



SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JANAÍNA ARAÚJO DA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA REDUZIR A INCIDENCIA DE SÍFILIS
MATERNA E CONGÊNITA**

TERESINA
2018

JANAÍNA ARAÚJO DA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS
MATERNA E CONGÊNITA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP,
como requisito para conclusão de graduação
em Bacharelado em Enfermagem.
Orientador: Prof. Dr. Everton Moraes Lopes

**TERESINA
2018**

JANAÍNA ARAÚJO DA SILVA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA REDUZIR A INCIDÊNCIA DE SÍFILIS
MATERNA E CONGÊNITA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP,
como requisito para conclusão de graduação
em Bacharelado em Enfermagem.
Orientador: Prof. Dr. Everton Moraes Lopes

Monografia aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Everton Moraes Lopes
Orientador

Prof.a. Msc. Cidianna Emanuely Melo do Nascimento
1º examinador

Prof.^a. Msc. Ruty de Sousa Melo
2º examinador

“Descubra quem você é e seja de propósito”.

Dolly Parton

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir essa conquista, pois o sonho foi realizado! É com satisfação e alegria que concluo uma das etapas mais importantes da minha vida. Exigiu muita luta, esforço e dedicação, mas agora vejo o quanto valeu a pena.

Agradeço a minha mãe, Ivonete Paula, e ao meu padrasto José Humberto, pelo imensurável amor e sacrifício que fizeram por mim, serei eternamente grata a vocês.

Agradeço ao meu irmão João Filho, ao meu pai João de Araújo, pelo apoio e carinho e ao meu namorado “DU”, pela dedicação, incentivo e cumplicidade nos momentos que mais precisei e a minha filha, meu bem mais precioso, Leewanne Yasmin meu maior incentivo de vida.

Agradeço também ao meu orientador, Everton Lopes pela paciência, conhecimentos transmitidos que possibilitaram a conclusão desse trabalho.

Jamais posso esquecer de agradecer as amigas que conquistei ao longo do curso, Francileide Lima, Isabel Cristina e Lidianne Priscilla: com vocês essa batalha foi mais divertida e menos árdua, obrigada pela amizade! Obrigada a todos os professores que estiveram comigo nesta jornada acadêmica me passando conhecimento.

Agora que venham os desafios da vida profissional!

SILVA, Janaína Araújo da. **Cuidados de enfermagem para reduzir a incidência de sífilis materna e neonatal.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Teresina- PI. Faculdade do Médio Parnaíba- FAMEP, 2018.

RESUMO

Introdução: Sífilis é uma infecção transmitida pela bactéria *Treponema pallidum* através de relações sexuais desprotegida, quando acomete gestantes é chamada de sífilis materna podendo ser transmitida para seu concepto denominando-a de sífilis neonatal. **Objetivo:** Descrever os principais fatores que influenciam para o aumento da sífilis gestacional e da sífilis congênita. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem metodológica qualitativa, com realização de pesquisa nos bancos de dados SciELO (Livraria Científica Eletrônica Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde). **Resultados e Discussão:** Embora a temática seja um problema que já acontece há muito tempo na saúde pública, ainda hoje gera discussões sobre o tema. A falta de assistência na Atenção Básica compromete tanto a gestante quanto o seu concepto. A literatura mostra uma carência de informações acerca do protocolo de abordagem dentro do ambiente da maternidade, porém é obrigatório toda gestante admitida na maternidade para parto ou abortamento imediatamente fazer um teste treponêmico ou não treponêmico. O enfermeiro é de grande importância para o controle da sífilis materna e neonatal, que se desenvolvem durante a gestação, podendo ser prevenida no decorrer do pré-natal. **Conclusão:** Os estudos apontaram que o controle e a diminuição da sífilis gestacional e congênita ainda são um desafio para os profissionais da saúde, especificamente para o enfermeiro, pois há necessidade de melhorias na assistência a atenção Básica, realizando um pré-natal de qualidade e para que isso aconteça o ideal é que os enfermeiros sejam capacitados e qualificados.

