



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA
CURSO DE BACHAELADO EM ENFERMAGEM

JOSYCLESSI BORGES PORTO

**INCIDENCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA: ESTUDO COMPARADO NO
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA NOS ANOS DE 2010 E 2015.**

ITAITUBA
2016

JOSYCLESSI BORGES PORTO

**INCIDENCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA: ESTUDO COMPARADO NO
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA NOS ANOS DE 2010 E 2015.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para
obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem

Orientador(a): Dr^a. Djalmira de Sá Almeida

ITAITUBA
2016

PORTO, Josyclessi Borges.

Incidência da Sífilis Gestacional e Congênita: Estudo Comparado no Hospital Municipal de Itaituba/PA nos Anos de 2010 e 2015/ Josyclessi Borges Porto. Itaituba: FAI, 2016.

47 de fls.

Orientadora: Dr^a Djalмира de Sá Almeida

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, Curso de Bacharel em Enfermagem.

1. Sífilis Congênita. 2. Notificação. I. ALMEIDA, Djalмира de Sá. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2016.

JOSYCLESSI BORGES PORTO

**INCIDENCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA: ESTUDO COMPARADO NO
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA NOS ANOS DE 2010 E 2015.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Itaituba para
obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem

Orientador(a): Dr^a. Djalмира de Sá Almeida

BANCA EXAMINADORA:

_____ Presidente da Banca	_____ Conceito
_____ Orientadora Djalмира de Sá Almeida Dra. Em Letras	_____ Conceito
_____ Avaliador Prof. Do Curso de Enfermagem	_____ Conceito

Nota Final: _____

Data da Apresentação: ____ de Julho de 2016

*Aos meus pais, amigos e professores que
contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho ~
para o meu crescimento pessoal.*

*Bondade e misericórdia certamente me
seguirão todos os dias da minha vida, e habitarei na casa
do Senhor para todo o sempre.*

Salmo: 23

RESUMO

A Sífilis Congênita (SC) é relativamente fácil de prevenir, desde que haja acesso à testagem precocemente, no Pré-Natal, política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde, inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis, mediante do tratamento apropriado das gestantes positivas, concomitante ao tratamento do parceiro. Diante dessa problemática, buscou-se com o presente estudo elucidar os seguintes questionamentos: Qual a incidência da Sífilis Congênita no município de Itaituba entre os anos de 2010 e 2015? Quantos casos da doença foram notificados no Hospital Municipal de Itaituba no mesmo período? Para tanto foi realizada uma revisão a minuciosa da literatura sobre Sífilis e todos os fatores de risco nela envolvidos, bem como uma busca no banco de dados do SINAN net, obtendo-se como principal resultado um avanço alarmante de novos casos na base do HMI, considerado mínimo quando a comparação é feita na base de registros do município, quando há aumento no número de casos.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Notificação. Enfermagem. Prevenção. Pre-Natal.

ABSTRACT

Congenital syphilis (SC) is relatively easy to prevent, as long as there is access to the testing early in prenatal, maternal mortality prevention policy and Child Health Pact of the Ministry of health, includes targets for the reduction of mother-to-child transmission of syphilis, by means of the proper treatment of pregnant women, concomitant treatment of the positive partner. On this issue, sought with this study to elucidate the following questions: what is the incidence of congenital syphilis in the municipality of Itaituba between 2010 and 2015. How many cases of the disease were reported in the City Hospital of Itaituba in the same period? For both a thorough review of the literature on Syphilis and all risk factors involved, as well as a search in the database of the SINAN net, obtaining as a result advancement alarming main of new cases on the basis of the HMI, this is considered minimum when the comparison is made on the basis of records of the municipality, where there is the increase in the number of cases.

Keywords: congenital syphilis. Notification. Nursing. Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Espiroquetas	15
Figura 2	Ciclo da Sífilis Congênita	22
Figura 3	Consequências da Sífilis Congênita	23
Figura 4	Sífilis Congênita Recente	26
Figura 5	Disseminação hematogênica do <i>Treponema pallidum</i>	27
Foto 1	Secretaria Municipal de Saúde de Itaituba	35
Tabela 1	Nº de casos notificados nos anos de 2010/2015 em Itaituba.....	36
Tabela 2	Nº de casos notificados nos anos de 2010/2015 no HMI.....	37
Gráfico 1	Comparação nº de casos 2010/2015	37
Gráfico 2	Nº de notificações de 2010-2015 em Itaituba.....	38

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	Enzyme-Linked Immuno sorbent Assay
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMI	Hospital Municipal de Itaituba
MS	Ministério da Saúde
PCR	Reação de Cadeia de Polimerase
RN	Recém-Nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	Sífilis Congênita
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
THA	Treponema pallidum Hemagglutination
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1	SÍFILIS E GESTAÇÃO	13
2.2	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	18
2.3	TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGENITA	21
2.3.1	Sífilis e a Vigilância Epidemiológica	26
2.3.2	O Papel da Enfermagem na Prevenção da Sífilis.....	28
3	METODOLOGIA	34
3.1	TIPOS DE PESQUISA	34
4	RESULTADO DA PESQUISA	35
4.1	AMBIENTE DA PESQUISA	35
4.2	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS DADOS OBTIDOS.....	36
4.3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
5	CONCLUSÃO	41
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Infecção Vertical da Sífilis (IVS), ou seja, de mãe para filho, durante o período gravídico-puerperal é também um sério problema de Saúde Pública (SP), considerando que estas doenças apresentam significativas taxas de transmissão. A Sífilis Congênita (SC) é relativamente fácil de prevenir, desde que haja acesso à testagem precocemente, no Pré-Natal e política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde, inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis, mediante do tratamento apropriado das gestantes positivas, concomitante ao tratamento do parceiro (BRASIL, 2006).

Diante dessa problemática, o objetivo do presente estudo é elucidar os seguintes questionamentos: Qual a incidência da Sífilis Congênita no município de Itaituba, entre os anos de 2010 e 2015? Quantos casos da doença foram notificados no Hospital Municipal de Itaituba no mesmo período. Para tanto foi realizada uma Revisão da Literatura sobre Sífilis e todos os fatores de risco nela envolvidos, bem como a atuação da Enfermagem no enfrentamento deste grave problema de Saúde Pública.

Justifica-se a relevância deste estudo, pelo conhecimento prévio de que, ao adquirir Sífilis durante a gravidez, a mulher poderá transmitir infecção assintomática ou sintomática nos Recém Nascidos (RN). Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade (BRASIL, 2012).

Exposta à doença, a mulher confere graves implicações a si mesma e ao seu bebê, devido a complicações intra ou extra-uterinas com desfechos desastrosos da gestação em mais de 50% dos casos resultantes em aborto, nati/ neomortalidade. A exposição à doença acarreta sérias implicações para a mulher e seu conceito, sendo causa de grande morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos, tais como aborto, natimortalidade. Tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de

vigilância epidemiológica no Brasil em 1986, Portaria nº 542, de 22/12/86 – do MS (BRASIL, 2007).

Estima-se que somente 17,24% dos casos de SC sejam notificados (BRASIL, 2004). Desde julho de 2005 a sífilis na gestante também se tornou uma doença de notificação compulsória. Apesar da obrigatoriedade de notificação, estas se encontram abaixo do número estimado para este agravo. Estes dados demonstram deficiências importantes na qualidade dos serviços de pré-natal e de assistência ao parto. No Brasil, a SC apresenta-se como um agravo de alta magnitude apresentando indicadores desfavoráveis para seu controle (BRASIL, 2004; SARACENI et al., 2005a).

Dentre os fatores que contribuem para o insucesso no controle da SC podem ser destacados os obstáculos para o acesso aos serviços de pré-natal; a qualidade insuficiente de muitos destes serviços; a falta de solicitação para a realização do exame sorológico das gestantes conforme preconizado; e a não abordagem para tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais daquelas mulheres com resultado de Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) positivo (BRASIL, 2005a).

Sabe-se que a SC pode ser controlada através de diagnóstico e tratamento adequado da gestante durante o acompanhamento pré-natal, sendo o seu aparecimento visto como um evento que expõe rapidamente as limitações dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, pois um de seus maiores objetivos consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal organizada e de qualidade (BRASIL, 2006).

Este trabalho está organizado em 5 partes: a primeira é a introdução; a segunda é a fundamentação teórica; a terceira trata da metodologia utilizada para alcance dos objetivos; a quarta é a apresentação dos resultados e representação gráfica; a quinta parte traz uma discussão articulando a teoria com a prática; e a sexta e última parte mostra a conclusão do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SÍFILIS E GESTAÇÃO

A Sífilis é uma doença infecciosa e contagiosa, que tem como agente etiológico a bactéria *Treponema Pallidum*. Sua transmissão poderá ocorrer através de sangue contaminado por contato direto ou indireto com pessoa infectada. É possível ainda transmissão da mãe para o feto, a Sífilis Congênita (LOMBA, 2012).

