾.

Corroborando com a contextualização da ação integrada e complementar de médicos e enfermeiros, princípio do trabalho em equipe previsto no PSF, o Ministério da Saúde, conforme o *Manual de Normas Técnicas para a Assistência Pré-Natal*, preconiza “a realização da consulta pré-natal, intercalada com a procedida pela enfermeira^(14:52). Consoante a isso, Severino⁽¹⁵⁾ considera que, em razão da complexidade e da diversidade de demandas, na prática, os múltiplos enfoques

concedidos pelas abordagens das várias ciências particulares são fundamentais à garantia da assistência de qualidade, consolidada no exercício da multi e da interdisciplinaridade.

Assim, no tocante às atribuições do profissional enfermeiro, utilizando-se do contato mais próximo desse com a população, em virtude de suas funções, que acabam por proporcionar esse vínculo maior, cabe o reforço de ações de prevenção e diagnóstico o mais precoce possível, especialmente no pré-natal, além de informar às gestantes o direito que elas têm de realizar os testes que detectam a sífilis e quantas vezes são necessários no período gestacional⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Outra atribuição do enfermeiro seria a busca ativa de gestantes junto à comunidade. No tocante à abordagem do parceiro sexual de gestantes acometidas por sífilis, tal função adquire grande importância. Nela, pode-se incluir a captação desses parceiros, bem como a extensão da assistência do pré-natal para esses, em prol do combate à transmissão vertical⁽¹⁶⁾. Nas consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro, é imprescindível que, durante o acompanhamento, o mesmo dispense esforços para obter da gestante informações acerca do estado do parceiro, esclarecendo ser esse um vetor do agravo e destacando a possibilidade de reinfecção da mulher

“O tratamento do parceiro se torna um determinante para a cura eficaz da mãe, assim como, para o fim do agravo, através da inclusão do tratamento do parceiro na problemática abordada”



caso não ocorra um tratamento em conjunto, prevenindo, dessa forma, danos cada vez maiores ao feto⁽⁸⁾.

Ressalta-se a relevante importância do registro do tratamento de ambos, gestante e parceiro, a fim de obter um controle acerca dos parceiros acometidos e/ou tratados, visando a uma detecção precoce e válida das mulheres em idade fértil que apresentam riscos de uma reinfeção, a fim de instituir estratégias cabíveis em prol do não-acometimento do feto em uma futura gestação⁽⁸⁾.

Nesses termos, acredita-se que uma abordagem baseada em esforços voltados para a captação e a orientação da gestante e do parceiro por parte do profissional enfermeiro possa contribuir de maneira decisiva para a realização de ações eficazes para o combate da sífilis, de maneira a ser implementada em uma relação harmoniosa e ética, sustentada no compromisso com a segurança do cliente e com a resolubilidade de seus problemas.

CONCLUSÃO

Ao efetuarmos uma reflexão teórica acerca da sífilis, especialmente da ocorrência desse agravo na gestação, nos deparamos com uma série de elementos que podem ser implicados na prevalência da doença e, conseqüentemente, nas complicações advindas do acometimento fetal, bem como os fatores relacionados às dificuldades de tratamento das parcerias sexuais.

Observa-se a necessidade de promover ações direcionadas ao controle dos casos, incluindo ações de notificação da doença, busca ativa, tratamento adequado dos parceiros sexuais e acompanhamento sorológico para comprovação da cura da doença.

Ressalta-se a importância do profissional enfermeiro no rastreamento da sífilis no pré-natal, na realização de atividades de educação em saúde e captação dos parceiros sexuais para o tratamento.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR). Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Séries Manuais n. 78.
4. Saraceni V, Guimaraes MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1244-50.
5. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST/Aids. *Bol Epidemiol Aids DST*. 2008.
6. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Secretaria da Saúde (SP). Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):768-72.
8. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(10):647-52.
9. Rodrigues CS, Guimaraes MDC. Positividade para a sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):168-75.
10. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba – SP: ainda uma realidade em 2002. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2005;17(1):10-7.
11. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. Educação médica continuada. *Rev Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26.
12. Ministério da Saúde (BR). Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
13. Fernandes RCSC, Fernandes PGCC, Nakata TY. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de campos, RJ. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4).
14. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
15. Severino AJ. O conhecimento pedagógico e a interdisciplinaridade: o saber como intencionalização da prática. In: Fazenda I, organizador. *Didática e interdisciplinaridade*. São Paulo: Papirus; 1998. p. 11-40.
16. Oliveira MLC, Lopes LAB. Situação epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita no DF [Internet]. [citado em 2010 Mar 17]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/373/00000212.pdf>.