DESCRITORES: Sífilis neonatal. Sífilis materna. Enfermagem. Pré-natal.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Principais características dos estudos analisados.....	23
Quadro 2-Descrição dos objetivos e principais resultados das publicações sobre Sífilis gestacional e Sífilis congênita.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ESF – Estratégia Saúde da Família

ELISA – Enzimy-Linkedy immunossorbent Assay

FTA-Abs – Fluorescent Treponemal antibody-Absorption

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

IST's – Infecções sexualmente transmissíveis

LCR – Liquor cefalorraquidiano

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde

OMS - Organização Mundial Da Saúde

RN – Recém-nascido

RPR – Rapid Plasma Reagin

SUS- Sistema Único de Saúde

SC – Sífilis Congênita

SG – Sífilis Gestacional

SNC – Sistema Nervoso Central

SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação

TRUST – Toluidine Red Unheated Serum Test

VDRL – Venereal Diseases Research Laboratory

SciELO - Livraria Científica Eletrônica Online

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2Objetivos Específicos.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	14
3.2 Historia da Sífilis.....	14
3.3 Manifestações Clínicas.....	15
3.4 Diagnóstico Laboratorial da sífilis.....	16
3.5 Tratamento da sífilis.....	18
3.6 Epidemiologia da sífilis.....	19
4 MÉTODOS.....	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	Error! Bookmark not defined. 3
5.1 Caracterização das principais publicações encontradas.....	23
5.2 Fatores preponderantes para o aumento da sífilis em gestantes e recém-nascidos.....	27
5.3 Metodos adotados na maternidade para diminuir a incidência da sífilis gestacional e congênita.....	29
34.4 Atuação do enfermeiro para o controle da sífilis materna e gestacional.....	30
6 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção transmitida pela bactéria *Treponema pallidum* através de relações sexuais desprotegida, pode ser curável e é de exclusividade do ser humano. Podendo manifestar-se de várias formas clínicas e diferentes estágios: sífilis primária, secundária, latente e terciária (BRASIL, 2017).

Sífilis materna é conceituada como a infecção que acomete gestantes, que na realização do diagnóstico apresentam sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, podendo ter ausência de resultado de teste treponêmico que é realizado durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem (SÃO PAULO, 2008).

Sífilis congênita é uma infecção que quando não tratada na gestação pode ser transmitida para o recém-nascido (RN) através da via transplacentária. Pode ocorrer em qualquer momento da fase gestacional e não somente durante o parto, mas também através do cordão umbilical. Os principais fatores que revelam a probabilidade em que o RN pode ser acometido pela sífilis através da transmissão vertical é o estágio em que a gestante se encontra, igualmente o tempo de exposição do feto no útero (BRASIL, 2006a).

Quando a sífilis não é tratada com eficiência, a mesma pode evoluir para outros estágios a ponto de atingir a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e Sistema Nervoso Central (SNC). A sífilis congênita (SC) é classificada em dois períodos: a precoce; que pode surgir até o segundo ano de vida, e a tardia; que pode surgir após o segundo ano de vida. Com os sintomas de prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, lesão cutânea, periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (SÃO PAULO, 2008).

Nos últimos cinco anos, o Brasil tem vivido um grande alerta sobre o aumento no número de casos de sífilis tanto congênita, como gestacional e adquirida. Em 2016, foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 37.436 casos de Sífilis Gestacional, sendo 46,9% na Região Sudeste, 17,5 % na Região Nordeste, 17,7 % na Região Sul, 10,4 % na Região Norte e 7,5 % na Região Centro-Oeste e 20.474 casos de Sífilis Congênita, obtendo registro de 185 casos de mortalidade por essa infecção. O Estado do Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul tem evidenciado altos casos de sífilis congênita, sendo que no Rio de Janeiro os casos de óbitos têm sido de 18,1 óbitos para cada 1.000 nascidos vivo em menores de 1 ano de idade (BRASIL, 2017a).

A probabilidade de infecção materna para o recém-nascido nos primeiros meses da gestação é de 70 a 100%, e já nos últimos meses da gestação a probabilidade de o bebê ser infectado é de 30% (BRASIL, 2006b).

O interesse da temática proposta veio através de experiência profissional em uma maternidade de Teresina-PI ao observar o aumento significativo de casos de gestantes com sífilis e recém-nascidos com sífilis congênita. Espera-se que seja possível encontrar através dessa pesquisa métodos que venham diminuir a incidência de sífilis, contribuindo para a proteção das gestantes e RNs das infecções adquiridas por causa dessa patologia.

Esse trabalho é de grande relevância para o meio científico, assim como, para beneficiar as mães juntamente com seus filhos, tornando possível sim, ter uma gravidez tranquila e livre de infecções sexualmente transmissíveis através de um pré-natal de qualidade com profissionais da saúde qualificados de forma humanizada e eficiente.