A Sífilis é uma DST que pode ser controlada com sucesso, por meio de ações educativas, tendo sua classificação em adquirida e congênita, na qual a adquirida tem a evolução há menos de um ano de forma primária, secundária e latente, enquanto recente; a congênita recente pode ser diagnosticada no segundo ano de vida e os tardios em casos diagnosticados após segundo ano de vida, pois suas manifestações se caracterizam por um conjunto de lesões rosadas e ulceradas, tendo seus aparecimentos entre 10 e 90 dias, após o contato sexual infectante, enquanto a secundária manifesta-se entre o período de seis a, oito semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro (BRASIL, 2012).

A Sífilis Congênita é a infecção do feto por *Treponema pallidum* através da placenta da mãe que esteja infectada, podendo a transmissão ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto. A bactéria está presente na circulação sanguínea da gestante infectada, penetra na placenta e chega aos vasos do cordão umbilical, multiplicando-se rapidamente por todo o organismo da criança que está sendo gerada a Sífilis congênita precoce é aquela em que há manifestações clínicas logo após o nascimento ou, pelo menos, durante os primeiros 2 anos de vida. Na maioria dos casos, estão presentes já nos primeiros meses de vida (BRASIL, 2007).

A Sífilis evolui de forma semelhante entre gestantes e não gestantes, e dependendo da forma de contágio pode ser classificada em: adquirida e congênita. A Sífilis Adquirida, por transfusão sanguínea ou contato sexual, pode ser classificada em: Sífilis Primária– caracterizada pelo surgimento de lesão ulcerada, única não dolorosa, com base endurecida e fundo liso, conhecida como cancro duro. Possui período de incubação de 10 a 90 dias. Na mulher, se localiza geralmente nos pequenos lábios, paredes vaginais ou colo uterino; Sífilis Secundária – acontece cerca de duas a oito semanas após as primeiras feridas se formarem. O paciente pode apresentar dores musculares, febre, dor de garganta e dificuldade para

deglutir. Esses sintomas geralmente somem sem tratamento e, mais uma vez, a bactéria fica inativa no organismo; *Sífilis latente* – fase assintomática, sendo seu diagnóstico possível apenas por testes sorológicos. A sua duração é variável; *Sífilis terciária* – este é o estágio final da sífilis. A infecção se espalha para áreas como cérebro, sistema nervoso, pele, ossos, articulações, olhos, artérias, fígado e até para o coração (LORENZI, 2009).

A Sífilis Congênita pode ser: Precoce – quando descoberta até o 2º ano de vida, tendo como características a gravidade variável, sendo sua forma mais grave a septicemia maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia, lesões cutâneo-mucosas e ósseas, lesões do sistema respiratório, hepatoesplenomegalia, pancreatite, rinite sangüinolenta, anemia, plaquetopenia, púrpura; Tardia – definida no período posterior ao 2º ano de vida, sendo suas principais características: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado (BRASIL, 2007).

É imprescindível que se priorize a testagem de sífilis na gestação, para garantir o diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Até pouco tempo acreditava-se que o feto estaria protegido até o quarto mês gestacional. Porém, o *T. pallidum* foi encontrado em fetos pós-aborto, antes da 10ª semana de gestação, indicando que pode haver transmissão vertical mais precocemente. O não tratamento da sífilis durante o período gestacional resulta em uma elevada taxa de mortes fetais e neonatais (LORENZI, 2009).

Quando se fala em gestação, é essencial que se fale também sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, para promover a maternidade segura, considerando que a morbimortalidade materna perinatal continua ainda muito elevada no Brasil em descompasso com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do País. A maioria das mortes e complicações que surge durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, porém é necessária a participação ativa do Sistema de Saúde (BRASIL, 2012).

O referido autor afirma ainda que a gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução na maioria dos casos se dá sem intercorrência, entretanto, há uma parcela pequena de gestantes portadoras de alguma doença, que sofreu algum agravo ou problema as quais apresentam maiores possibilidades de evolução desfavorável para o feto e para a mãe. Essa parcela também chamada de “gestante de alto risco”, uma vez que exige o máximo de atenção por ter maior probabilidade de agravo à saúde.

A organização dos serviços de saúde para assistência de pré-natal considera de alto risco; os cuidados com saúde bucal com as gestantes em alto risco; a síndrome hipertensiva da gravidez; a síndrome hemorrágica do crescimento fetal; as alterações da duração da gestação; a infecção urinária; a pneumonia na gestação, a toxoplasmose; a malária e gravidez; além das doenças que podem vir associadas, tais como: hanseníase; tuberculose e Doenças Sexualmente Transmissíveis DST's (BRASIL, 2012).

A Sífilis Congênita é a infecção do feto por *Treponema Pallidum* através da placenta da mãe que esteja infectada, podendo a transmissão ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto. A bactéria está presente na circulação sanguínea da gestante infectada, penetra na placenta e chega aos vasos do cordão umbilical, multiplicando-se rapidamente por todo o organismo da criança que está sendo gerada a Sífilis congênita precoce é aquela em que há manifestações clínicas logo após o nascimento ou, pelo menos, durante os primeiros 2 anos de vida. Na maioria dos casos, estão presentes já nos primeiros meses de vida (BRASIL, 2007).

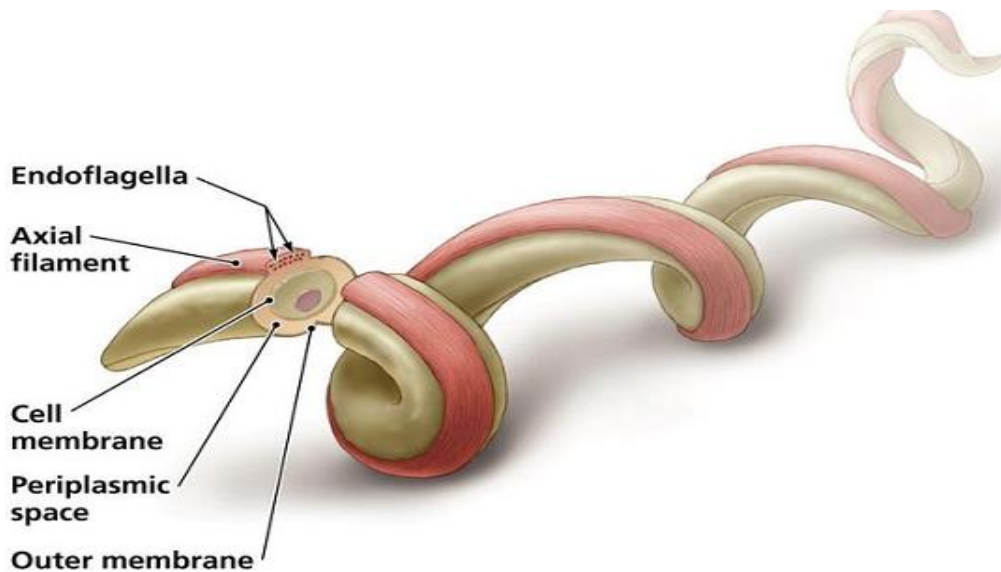


Figura 1 - Espiroquetas – Bactérias Gram-negativas. Fonte: <https://biomedicinapadiao.wordpress.com>

As normas específicas do Ministério da Saúde, principalmente com as orientações mais relevantes para que sejam acompanhadas na gravidez: infecção gonocócica, infecção por clamídia, trichomoníase, candidíase e hepatite C, e além dessas a Sífilis, como doenças infecciosas que possuem manifestações clínicas e

exige o diagnóstico através de testes sorológicos, além de orientações às mães pela equipe de saúde sobre o autocuidado, antes e depois de todas as relações sexuais (BRASIL, 2012).

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, provocadas por uma espiroqueta. Sua evolução é dividida em recente e tardia. A transmissão da Sífilis adquirida é sexual, na área genitoanal, na quase totalidade dos casos. Na Sífilis Congênita, há infecção fetal via hematogênica, em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Entretanto a transmissão por transfusão sanguínea é rara nos dias atuais. (BRASIL, 2006)

A gravidez não confere imunidade contra nenhum tipo de doença sexualmente transmissível, por serem doenças infectocontagiosas altamente preocupantes em função de que existe um grande risco de que sejam transmitidas via transplacentária ou no momento do parto para o feto. A Sífilis Congênita é uma dessas doenças cujo diagnóstico pode ser evidenciado durante o pré-natal se este for realizado (BRASIL, 2007).