A presente pesquisa teve como problemática: o que leva ao aumento de gestantes com sífilis e recém-nascidos com sífilis congênita? Que tem como hipótese inicial o aumento de casos de sífilis acontece principalmente por falta de conhecimento da população que não utiliza os meios adequados de prevenção e não busca o tratamento apropriado quando a doença já está diagnosticada. O enfermeiro deve realizar um pré-natal de forma adequada e humanizada

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever os principais fatores que influenciam para o aumento da sífilis

2.2 Objetivos Específicos

- Listar os fatores preponderantes para o aumento da sífilis em gestantes e recém-nascidos;
- Descrever os métodos para controle e diminuição da incidência de sífilis materna e neonatal;
- Descrever os procedimentos adotados na maternidade quando a parturiente é diagnosticada com sífilis;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Infecções sexualmente transmissíveis

As infecções sexualmente transmissíveis (IST's) são ocasionadas por contato sexual, e eventualmente por via sanguínea, podendo ser transmitida também pela mãe infectada durante a gestação para o concepto, durante o parto ou mesmo na amamentação. São transmitidas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, fungos bactérias e protozoários). (BRASIL, 2015a). As IST's estão associadas ao início das relações sexuais precoce, falta do uso de preservativo na primeira relação sexual e a parceria eventual. As IST's têm que ser incorporadas na agenda política dos movimentos que lutam pela saúde, da mesma forma que lutam por outros temas, como por exemplo: o aborto, morte materna e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), pois há uma grande conexão entre esses agravos (PINTO et al. 2018).

É de suma importância a detecção de portadores assintomáticos de ist's principalmente da sífilis, gonorreia e clamídias em gestantes e adolescentes. Para que haja o processo de controle das IST's, existe os princípios básicos para atenção a essas doenças que é a interrupção da cadeia de transmissão, ou seja, a precoce percepção dos casos, tratando as pessoas com a patologia e os seus respectivos parceiros adequadamente, evitar novas infecções através de orientações analisadas conjuntamente, contribuindo para a compreensão e seguimento das prescrições, favorecendo de forma positiva a pratica sexual mais segura (BRASIL, 2006a).

A sífilis gestacional causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano colocando 215.000 neonatos sob risco de morte prematura, baixo peso ao nascer ou sífilis neonatal. A infecção pelo HPV (Papiloma Vírus Humano) causa 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes/ano (BRASIL, 2015a).

3.2 História da sífilis

No final do século XV, na Europa a sífilis tornou-se conhecida como uma das principais pragas mundiais devido a sua rápida disseminação em todo o continente. O nome da infecção refletia a guerra, situação sociopolítica da Europa. Considerando sempre a doença uma modificação que a identificava com outro povo ou nação. Até chegar ao nome sífilis,

proveniente de um poema *Hieronymus fracastorius*, essa patologia era chamada de Mal espanhol, mal italiano e mal francês (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O agente etiológico da sífilis é denominado de *treponema pallidum*, e foi descoberto pelo Fritz Schaudin; zoologista e pelo dermatologista Paul Erich Goffman em 1905, que examinou uma amostra de pápula coletada da vulva de uma mulher infectada pela sífilis secundária, observando microscopicamente microrganismos espiralados, finos que se moviam para frente e para trás e giravam em torno de seu comprimento maior. No início chamaram de *Spirochaeta pallida* e depois de um ano passaram a chamar de *treponema pallidum*, que fisicamente era uma espiral fina com espiras regulares e pontas afiladas, possuindo cerca de 10 a 15 espiras e 8 micrômetros de comprimento. É uma bactéria impossível de ser cultivada em meios artificiais, com baixa resistência ao meio ambiente ocasionando um ressecamento muito rápido. Tem uma hipersensibilidade a ação do sabão e de outros desinfetantes, em objetos úmidos pode sobreviver por até 10 horas (BRASIL, 2010).

A sífilis é uma infecção crônica de evolução lenta, quando não tratada ou inadequadamente tratada pode ser sintomática ou assintomática, com manifestações clínicas, imunológicas e histopatológicas diferentes, divididas em três períodos: sífilis primária, secundária e terciária. Caso a sífilis secundária não seja tratada pode evoluir para períodos de latências: latência recente, com menos de um ano e latência tardia, com mais de dois anos de infecção (BRASIL, 2014).