O autor diz ainda que no caso da sífilis latente e tardia, tem por suas fases de duração variável, em que não se observa sinais e sintomas e já é tardio em seus sintomas no período variável, após 3 a 12 ou até mais dos contágios com diagnósticos através de testes sorológicos que podem ser não treponêmico como VDRL e RPR. Esses e outros testes são específicos e utilizados para confirmar a infecção treponêmica, uma vez que o indivíduo infectado pelo *T. Pallidum* pode permanecer com seus anticorpos detectáveis indefinidamente, pelos testes treponêmicos na gestação e o risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase de sua infecção na gestante e do trimestre da gestação.

O risco de transmissão pelo *T. Pallidum* reduz quando a infecção avança, mas, na fase assintomática, a transmissão vertical fica em torno de 30% a 60%. As infecções maternas são detectadas por triagem sorológica e tratadas com penicilina, prevenindo-se, assim, a transmissão vertical, (BOTELHO, 2008)

A doença assume diversos níveis de gravidade, sendo sua forma mais severa a sepse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Sífilis congênita tardia é a denominação reservada para a Sífilis apresentada após o segundo ano de vida. Principais características incluem: fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson + ceratite intersticial + lesão do

VIII par de nervo craniano), nariz em sela e tibia em lâmina de sabre. O recém-nascido está mais predisposto a infecções devido à vulnerabilidade e prematuridade de seu sistema imunológico e essa vulnerabilidade é também sofrida com as infecções adquiridas durante a vida intra-útero. Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, em que a redução da mortalidade materna e infantil é uma das prioridades básicas. Um dos componentes para a execução desta prioridade é a redução das taxas de Transmissão Vertical (TV) do HIV e da Sífilis (BRASIL, 2006).

Para a redução da prevalência da sífilis congênita é recomendada a realização de, no mínimo, dois testes sorológicos durante a gravidez, sendo o primeiro no início do acompanhamento pré-natal e o segundo no 3º trimestre de gestação. Isso se justifica considerando a prevalência, ainda alta, da sífilis nas gestantes, a facilidade de diagnóstico e de tratamento e o conhecimento de que o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado constitui premissas indispensáveis para a redução dessa prevalência. Diante da possibilidade de reinfecção da mulher e da possibilidade de que não sejam realizados os dois testes preconizados durante a gestação, pela ausência do pré-natal ou pela realização de um número muito pequeno de consultas, recomenda-se também a realização de um terceiro teste nas maternidades, no momento da admissão para o parto. Vários estudos reafirmam a importância da adequada triagem sorológica para sífilis durante o acompanhamento da gestante (BRASIL, 2007).

A OMS (2007) considera que um desafio hoje colocado para os serviços e trabalhadores da saúde é o da produção cotidiana de aptos cuidadores eficientes com obtenção de resultados no plano da cura, promoção e proteção. A identificação da gestante, o acesso aos serviços de acompanhamento pré-natal, a aderência ao acompanhamento com a realização de um número adequado de consultas e a identificação e o tratamento de agravos associados têm impacto sabidamente positivo na redução da prevalência da sífilis congênita. Além disso, é preciso desenvolver outras medidas de prevenção, também eficientes, tais como o uso regular de preservativos, a redução do número de parceiros sexuais, o diagnóstico precoce, o tratamento dos parceiros e a redução do número de usuários de drogas. As ações direcionadas à eliminação da sífilis dependem, invariavelmente, da qualificação na assistência à saúde, essencialmente nas mãos do profissional que realiza educação em saúde: orientações sobre o uso regular de preservativos,

diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e parceiros e realização do teste diagnóstico em mulheres com intenção de engravidar (BRASIL, 2007).

O autor afirma ainda que a taxa de infecção da transmissão vertical do *Treponema pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). A criança também pode se contaminar através do contato com lesões no canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis.

De acordo com dados divulgados no Caderno de Atenção Básica ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não-tratadas. Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos RN. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade (BRASIL, 2012).

Rodrigues (2005) afirma que, embora tenha realizado tratamento, a gravidez apresenta um risco maior de resultados adversos, tais como óbito fetal, perinatal ou neonatal, recém-nascido (RN) pré-termo e RN de baixo peso, do que as mulheres sem a infecção.

2.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O Ministério da Saúde recomenda para gestantes, um teste VDRL no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, um segundo no início do terceiro trimestre da gravidez (28ª. semana) e um terceiro no momento da admissão ao parto. Na ausência de teste confirmatório (sorologia treponêmica), considera para o diagnóstico, todas as gestantes com VDRL reagente com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente ou tratadas incorretamente. O diagnóstico e tratamento da sífilis materna durante a gestação previnem ou diminuem a transmissão vertical e, conseqüentemente, as sequelas tardias na criança, além de permitir o tratamento do parceiro, evitando a disseminação da doença (BRASIL, 2007).

Os indicadores da Sífilis Congênita em analogia ao número de nascidos vivos podem parecer baixos, porém ao considerar que o Ministério da Saúde havia planejado erradicar a doença até o ano 2000, percebe-se que, além do fato da meta não ter sido alcançada, o número de casos de Sífilis Congênita aumentou consideravelmente. Os dados são alarmantes, pois cada criança que nasce com sífilis congênita está fadada a enfrentar vários contratempos que poderão afetá-la em todos os aspectos de sua vida. Sendo a sífilis congênita um reflexo de uma assistência pré-natal deficiente, é um dever do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, prestar todo o apoio que essas crianças necessitam (MACHADO, 2011).

Dentre os problemas listados com relação à sífilis congênita e ao atendimento pré-natal, destacam-se a não realização adequada da anamnese, a não realização da sorologia para a sífilis nos períodos preconizados (primeiro e terceiro semestre), dificuldade na interpretação da sorologia para a sífilis, falha no reconhecimento dos sinais de sífilis maternos, o não tratamento do parceiro sexual e falha no entendimento entre a equipe obstétrica e pediátrica, dentre outros. Vale frisar que a sífilis congênita é um exemplo de doença que pode ser detectada e tratada durante o cuidado pré-natal, sendo a triagem para a presença da infecção materna altamente efetiva, mesmo em locais de baixa prevalência de sífilis na população.

Existem três métodos para o diagnóstico laboratorial da sífilis: exame microscópico direto (técnica de campo escuro), testes não - treponêmicos (VDRL, RPR) que são utilizados para triagem e acompanhamento e testes treponêmico (TPHA, FTA - Abs, ELISA) que são usados para confirmar resultados de baixa titulação dos não-treponêmicos (CAMPOS, 2006).

A utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. São divididos em testes não treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA - Abs, ELISA). No Brasil, o VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) é o teste mais utilizado, sendo o resultado descrito qualitativamente (“reagente”, “não reagente”) e quantitativamente (titulações tais como 1:2, 1:32 etc.). O FTA - Abs (Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption), TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination) e ELISA (Enzyme Linked Immuno sorbent Assay) são testes específicos e qualitativos, utilizados para a confirmação da infecção. Em geral, tornam-se reativos a partir do 15º dia da infecção e permanecem pelo resto da vida, considerando-se a persistência de anticorpos

treponêmicos no restante da vida de um indivíduo infectado, mesmo após o tratamento específico (BRASIL, 2006).

Dentre os testes não treponêmicos, o VDRL é o mais recomendado por vários organismos mundiais de saúde devido ao seu baixo custo, facilidade de execução, alta sensibilidade (70% na sífilis primária, 99% a 100% na sífilis secundária e 70% a 80% na sífilis terciária) e à alta especificidade na sífilis congênita (até 98%). Utiliza um antígeno constituído de lecitina, colesterol e cardiolipina purificada. A cardiolipina é um componente da membrana plasmática das células dos mamíferos liberado após dano celular e encontra-se presente também na parede do *Treponema pallidum* (BOTELHO, 2008).

Mesmo sem tratamento o teste apresenta queda progressiva dos títulos ao longo de vários anos. Com o tratamento adequado há queda, tendendo à negatificação, podendo, porém, se manter reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, fenômeno conhecido como memória imunológica ou cicatriz sorológica. No Brasil, o VDRL é o teste mais utilizado para o diagnóstico da sífilis (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2007).

Os testes treponêmicos utilizam o *Treponema pallidum* como antígeno e são usados para confirmar a reatividade de sorologias positivas inespecíficas e casos em que os testes não treponêmicos têm pouca sensibilidade, como na sífilis tardia. Em 85% das pessoas tratadas com sucesso, os resultados permanecem reativos por anos ou até mesmo por toda a vida. Estão incluídos neste tipo de exame o TPHA, ELISA, Reação de Cadeia de Polimerase (PCR) e o Western-blot (CAMPOS, 2006).

O autor acima citado relata ainda que os testes treponêmicos não devem ser realizados em recém-nascidos, devido os Anticorpos da classe IgM não terem boa sensibilidade, resultando em falsos negativos. O teste ELISA apresenta uma sensibilidade de 98% a 100% e uma especificidade de 99% a 100% quando testado em gestantes, é considerada uma técnica de fácil realização, custo não elevado e tem a vantagem de determinar anticorpos da classe IgG e IgM, pode auxiliar no diagnóstico precoce da sífilis em gestantes ao se considerar que na fase primária da doença 25% dos pacientes tem VDRL negativo e a chance de transmissão vertical é de 100%. Utilizar como meio de diagnóstico o teste ELISA pode agilizar o tratamento de gestante e evitar a transmissão do *Treponema pallidum* para o feto (CAMPOS, 2006).

O rastreamento sorológico durante o pré-natal ou parto, se constitui na única forma de diagnóstico das formas primária e latente da doença, favorecendo a redução das altas taxas de letalidade, hospitalização e sequelas, em RN. O diagnóstico da SC é realizado com o VDRL, em amostra de sangue periférico dos RN, cujas mães apresentaram resultado reagente na gestação ou parto ou em caso de suspeita clínica de SC, sendo recomendado o tratamento e notificação imediata desses casos (BRASIL, 2007).

O significado de testes positivos - treponêmicos ou não - no soro de RN é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos, que tendem a declinar ao final de alguns meses. Na ocorrência de SC, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa. Por outro lado, a negatividade sorológica do RN não exclui a infecção, quando transmitida por parturiente ainda na fase de janela imunológica da sífilis da mãe (BRASIL, 2007).

Os testes rápidos para sífilis são exames práticos e de fácil execução, podendo ser utilizado em sangue de punção venosa ou digital. A obtenção do resultado ocorre em 10 a 15 minutos, sem uso de equipamentos e apresentam resultados com elevada sensibilidade e especificidade. Sua utilização e critérios de exclusão seguem recomendações definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Segundo o autor acima citado é importante lembrar que a notificação e a investigação são obrigatórias para todos os casos detectados, incluindo os natimortos e abortos por sífilis.

2.3 TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

O tratamento da sífilis é realizado com a penicilina G benzatina, variando a dosagem de acordo com o estágio da doença. O tratamento adequado durante a gestação é fundamental para afastar a possibilidade de infecção do feto. É considerada adequadamente tratada a gestante que usou a dose correta de penicilina e que finalizou seu tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, tendo o parceiro sido tratado concomitantemente (BRASIL, 2007).

É considerada não adequadamente tratada a gestante que utilizar qualquer outro medicamento que não seja a penicilina, ou que tenha feito o tratamento com doses incorretas para a fase clínica da doença, ou cujo tratamento foi sido realizado

menos de 30 dias antes do parto, ou ainda que não apresente queda de títulos sorológicos após tratamento adequado. Incluem-se neste grupo as gestantes cujos parceiros não tenham sido tratados, ou que tenham sido inadequadamente tratados, ou quando não houver informação disponível a respeito (BRASIL, 2012).

O tratamento para Sífilis Congênita é realizado com penicilina conforme os critérios determinados pelo Ministério da Saúde para o período neonatal e pós-neonatal, sendo que, após o tratamento, deverá ser realizado o seguimento de controle e cura dos casos (BRASIL, 2006).

A droga de escolha para o tratamento da gestante considerada infectada é a penicilina, que atravessa a barreira transplacentária. O tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para a sífilis adquirida em conformidade com a fase da doença: Sífilis Primária (com cancro duro): penicilina benzatina 2.400.000 UI via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação); Sífilis Secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução): penicilina benzatina 4.800.000 UI via intramuscular dose total, aplicar duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por dose: 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação); Sífilis Terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose - 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação (BRASIL, 2005).

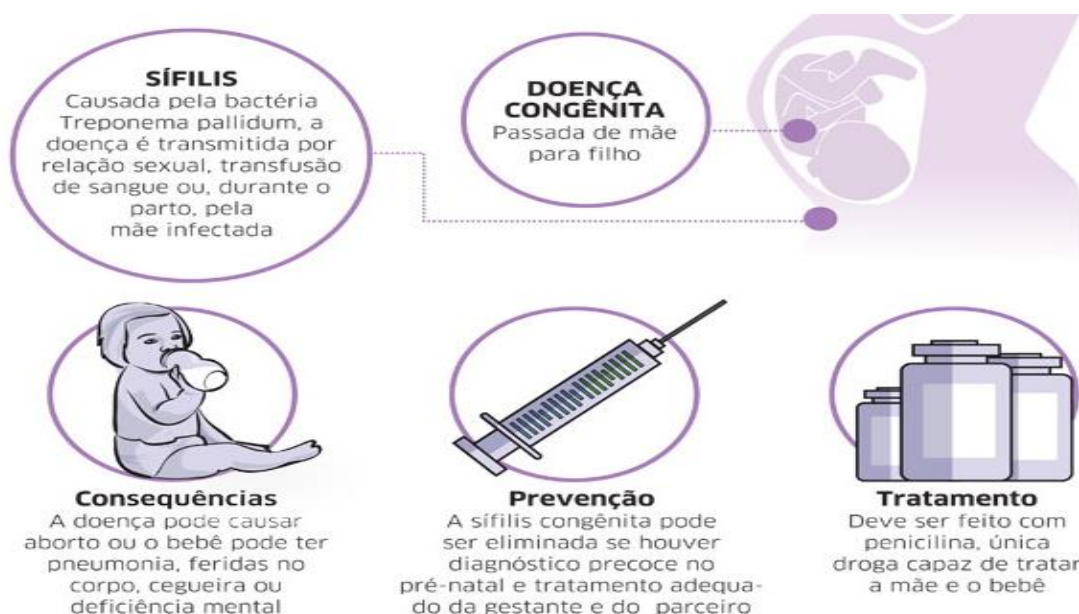


Figura 2 - Ciclo da Sífilis congênita e tratamento. Fonte: [http:// falecomricardotorres.blogspot.com.br](http://falecomricardotorres.blogspot.com.br)

O tratamento materno é considerado adequado quando todas as doses prescritas são realizadas, está adequado ao estágio da doença, é feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente com a mesma dosagem. É inadequado quando realizado com medicamento que não seja a penicilina; quando não são feitas todas as doses prescritas; quando o tratamento é finalizado nos 30 dias anteriores ao parto; quando há elevação ou ausência de queda dos títulos (VDRL) após tratamento adequado. O tratamento da gestante é considerado inadequado também quando o parceiro não é tratado, tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O tratamento deve ser realizado em todos os indivíduos que tenham se exposto à infecção do *Treponema pallidum*, especialmente nos últimos três meses, mesmo que não sejam percebidos sinais e sintomas. O tratamento adequado, em casos de gestação, considerado pelo MS é todo aquele apropriado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos trinta dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. Para gestantes alérgicas à penicilina deve-se indicar a dessensibilização, devido à penicilina ser a única droga que atravessa a barreira placentária (BRASIL, 2007).



Figura 3 - Consequências da Sífilis Congênita.
Fonte: <http://teratogeniafarmacologica.blogspot.com.br>

O autor ressalta a importância de que crianças com quadros clínicos e sorológicos suspeitos de Sífilis Congênita devem ser criteriosamente investigadas, e após confirmação do diagnóstico, deve-se realizar o tratamento conforme instituído pelo Ministério da Saúde, observando-se o intervalo entre as doses, sendo que, para

a penicilina G cristalina, deve ser de quatro em quatro horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, respeitando-se os mesmos esquemas recomendados.

Ainda segundo o manual, deve ser dado seguimento do tratamento com consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês; realização de VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devendo-se interromper no caso de dois VDRL negativos consecutivos. Diante de sinais clínicos compatíveis deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos. Em caso de não negativação até os 18 meses de idade ou de elevação do título sorológico, reinvestigar o paciente e proceder ao tratamento. Recomenda-se ainda o acompanhamento oftalmológico, neurológico e auditivo a cada seis meses, por dois anos. Alterações persistentes ou evidências clínicas neurológicas indicam avaliação clínico-laboratorial completa e repetição do tratamento. Nos casos de crianças tratadas erroneamente, na dose ou tempo preconizado, deve-se convocar a mesma para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

É considerado tratamento inadequado na gestação, aquele realizado com outra droga que não seja a penicilina, inadequado para fase da doença, período inferior a trinta dias antes do parto, ausência de documentação de tratamento anterior, ausência de queda dos títulos após tratamento adequado, parceiro não tratado ou tratado inadequadamente, ou quando não se dispõe de informações sobre o tratamento do parceiro (BRASIL, 2005).