Segundo São Paulo (2008), a sífilis congênita é transmitida através da propagação hematogênica do *t. pallidum* de uma gestante não tratada ou tratada inadequadamente para o recém-nascido, por via transplacentária. Sendo dividida em dois períodos: precoce, até dois anos de vida, ou tardia: surgindo após dois anos de vida.

3.3 Manifestações clínicas

Após o período de incubação que se dá entre 10 a 90 dias, começa a manifestar-se uma única lesão, o primeiro sintoma da sífilis primária no local de entrada da bactéria. Lesão chamada de cancro duro ou protossifiloma tem a base endurecida, não há dor, tem muita secreção serosa e treponêmica. Na sífilis secundária, quando não há o tratamento correto na primária, o treponema invade todos os órgãos e líquidos do corpo. Manifestando os sintomas: exantema (erupção) cutâneo, com grande quantidade de treponema e se apresentando em forma de máculas, pápulas ou de grandes placas eritematosas branco-acinzentadas, chamadas condilomas lata, se desenvolvendo no corpo nas partes úmidas. Após o desaparecimento dos sinais e sintomas na sífilis secundária a patologia evolui para a fase latente da doença, nessa

fase não há manifestações clínicas. A sífilis terciária pode demorar 20 ou mais anos para manifestar os seus sinais sintomas, vindo em forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos, definida por formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, podendo ocasionar em qualquer parte do corpo inclusive no esqueleto ósseo. A neurossífilis e a sífilis cardiovasculares são as manifestações mais graves (BRASIL, 2010).

Quando a sífilis não é tratada com eficiência, a mesma pode evoluir para outros estágios a ponto de atingir a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central. Os sintomas que podem ser apresentados pelo recém-nascido acometido pela sífilis são: prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesão cutânea (pênfigo sífilítico, condiloma plano, petéquias, púrpura, fissura peribucal), periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (SÃO PAULO, 2008).

Na sífilis neonatal tardia as principais manifestações que se desenvolvem são: tibia em “lamina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz em “sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado. Mães não tratadas podem sofrer aborto espontâneo, bem como o bebê pode vir a óbito durante a gestação ou no momento do parto (BRASIL, 2006b).

3.4 Diagnóstico laboratorial da sífilis

O teste laboratorial é feito conforme o estágio da infecção e através de técnicas variadas. A pesquisa direta do *treponema pallidum* só é feita nas lesões de pessoas infectada pela doença na fase primária e em alguns casos da fase secundária (placas ou condilomas planos). Os exames microbiológicos podem ser realizados pelo cordão umbilical, placenta e nas lesões cutâneo-mucosa das crianças (BRASIL, 2012).

Para o teste laboratorial da sífilis podem ser usados os testes treponêmicos e não treponêmicos. Nos testes treponêmicos são usados os antígenos *treponema pallidum* e detectam anticorpos antitreponêmicos. São realizados qualitativamente. Já nos testes não treponêmicos são detectados anticorpos não treponêmicos, antigamente denominados de anticardiolipínicos, reagínicos ou lipoídicos. Podem ser classificados em qualitativos e quantitativos. Qualitativos são utilizados rotineiramente, como teste de triagem com intuito de

determinar se uma amostra é reagente ou não. Quantitativos são utilizados para monitorar a resposta ao tratamento. E determinam o título dos anticorpos presentes nas amostras que no teste qualitativo tiveram resultados reagentes (BRASIL, 2010). Os testes treponêmicos são qualitativos e específicos. Confirmando a infecção, não especificam se a patologia é uma infecção ativa ou cicatriz sorológica (BRASIL, 2012).

A gestante deve realizar o teste para sífilis duas vezes durante o pré-natal, onde a primeira deve ser realizada no primeiro trimestre da gravidez e a outra no terceiro trimestre. O primeiro teste pode ser realizado o teste rápido ou convencional (Elisa – Enzyme-linked immunosorbent assay, FTA-abs Fluorescent Treponemal Antibody Absorption, TPH, etc.) e o segundo teste são o VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), RPR- Rapid Test Reagin, TRUST- Toluidine Red Unheated Serum Test e entre outros (BRASIL, 2010, BRASIL, 2017a).