A possibilidade de eventos adversos relacionados à aplicação da penicilina é utilizada como justificativa para que alguns serviços não façam o tratamento da sífilis com esta droga na rede de atenção básica. O resultado dessa atitude é a limitação do acesso ao tratamento adequado da sífilis, pois muitos pacientes acabam sendo encaminhados para unidades hospitalares que tenham serviço de emergência. Diante dos obstáculos encontrados, alguns pacientes acabam não se tratando ou se submetendo a aplicação da penicilina em locais alternativos, como farmácias privadas, que não seguem os protocolos regulamentados pelo MS e não asseguram a eficácia do tratamento e a cura (BRASIL, 2006).

A Portaria Nº. 156 de 19 de janeiro de 2006 dispõe sobre o uso da penicilina na Atenção Básica à Saúde e nas demais unidades do SUS, caracteriza o esquema de tratamento para sífilis, febre reumática e demais indicações pertinentes para administração da penicilina. Os equipamentos e materiais indicados por esta portaria

para o atendimento de possíveis anafilaxias geradas pelo uso da penicilina são um cilindro de oxigênio com umidificador, material para administração de medicação endovenosa, medicamentos como a epinefrina ou prometazina. A comparação entre o custo de se manter estes equipamentos nas unidades de saúde, a probabilidade de ocorrer uma reação anafilática à penicilina e o benefício de evitar a transmissão vertical da sífilis, merecem reflexão por parte dos serviços que estabelecem empecilhos ao tratamento adequado da sífilis.

Para a Sífilis Congênita, o tratamento indicado pelo MS determina que todo RN de mãe VDRL reagente, não tratada ou inadequadamente tratada, independente do resultado do VDRL do conceito, deverá realizar hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar, e outros exames, quando clinicamente indicados. Na impossibilidade de realizar estes exames, o RN deverá ser tratado como um caso de neurosífilis (BRASIL, 2005).

Se houver alterações clínicas ou sorológicas, e ou hematológicas, e ou radiológicas, e líquóricas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000UI/ Kg/dose, por via endovenosa a cada 12 horas (nos primeiros sete dias de vida) e a cada 8 horas (após sete dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/ Kg, dose única diária, intramuscular, durante 10 dias. Se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa, deve-se proceder ao tratamento com penicilina G benzatina por via IM na dose única de 50.000UI/Kg. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado como portador de VDRL reagente (BRASIL, 2005).

Nos RN de mães adequadamente tratadas deverá ser realizado VDRL em amostra de sangue periférico do bebê. Se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, deve-se realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do líquido cefalorraquidiano. Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológicas sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito conforme o tratamento disposto acima para recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas (BRASIL, 2005).

2.3.1 Sífilis e a Vigilância Epidemiológica

A incidência de Sífilis Congênita no Brasil passou de 1,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos a partir de 2005, mantendo-se nessa faixa até 2008, no entanto houve aumento da proporção de casos de sífilis congênita em crianças menores de sete dias de vida (HILDEBRAND, 2010).

A eliminação da Sífilis Congênita como problema de saúde pública requer a redução da sua incidência para menos de um caso por mil nascidos vivos. Para isso, devem ser desenvolvidas ações de prevenção no pré-natal e em maternidades, realizar busca ativa de gestantes com sífilis e tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente (BRASIL, 2006).

O MS definiu os objetivos da vigilância epidemiológica que incluem a identificação e tratamento dos casos de sífilis nas mulheres em idade fértil, principalmente as gestantes e puérperas, evitando assim a transmissão vertical e minimizando as sequelas da doença na criança acometida, com a prática de tratamento adequado. A notificação e vigilância desses agravos são imprescindíveis para o monitoramento e eliminação da transmissão vertical.



Figura 4 - Sífilis Congênita Recente. Fonte: <http://pt.slideshare.net/fernandodiegoanjos/sifilis>

A Sífilis Congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986. Sua investigação é feita nas seguintes situações: todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (confirmados pela clínica ou laboratório), tendo sido o diagnóstico na

gestação, parto ou puerpério, e todo indivíduo com menos de 13 anos, com suspeita clínica ou epidemiológica de sífilis congênita. Já a sífilis em gestante é doença de notificação compulsória desde 2005. Para fins de vigilância epidemiológica, é considerado caso de sífilis em gestante toda mulher que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2005).

As notificações de sífilis em gestantes e sífilis congênita são feitas pelo preenchimento e envio das fichas de notificação e investigação epidemiológica de casos, que devem ser preenchidas pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função, devendo essa ficha ser preenchida corretamente, evitando inconsistência dos dados. A Vigilância da Saúde desenvolve-se a partir de dificuldades concretas em setores definidos, realizando o que é necessário para solução dos problemas existentes na população de um determinado território (BRASIL, 2006).

A notificação da ocorrência de certas doenças ou agravos, para adoção de medidas de intervenção, constitui a principal fonte de informação para a vigilância epidemiológica. Esse sistema de notificações foi instituído no Brasil em 1969, mas só em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que tornou obrigatória a notificação de doenças transmissíveis de maior relevância sanitária no país, definidas em portarias pelo MS (BRASIL, 2006).

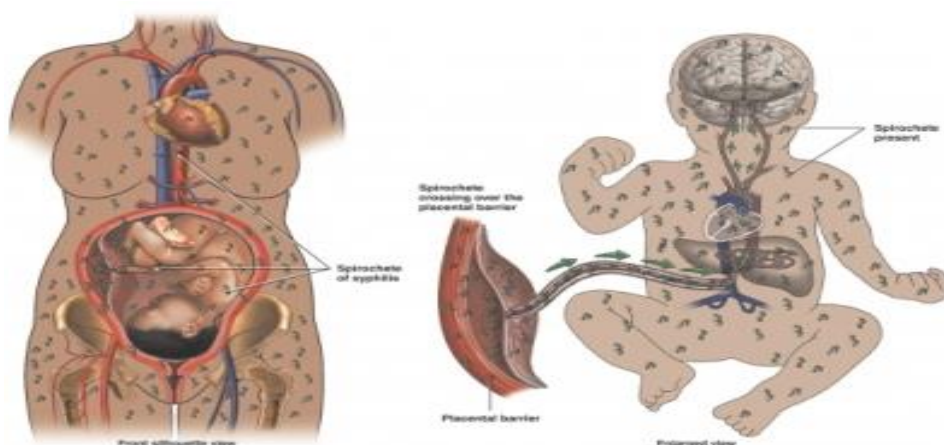


Figura 5 - Disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*. Fonte: Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita

Considerando-se a subnotificação, estima-se que ocorram, no entanto, cerca de 12 mil casos, o que elevaria a taxa de incidência para cerca de 4 casos por mil

nascidos vivos. Apesar da elevada cobertura de pré-natal no país, acima de 85% e considerando uma média de cinco consultas de pré-natal por parto no SUS, chegamos à conclusão que a qualidade da assistência à gestante está muito abaixo das necessidades. Os baixos indicadores retratam um problema de grande proporção, sendo necessária a implementação de estratégias voltadas à redução e consequente erradicação da sífilis congênita (BRASIL, 2007).

Segundo a Vigilância Epidemiológica, o número de casos pode variar com o passar do tempo, estando relacionado ao surgimento de novos achados clínicos, avaliações complementares, e novas situações epidemiológicas. Embora existam várias intervenções disponíveis para as gestantes há certa dificuldade na cobertura adequada do pré-natal e na oferta de diagnósticos laboratoriais, se tornando uma situação precária em algumas regiões do Brasil. Alguns fatores como a demora em iniciar o pré-natal, a não entrega do resultado de exame em tempo hábil, o não conhecimento sobre a doença, ausência de motivação da equipe de saúde agravam as dificuldades para o controle da sífilis congênita (BRASIL, 2012).

2.3.2 Papel da Enfermagem na prevenção da sífilis

A atuação do enfermeiro, seja na Unidade Básica de Saúde ou no ambiente hospitalar, com relação às gestantes com sífilis, se fundamenta na relação de confiança que pode haver entre ambos. O papel inicial do profissional de enfermagem é oferecer orientação, ouvir suas queixas e preocupações, além das dúvidas da gestante, respeitando suas características biopsicossociais e culturais e sua disposição diante de todas as situações pelas quais tem passado. Contudo, é necessário que o profissional desenvolva habilidade para chegar a essa confiança mútua, podendo realizar perguntas de cunho íntimo, sem que a mulher se sinta invadida, com o intuito de propor questões que visem facilitar a reflexão e a superação de dificuldades, a adoção de práticas seguras e a promoção da qualidade de vida. Para que se chegue a esses objetivos, é indispensável que, durante o atendimento, o profissional de saúde utilize palavras acessíveis à usuária (BRASIL, 2007).