Quando há mãe com VDRL reagente na gestação ou no parto, deve ser realizado a coleta de sangue periférico do bebê, para o teste não treponêmico, bem como solicitar exames de liquor, raio-X de ossos longos e hemogramas (SÃO PAULO, 2008). Nos recém-nascidos não reagentes, e que estejam com suspeita epidemiológica, deve ser realizado novos testes sorológicos após o terceiro mês pela possibilidade de positividade após o período de incubação do agente etiológico (BRASIL, 2006b).

A cicatriz sorológica ou memória da sífilis se dá quando o tratamento é feito adequadamente, mas mesmo assim, a titulação dos testes treponêmicos; que tende a diminuir em 6 a 12 meses, permanecem baixos por longos períodos ou até mesmo a vida toda. A reação falsa positiva pode ocorrer quando um exame de VDRL apresenta títulos baixos, podendo caracterizar-se por uma reação cruzada com as alterações inflamatórias das patologias do colágeno. Pode ainda ser representado por uma doença antiga maltratada ou mesmo uma sífilis recente, cujos títulos estão em ascensão (BRASIL, 2012).

Os testes rápidos detectam com rapidez os anticorpos treponêmicos, isso acontece mediante ao seu desenvolvimento, pois é baseado em sua grande maioria nas técnicas de imunocromatografia ou de fluxo lateral e podem ser manuseados em ambientes sem infraestrutura laboratorial (BRASIL, 2010).

Nas unidades básicas de saúde poderá ser realizado o teste rápido treponêmico como triagem para detectar sífilis em gestantes e em seus parceiros particularmente na rede cegonha (SÃO PAULO, 2016). O uso de testes rápidos em maternidades tem grandes vantagens no que se refere a rapidez no diagnóstico, pois evita que a puérpera necessite de uma internação para aguardar o resultado do teste da sífilis (BRASIL, 2017a).

3.5 Tratamento da Sífilis

De acordo com o ministério da saúde (2015a), a medicação de escolha para o tratamento da sífilis é a penicilina, tendo a ceftriaxona como medicação alternativa para gestantes alérgicas a penicilina. Mulheres com infecção de até um ano de duração recomenda-se dose única de penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, IM em cada glúteo, e para infecções com mais de um ano de duração o recomendado é que seja administrado semanal a penicilina G benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, com doses iguais em cada glúteo por três semanas, somando o total de 7,2 milhões de UI. A gestante deve ser acompanhada mensalmente para avaliação com teste não treponêmico. Caso haja possibilidade de falha terapêutica, será indicado retratamento. O tratamento da sífilis nas gestantes é completo quando é feito com penicilina, finalizado em até 30 dias antes do parto. O parceiro também deve ser incluído no tratamento (SÃO PAULO, 2008).

Caso haja comprovação que a gestante seja alérgica a penicilina a mesma deverá ser encaminhada para um centro de referência para realizar a dessensibilização (BRASIL, 2012). Se houver confirmação de alergia, a gestante será tratada com eritromicina (estearato), tornando essa forma de tratamento inadequada podendo transmitir a doença para o feto, tornando obrigatoriamente a investigação e o tratamento neonatal após o nascimento do RN (SÃO PAULO, 2008)

No caso da sífilis congênita a medicação de escolha para o tratamento também é a penicilina, que oferece menos efeitos adversos no período neonatal. As drogas mais utilizadas nessa infecção é a penicilina cristalina ou procaína e a benzatina, sendo mais eficiente a cristalina, pois tem níveis liquorícos altos e constantes, podendo atingir ou manter os níveis treponêmicos em nível de sistema nervoso central (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Em recém-nascidos de mães com sífilis tratada ou inadequadamente tratada, independente dos resultados de exames específicos para diagnosticar essa doença na impossibilidade de realizar tal exames o caso será tratado com neurosífilis. 1-Havendo alguma alteração clínicas/sorológicas, hematológica ou radiológica o tratamento será feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/kg/dose administrada por via endovenosa cada 12 horas, nos primeiros 7 dias de vida, após os 7 dias de vida a cada 8 horas por 10 dias ou dose única diária de penicilina G procaína 50.000 UI/kg intramuscular, durante 10 dias. 2- A penicilina G benzatina 50.000UI/kg/dose a cada 12 horas por via endovenosa nos primeiros 7 dias de vida será usada caso haja alterações liquorícas, e após 7 dias de vida será usada a cada 8 horas durante 10 dias. 3-Se a sorologia for negativa e não houver alterações