O autor afirma que é imprescindível que o profissional esteja capacitado para realizar um acolhimento que atenda às necessidades específicas da mulher na circunstância de pré-natal, parto e puerpério, além da promoção da sua saúde

integral. Com relação aos serviços de pré-natal e das maternidades, essas ações devem estar embasadas em um conjunto de intervenções da equipe, adaptadas às possibilidades legítimas de cada setor, contando este com profissionais capacitados, para assegurar tais condutas, durante todo o pré-natal, no momento do parto e no pós-parto.

O enfermeiro, além de possuir o papel de coordenador, acumula várias outras funções na unidade de saúde, junto à equipe que gerencia, e na comunidade, dando suporte e supervisionando o trabalho de agentes comunitários de saúde, bem como atendendo às pessoas que necessitem do acompanhamento de enfermagem. Suas funções básicas são: realizar, de acordo com suas competências, ações de assistência básica de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e técnicos de enfermagem, visando ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde; atender indivíduos sadios ou doentes, visando promover e abordar os aspectos de educação sanitária; promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente mais saudável; discutir de forma constante, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, destacando os direitos de saúde e as bases legais que os corroboram; participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família (UBS) (BRASIL, 2006).

A falta de estrutura nas unidades básicas de saúde para atendimento à população, baixos salários, múltiplos empregos e, principalmente, falta de qualificação e de educação continuada dos profissionais poderão estar contribuindo para esta situação. A ausência de uniformidades no diagnóstico e na conduta dos profissionais que realizam o atendimento à gestante e ao recém-nascido, bem como falhas no mecanismo de registro pressupõe que a frequência da doença é bem maior do que a demonstrada pelos números oficiais (CHAVES, 2010).

A consulta de enfermagem vem se lançando como uma das atividades mais desenvolvidas pelos enfermeiros em todas as áreas de assistência a saúde. É uma ação privativa do enfermeiro, que objetiva prestar uma assistência sistematizada de enfermagem de forma global e individualizada, devendo seguir as etapas organizadas de levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação dos cuidados e avaliação visando promover uma assistência de enfermagem eficiente (CHAVES, 2010).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), incide na implementação de uma política de atenção voltada à humanização e a qualidade de vida do usuário, visando à equidade e integralidade dos serviços ofertados. Ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem é necessário que haja um padrão conceitual que embase a organização que o serviço deseja atingir, tornando este processo coerente com determinadas linhas de pensamentos, de como será utilizada e como os profissionais deverão proceder (MACHADO, 2011).

A Organização Mundial da Saúde ressalta que intervenções consideradas simples para cuidados com mães e recém-nascidos propiciam uma grande queda na ocorrência da sífilis congênita. A prevenção da Sífilis Congênita exige uma relativa conscientização relacionada à amplitude e agravamento da sífilis, principalmente entre gestantes e crianças. Essa tomada de consciência deve abordar todos os níveis dos serviços de saúde, desde os gestores até os prestadores de cuidados. Mais à frente, a comunidade deve ser conscientizada de que a prevenção e o tratamento podem resultar em benefícios importantes para a saúde de mulheres e crianças (BRASIL, 2012).

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta palavra também expressa um dos objetivos da vigilância. Ela se aplica com o intuito de indicar qualidades desejáveis do sistema de saúde e da assistência ofertada. Um dos grandes desafios para o controle da Sífilis Congênita é o de formar profissionais verdadeiramente comprometidos com as ações apropriadas e voltadas ao diagnóstico, tratamento, promoção e proteção dos indivíduos, visto que ainda não existe vacina contra a sífilis, cabendo aos profissionais o envolvimento em tais atividades de controle e educação em saúde (LORENZI *et al*, 2009).

O profissional deve estar preparado para aplicar um acolhimento voltado às necessidades específicas da mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, e de promoção da sua saúde. No contexto dos serviços de pré-natal e das maternidades, essas ações devem ser embasadas como um conjunto de intervenções da equipe, adequando-se às possibilidades reais de cada serviço, dispondo de profissionais capacitados, para assegurar tais condutas durante todo o pré-natal, no momento do parto e no pós-parto (CHAVES, 2010).

No aconselhamento é necessário que se atente aos aspectos emocionais, tendo como foco a saúde sexual, a saúde reprodutiva, avaliação de vulnerabilidades e Direitos Humanos. Atualmente, é um programa que se insere em vários períodos

do atendimento e em diversos contextos dos serviços no SUS, inclusive no pré-natal e no parto. No entanto, as equipes de saúde ainda encontram obstáculos na abordagem de questões relacionadas à sexualidade, percebendo-se ações que não contemplam as necessidades específicas das pessoas, tendo em vista os contextos de vulnerabilidade onde se encontram inseridas (BRASIL, 2007).

De acordo com o autor acima referenciado, é necessário atentar para o fato de que há diferentes graus de informação entre as gestantes sobre a prevenção, ciclo de transmissão, tratamento da sífilis. Tais particularidades podem estar agregadas às condições financeiras e educacionais, bem como à percepção particular sobre o risco e susceptibilidade. A demanda espontânea pela testagem pode simbolizar a percepção de risco, permitindo encurtar o momento do acolhimento. Através da abordagem inicial é possível conhecermos o entendimento das gestantes acerca da sífilis e outras DST's, conhecer as situações de risco em que elas se encontram bem como o incentivo para a realização do teste. Essas ações devem ser complementadas após o resultado do teste, favorecendo que se dê um enfoque mais profundo aos aspectos de sua vida íntima, bem como, a respeito das práticas sexuais e uso de drogas ilícitas. É necessário que o enfermeiro esteja atento aos sinais de comunicação verbal e não verbal que a cliente emite e que ele próprio, como profissional, utiliza no atendimento. A inatividade também tem valor de mensagem, pois o silêncio, muitas vezes, por si só é uma resposta. Neste sentido, deve conhecer a influência que pode exercer sobre os usuários, orientando-os a enfrentar determinados problemas. O profissional da saúde deve ainda atentar para a comunicação na realização do cuidado integral, enxergando a cliente como um ser holístico (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo com o autor acima citado, mulheres e homens devem receber orientações regularmente sobre as DST's, devendo-se dar destaque a pontos importantes como: Forma de contágio e manifestações clínicas sobre DST e HIV; Aconselhamento e testagem para sífilis em todos os homens e mulheres em idade reprodutiva; Aconselhamento e testagem para a sífilis e para o HIV, as mulheres que manifestam intenção de engravidar; Frisar a importância do uso de preservativo masculino ou feminino, inclusive em relações estáveis, e após tratamento de DST's; Tratamento adequado a todos os casos diagnosticados, dar seguimento adequado a todos os casos de sífilis diagnosticados.

Uma das principais medidas na prevenção da transmissão vertical é a identificação precoce das gestantes portadoras de sífilis e o seu imediato tratamento. Após o diagnóstico e tratamento, a gestante deve realizar VDRL mensalmente até o parto. Caso não haja a queda dos títulos da sorologia, deve-se reavaliar o tratamento da mulher e seu parceiro, e se necessário, repetir (LORENZI *et al*, 2009).

O autor ressalta que não se pode negligenciar a importância de durante o tratamento, orientar as gestantes e seus parceiros, com relação aos riscos da sífilis para sua saúde e para a saúde do feto, reforçando a regularidade do uso do preservativo durante e após o tratamento. As ações de prevenção precisam ser extremamente debatidas durante o pré-natal, parto e puerpério, pois essas são de fundamental importância para o enfrentamento da sífilis congênita no Brasil. A promoção em saúde aliada à distribuição de preservativos é imprescindível, e a participação dos enfermeiros e da equipe de enfermagem é extremamente importante nesse contexto, uma vez que, como educadores, devemos agir com ênfase no aconselhamento, na detecção de situações de risco e na educação para a saúde, evitando desta forma, a transmissão e evolução dos casos de sífilis/sífilis congênita (CHAVES, 2010).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, estabelecido pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, e fundamentado nos diagnósticos acerca das necessidades de atenção especial à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, busca – além de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento: agrupar valores com o intuito de minimizar as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; implementar ações que garantam as já tomadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, como o “Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais”, da oferta de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de aquisições para as unidades hospitalares integrantes destas organizações (CHAVES, 2010).

O autor retrata ainda a importância de se ter em mente que a Sífilis Congênita pode trazer prejuízo à vida social da criança, quer seja pelas inúmeras deficiências e mudanças físicas causadas pela patologia. Nesse sentido, torna-se nítida a necessidade de que o enfermeiro sistematize sua assistência para atenuar os

impactos da doença em seu convívio social, buscando inserir essas crianças na sociedade. O profissional de saúde deve agir de maneira que suas pacientes compreendam que a sífilis não deve ser uma preocupação apenas no momento da gravidez. O ideal é que a cautela e o rastreamento dos casos de sífilis - assim como das outras DST's - se tornem um hábito rotineiro durante as consultas ginecológicas, ainda que não haja uma gestação vigente. A rotina de realização do VDRL nas consultas ginecológicas visa o tratamento precoce da mulher e de seu parceiro, contribuindo para evitar que a sífilis se instale e cause problemas para o feto no caso de uma gestação futura (LORENZI *et al*, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, tendo como base uma pesquisa bibliográfica e análise dos dados secundários, sobre a incidência da Sífilis Congênita no Município de Itaituba, no Estado do Pará.

A pesquisa bibliográfica é capaz de atender aos objetivos tanto do aluno, em sua formação acadêmica quanto de outros pesquisadores, na construção de trabalhos inéditos que objetivem rever, reanalisar, interpretar e criticar considerações teóricas ou paradigmas, ou ainda criar novas proposições na tentativa de explicar a compreensão de fenômenos relativos às mais diversas áreas do conhecimento (PRESTES, 2012).

Inicialmente, utilizou-se o Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, como fonte de dados para os casos de Sífilis Congênita na base municipal. Esse sistema de informação registra todos os casos confirmados da doença que devem ser notificados pelos profissionais de saúde, de forma compulsória. Para a notificação dos casos, no momento do diagnóstico, é preenchida uma ficha de notificação/investigação com características do indivíduo e da doença, do acompanhamento e do desfecho do caso (Anexos I).

De posse de tais dados, foi realizada uma triagem dos casos ocorridos e notificados no Hospital Municipal de Itaituba (HMI), nos anos de 2010 e 2015.

O HMI é um hospital de referência do SUS, haja vista que é o único hospital público da cidade, contando apenas alguns hospitais da iniciativa privada, de modo complementar para dar suporte ao mesmo. Conta com uma Ala de Urgência e Emergência, outra Ala de Internação que está dividida em Clínicas: Médica e Cirúrgica, Pediátrica e Obstetrícia. No bloco cirúrgico, atuam dez técnicos de enfermagem, um enfermeiro, três médicos cirurgiões fixos, além dos especialistas que atendem às demandas específicas pelo menos uma vez por mês (SEMSA, 2015).

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 AMBIENTE DA PESQUISA

A pesquisa bibliográfica foi realizada em artigos e livros disponíveis na internet e na Biblioteca da Faculdade de Itaituba. No ambiente da internet, buscou-se matérias publicados entre os anos de 2005 e 2015, em revistas idôneas, escritos em português e com base nos Manuais do Ministério da Saúde. Os livros utilizados basicamente foram os Manuais do Ministério da Saúde, conseguidos juntos à Secretaria Municipal de Saúde – (SEMSA).

O estudo conta ainda com dados secundários retirados do Sistema de Informação Nacional – SINAN net. Para ter acesso a tais dados foi necessário solicitar autorização via ofício ao Gestor da SEMSA, que cedeu autorização por escrito para que um profissional da Vigilância Epidemiológica (que opera o sistema) imprimisse relatório de Investigação de Sífilis Congênita 2010 – 2016. Em decorrência do ano de 2016 ainda não estar fechado, foram utilizados os dados apenas dos anos de 2010 a 2015.



Foto 1 - Secretaria Municipal de Saúde de Itaituba. Fonte: Josyclessi Borges Porto, 2016

4.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS DADOS OBTIDOS

A seguir, são descritos os resultados obtidos na coleta de dados da pesquisa. Tais dados foram tabulados em planilhas, condensados e transformados em porcentagens. Em seguida foram dispostos em gráficos, tabelas e quadros, conforme serão apresentados mais adiante.

O número de casos registrados no município de Itaituba entre os anos de 2010 a 2015 somam 108 casos de Sífilis Congênita, dos quais 71 foram notificados no Hospital Municipal de Itaituba, e os outros 27 casos em Unidades Básicas de Saúde e hospitais da rede privada. Ao analisar os dados e tomando como base o ano de 2010, pode-se verificar um aumento de 123% no número de casos notificados no ano de 2011, em relação a 2010 é de 107,7% em 2012 comparado ao mesmo ano. No ano de 2013 houve uma queda de 26,7% no número de notificações, voltando a subir em 2014, com 15,4%, no ano seguinte. Percebe-se ainda um aumento no número de casos notificados de 7,7%, tais resultados referem-se ao número de casos registrados no município, conforme pode ser verificado na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1- Nº de casos notificados nos anos de 2010 a 2015 no município

ANO	Nº DE CASOS	COMPARAÇÃO AO ANO 2010
2010	13	-
2011	29	+123%
2012	27	+107,7%
2013	10	-26,7%
2014	15	+15,4%
2015	14	+7,7%

Fonte: Josyclessi Borges Porto, 2016.

Como foi dito anteriormente 65,7% dos casos notificados durante os seis anos pesquisados, foram registrados no Hospital Municipal de Itaituba, que após análise apresentaram resultados com diferenças exorbitantes de um ano para o outro como pode ser comprovado através da Tabela 2 a seguir:

Tabela 2- Nº de casos notificados nos anos de 2010 a 2015 no HMI

ANO	Nº DE CASOS	COMPARAÇÃO AO ANO 2010
2010	3	-
2011	17	+ 46,7%
2012	20	+ 56,6%
2013	4	+30,9%
2014	14	+37,0%
2015	13	+33,0%

Fonte: Josyclessi Borges Porto, 2016.

Apesar da evidente oscilação no número de notificações inseridas no SINAN net, quando comparado isoladamente os anos de 2015 a 2010, verifica-se um avanço alarmante de 330% de novos casos na base do HMI, percentual este que é considerado mínimo quando a comparação é feita na base de registros do município, onde o aumento no número de casos é de 7,7%, conforme Gráfico 1:

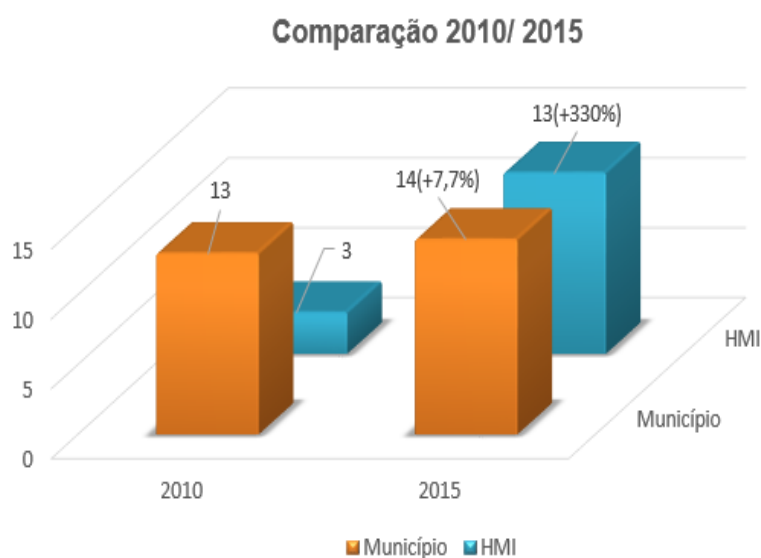


Gráfico 1 - Comparação 2010/2015. Fonte: Josyclessi Borges Porto, 2016.