clínicas/radiológicas, hematológicas ou líquóricas, o tratamento será feito com penicilina G benzatina de 50.000 UI/kg na dose única por via intramuscular, será se suma importância que após o tratamento seja feito o acompanhamento obrigatoriamente, incluindo o seguimento com VDRL sérico, caso não seja possível o acompanhamento o recém-nascido deverá ser tratado de acordo com o esquema 1. Se houver alterações clínicas/sorológicas hematológicas sem alterações líquóricas, o meio mais correto de se tratar será o esquema 1. O esquema 2 será eficiente caso haja alterações líquóricas. Se o RN for assintomático e o VDRL não for reagente, proceder o acompanhamento clínico e laboratorial, caso seja impossível esse acompanhamento, tratar com penicilina G benzatina 50.000 UI/kg dose única intramuscular. Caso não haja sintomas e o VDRL for reagente com titulação maior ou igual ao materno, o recém-nascido deverá ser acompanhado clinicamente, se não for possível o acompanhamento clínico, deverá investigar e tratar com o esquema 1, se não houver alteração de líquido cefalorraquidiano – LCR ou esquema 2 se houver alteração LCR (BRASIL, 2006b)

3.6 Epidemiologia da Sífilis

Desde 2005, a sífilis gestacional é uma doença de notificação compulsória, portanto, para que haja ação de prevenção, controle desse agravo é essencial que seja feita a identificação dos casos. Após a confirmação de diagnóstico deve ser preenchido uma ficha de notificação e remete-la ao órgão de competência do seu município (BRASIL, 2012). No Brasil e em outras regiões a sífilis tem aumentado em mulheres e em gestantes-adolescentes. Em São Paulo, no ano de 2012, 20% das gestantes com sífilis eram menores de 19 anos (BRASIL, 2015a).

Nos últimos cinco anos, o Brasil tem vivido um grande alerta sobre o aumento no número de casos de tanto congênita como gestacional e adquirida, causada pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, bem como consequente redução do uso de preservativos durante a relação sexual, resistência dos profissionais a administração da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), essa medicação tem tido sua produção bastante reduzida pelos laboratórios, devido ser de baixo custo e os laboratórios terem buscado maior interesse na fabricação de outros medicamentos de altos custos que trazem grandes lucros aos empresários, trazendo indisponibilidades da penicilina pelos usuários que fazem uso da mesma para seu tratamento. No ano de 2016, ao comparar a taxa de detecção de sífilis gestacional e a taxa de incidência de sífilis neonatal nota-se que nas capitais de Teresina, João Pessoa, Natal, Fortaleza, Maceió, Recife, Aracaju e Porto Alegre a

taxa de incidência de SC foi maior que a taxa de detecção de SG, o que remete uma possível falha do diagnóstico na gestação, uma notificação imprópria como sífilis adquirida ou do sistema de vigilância epidemiológica dessas cidades (BRASIL, 2017a).

Em 2016, foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 37,436 casos de sífilis gestacional, sendo 46,9% na Região Sudeste, 17,5% na Região Nordeste, 17,7% na Região Sul, 10,4% na Região Norte e 7,5% na região Centro-Oeste e 20,474 casos de sífilis congênita, obtendo registros de 185 casos de mortalidade por essa infecção. Os maiores números de casos têm sido na região Sudeste do Brasil, em destaque o estado do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. O estado do Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul têm evidenciado altos casos de sífilis congênita, sendo que no Rio de Janeiro, os casos de óbitos têm sido de 18,1 óbitos para cada 1000 nascidos vivos em menores de 1 ano de idade (BRASIL,2017a).

A probabilidade de infecção materna para o recém-nascido nos primeiros meses da gestação é de 70% a 100%, e já nos últimos meses da gestação a probabilidade de o bebê ser infectado é de 30%. Pode ser transmitida durante o parto vaginal se a mãe tiver presença de lesões na genitália e durante a amamentação se houver presença de lesão mamária causada pela sífilis (BRASIL, 2006b). As mulheres que são mais atingidas pela sífilis durante a fase gestacional são aquelas que tem baixa escolaridade, de cor parda ou preta e que não recebem uma assistência no pré-natal, sendo atendidas em hospitais públicos, desse modo, esse grupo deve receber maior atenção nos programas de combate a sífilis durante a idade gestacional (DOMINGUES et al. 2014).