A seguir vê-se a representação sobre a ocorrência de Sífilis Congênita em Itaituba de 2010 a 2015 de forma global, através do Gráfico 2:

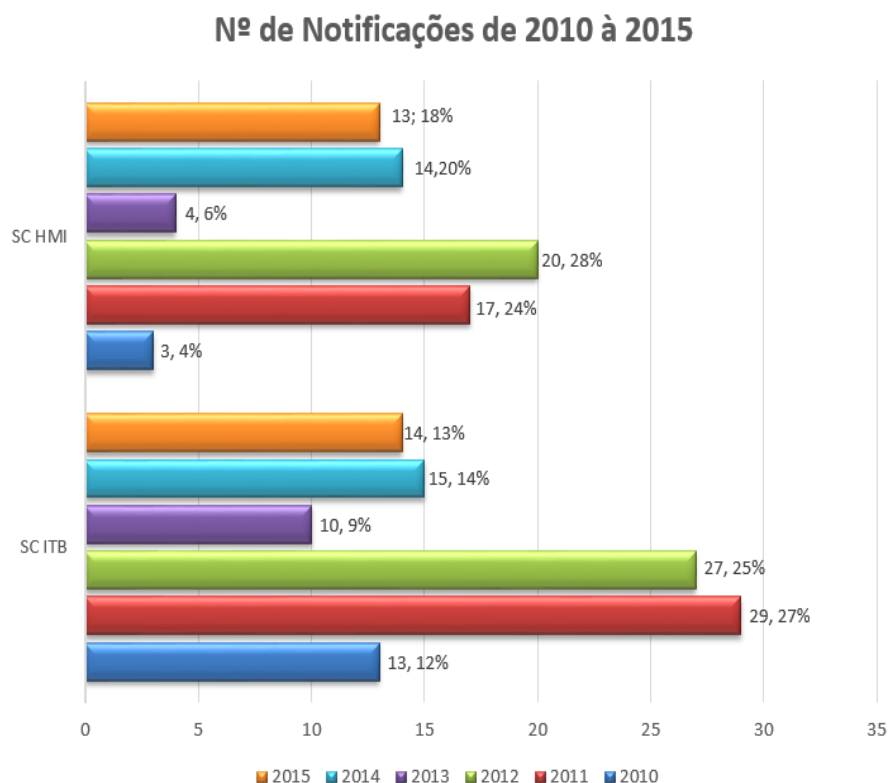


Gráfico 2 - Nº de notificações de 2010 a 2015. Fonte: Josyclessi Borges Porto, 2016.

4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Sífilis Congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica no Brasil em 1986. No entanto, estima-se que somente 17,24% dos casos de SC sejam notificados (BRASIL, 2004; 2007).

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se uma evolução crescente no número de casos de Sífilis no município de Itaituba, algo que também ocorre no restante do país, segundo dados do Ministério da Saúde e outros autores.

A incidência de Sífilis Congênita no Brasil passou de 1,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por 1.000 nascidos vivos a partir de 2005, mantendo-se nessa faixa até 2008, no entanto houve aumento da proporção de casos de sífilis congênita em crianças menores de sete dias de vida (HILDEBRAND, 2010).

Quanto às notificações, percebe-se que são de fundamental importância para que se faça um levantamento do índice real da doença, tanto no país quanto no município, visto que as bases municipais, estaduais e nacionais se fundem, com isso é possível que ocorra a implementação de políticas públicas que previnam a contaminação de mais pessoas.

Desde julho de 2005, a sífilis na gestante também se tornou uma doença de notificação compulsória. Apesar da obrigatoriedade de notificação, estas se encontram abaixo do número estimado para este agravo. Estes dados demonstram deficiências importantes na qualidade dos serviços de pré-natal e de assistência ao parto. No Brasil, a SC apresenta-se como um agravo de alta magnitude apresentando indicadores desfavoráveis para seu controle (BRASIL, 2004; SARACENI *et al*, 2005a).

Conforme os autores acima, se não foi possível diagnosticar a sífilis antes da gestação, é imprescindível que se faça antes que seja passada ao bebê e cause danos trágicos e irreversíveis.

Segundo a Vigilância Epidemiológica, o número de casos pode variar com o passar do tempo, estando relacionado ao surgimento de novos achados clínicos, avaliações complementares, e novas situações epidemiológicas. Embora existam várias intervenções disponíveis para as gestantes há certa dificuldade na cobertura adequada do pré-natal e na oferta de diagnósticos laboratoriais, se tornando uma situação precária em algumas regiões do Brasil. Alguns fatores como a demora em iniciar o pré-natal, a não entrega do resultado de exame em tempo hábil, o não conhecimento sobre a doença, ausência de motivação da equipe de saúde agravam as dificuldades para o controle da Sífilis Congênita (BRASIL, 2012).

As notificações de sífilis em gestantes e sífilis congênita são feitas pelo preenchimento e envio das fichas de notificação e investigação epidemiológica de casos, que devem ser preenchidas pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função, devendo essa ficha ser preenchida corretamente, evitando inconsistência dos dados. A Vigilância da Saúde desenvolve-se a partir de dificuldades concretas em setores definidos, realizando o que é necessário para solução dos problemas existentes na população de um determinado território (BRASIL, 2006).

O trabalho do profissional de enfermagem vai além das técnicas aprendidas na faculdade ou em cursos técnicos. Ele precisa ter a sensibilidade de levantar todas

as hipóteses diagnósticas, principalmente nas gestantes, visando proteger à mãe e bebê. Deve saber avaliar criticamente a mulher durante o pré-natal para que não perca oportunidades de promover a saúde e proteger mãe e filho.

A atuação do enfermeiro, seja na Unidade Básica de Saúde ou no ambiente hospitalar, com relação às gestantes com sífilis, se fundamenta na relação de confiança que pode haver entre ambos. Contudo, é necessário que o profissional desenvolva habilidade para chegar a essa confiança mútua, podendo realizar perguntas de cunho íntimo (BRASIL, 2007).

4 CONCLUSÃO

Apesar de ser um tema considerado comum, os conhecimentos acerca da Sífilis são bastante superficiais, principalmente no que diz respeito às suas complicações. Quando se refere a Sífilis Congênita então, tais conhecimentos são ainda menos aprofundados.

Com a realização deste estudo, foi possível verificar que a Sífilis é um sério problema de Saúde Pública, que precisa ser estudado a cada dia, principalmente por aqueles que escolheram como profissão a arte de cuidar. A responsabilidade do profissional de saúde vai além das teorias e técnicas aprendidas, precisa ser empático, para que não se torne insensível diante do sofrimento alheio, por lidar com as suas mazelas no dia a dia.

Ao concluir o presente trabalho, pode-se refletir sobre as graves consequências que uma conduta inadequada pode acarretar na vida do outro, pois uma falha na avaliação clínica de uma gestante por exemplo, e o não diagnóstico da sífilis gestacional, pode levar à transmissão vertical da doença ao bebê, e consequentemente causar a este bebê sequelas para a vida inteira (físicas e neurológicas) e até mesmo a sua morte prematura.

Assim, afirma-se que a conduta profissional, deve ser ética, comprometida e dotada de sensibilidade para com o usuário que busca seus serviços. Há muitas razões para o profissional da saúde sentir-se responsável pela manutenção da vida do outro. No entanto, diante desta enfermidade, tal sentimento é potencializado pois não apenas uma, mas duas vidas são colocadas em suas mãos, para que este tome as decisões certas em tempo hábil. Neste sentido, a relevância deste estudo, paira sobre o senso de responsabilidade que cada indivíduo que busca a enfermagem como profissão, tem consigo próprio e com o seu cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **AnBrasDermatol.**, v. 81, n.2, pp.111-126, 2006.

BOTELHO, C. A. O. **Prevalência dos agravos no programa de proteção a gestante do Estado do Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007.** 2008. 96 f. Dissertação. (Mestrado em ciências da saúde). Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita** – Manual de Bolso. Brasília, 2006.

BRASIL. **Gestação de Alto Risco:** Manual Técnico do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª Ed. – Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Plano Estratégico – Programa Nacional de DST e Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 24 dec. 1986, Seção 1, p. 1987.

CAMPOS, J.E.B. **Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas.** 2006. 103 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

FROTA, Jossehan Galúcio da (org); SANTOS, Aline Soares dos; ALMEIDA, Djalмира de Sá; SILVA, Francisco Cláudio Sousa e; LEITE, Vitor Hugo Jara. **Guia de normatização para trabalhos acadêmicos da Faculdade de Itaituba.** Itaituba (PA): FAI, 2016.

HIDELBRAND. Virna Lisa Pereira. **Sífilis Congênita:** Fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2010.

LOMBA,M ;LOMBA, A; MAIEROVITCH,S. **Dicionário De Termos Médicos e De Saude Dr.Marcos Lomba.**3 edição Objetivo Saude .Olinda-PE,2012.

LORENZI, S, Fiaminghi LC, Artico GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina** 2009; 37: 83-90.

MACHADO, F. M. e CYRINO, R. M. F. **Planejamento do enfermeiro na inserção social de crianças portadoras de sífilis congênita**. Faculdade Catolica Salesiana do Espírito Santo, Vitoria, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

PRESTES, M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4ª ed. São Paulo (SP): Rêspel, 2012.

RODRIGUES, C.S. Sífilis na Gestação e Puerpério: **Oportunidades estratégicas para sua prevenção e controle**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

SARACENI, V. et al. **Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 4, pp. 1244-1250, jul./ago. 2005

ANEXOS

ANEXO III

CD