4 MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura com abordagem metodológica qualitativa, considerada assim, por ser coletado os dados recentes referentes aos que já foram publicados sobre o tema por outros autores

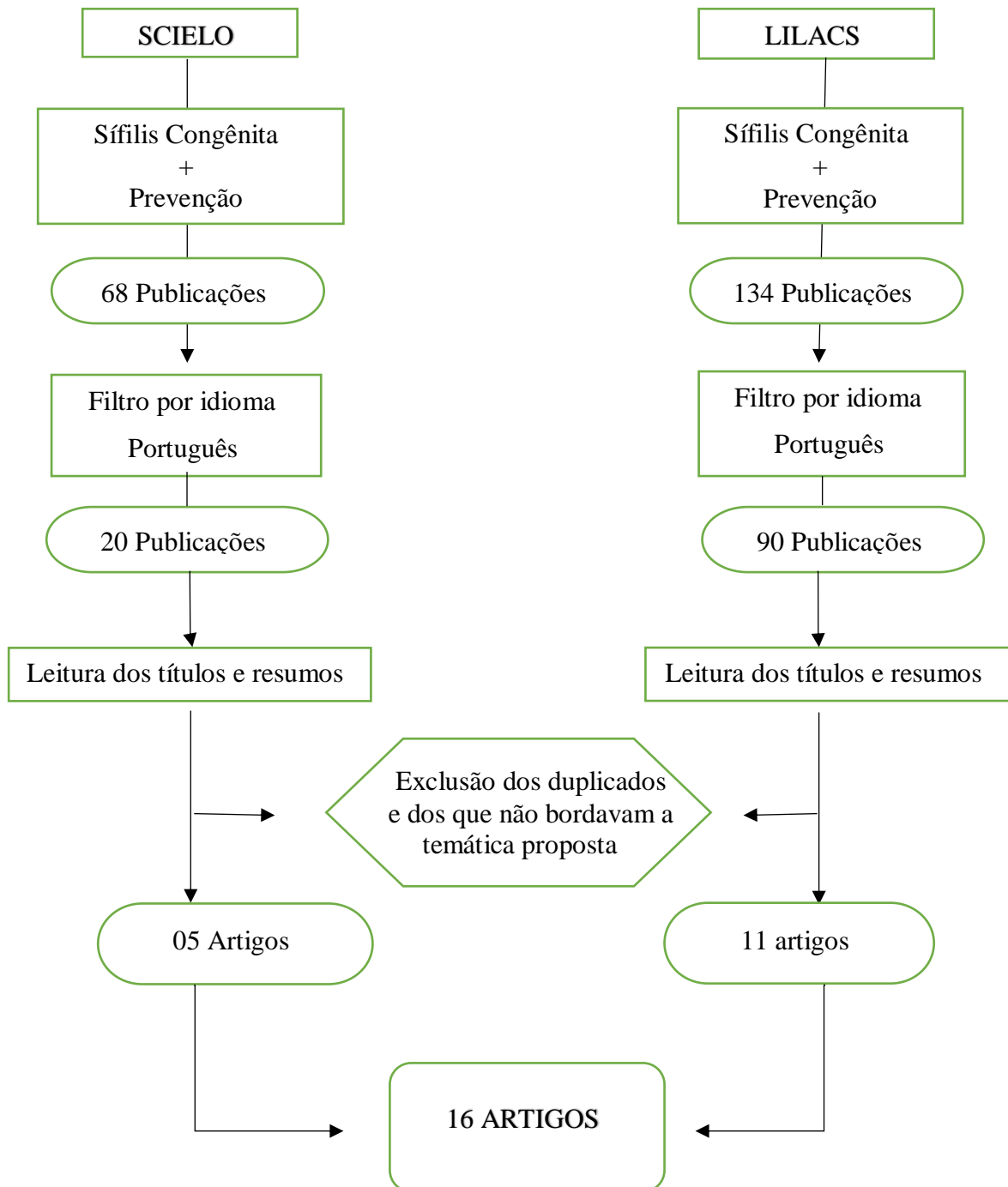
A coleta de dados foi feita a partir de publicações de artigos relacionados ao tema em questão, encontrados em SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os seguintes descritores: sífilis congênita e prevenção.

Foram adotados como critérios de inclusão dos artigos, trabalhos publicados a partir de 2008 até 2018, como meio de comparação dos dados coletados por cada artigo, artigos que houvessem a combinação de dois descritores no título. Foram excluídos artigos publicados em outro idioma diferente do português, revisão de literatura, artigos que não estavam com o documento completo na íntegra nas bases de dados.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram lidos títulos e resumos para a triagem inicial, e após a seleção foi realizada a leitura dos artigos. Serão extraídos: ano de publicação, base de dados, revista científica, local, autor e métodos de controle para diminuir a incidência de casos de sífilis gestacional e congênita.

As publicações encontradas estão apresentadas na figura 1, que mostra que a busca foi iniciada pelo SciELO, onde utilizamos a palavra-chave “sífilis congênita” associada a “prevenção”, mostraram a existência de 68 publicações. Usando o filtro por idioma português reduziu para 20, após a leitura dos títulos e resumos e dos 4 artigos duplicados restaram apenas 05 artigos adequados a temática. O mesmo procedimento de pesquisa foi repetido na base de dados científicos LILACS onde a primeira busca nos reportou a 134 publicações, após o uso do filtro por idioma português diminuiu para 90 publicações, utilizando o filtro dos últimos 10 anos reduziu para 51 publicações, incluindo monografias, dissertações e teses, quando filtramos apenas os artigos, restaram 27 publicações, após a leitura dos títulos e resumos restaram 12 artigos de acordo com o tema proposto. Desse modo, ao final foram analisados 05 do SciELO e 11 do LILACS totalizando 16 publicações que atenderam plenamente aos critérios.

Figura 1. Fluxograma explicativo das seleções das publicações que foram encontradas nas bases de dado SCIELO e LILACS



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das principais publicações encontrados

Os artigos foram lidos e caracterizados em diferentes quadros. No quadro 1 foram incluídos todos os artigos que descrevem a sífilis gestacional e sífilis congênita, esse quadro está dividido em autor, ano de publicação, revista, tipo de estudo e local de pesquisa acerca dos Cuidados de Enfermagem para reduzir a Incidência de Sífilis Materna e Neonatal.

Quadro 1 – Principais características dos estudos analisados

Autor	Ano	Revista	Tipo de estudo	Local de pesquisa
Cardoso et al.	2018	Ciência e saúde	Pesquisa de campo	Ceará
Andrade et al.	2018	Paul pediatria	Estudo de caso	São Paulo
Lima et al.	2017	J.Health Biol.	Pesquisa de campo	Ceará
Guanabara et al.	2017	Saúde publica	Estudo de caso	Fortaleza
Lazarini; Barbosa	2017	Latino-Americano Enfermagem	Pesquisa de campo	Paraná
Beck; Sousa	2017	Online de pesquisa	Revisão de literatura	Rio de janeiro
Ramos; Figueiredo, Succi	2014	Bras. Epidemiológica	Estudo de caso	São Paulo
Silva et al.	2014	Texto Contexto Enfermagem	Pesquisa de campo	Fortaleza
Araújo et al	2014	Cad. Saúde Coletiva	Pesquisa de campo	Ceará
Domingues	2013	Saúde publica	Pesquisa de campo	Rio de janeiro
Araújo et al	2012	Saúde publica	Pesquisa de campo	Brasil
Saraceni, Miranda	2012	Cad. Saúde Coletiva	Estudo de caso	Rio de Janeiro
São Paulo	2011	Saúde publica	Revisão de literatura	São Paulo
Andrade et al.	2011	J. Bras. Doenças Sex. Transm.	Pesquisa de campo	Fortaleza
Ramos; Junior	2009	APS	Pesquisa de campo	Fortaleza
Almeida,	2009	Revista brasileira	Pesquisa de campo	Goiás

Lindolfo, Alcântara		de análises clínicas		
------------------------	--	----------------------	--	--

Os dados apresentados no quadro abaixo evidenciam que embora a temática seja um problema que já acontece a muito tempo na saúde pública, ainda hoje gera discussões sobre o tema, visto que, seis publicações (37,5%) são dos últimos dois anos, destacando assim um interesse atual no tema pela comunidade científica. Em relação ao tipo de estudo a maioria são estudos originais, divididos entre estudos de caso e pesquisas de campo com 14 publicações os dois (87,5%).

O quadro 2 descreve os objetivos e os principais resultados das publicações a respeito da sífilis congênita e gestacional. Esse quadro está dividido em: referência, objetivo e resultado final.

Quadro 2- Descrição dos objetivos e principais resultados das publicações sobre Sífilis gestacional e Sífilis congênita.

Referencia	Objetivo	Resultado Final
Cardoso et al., 2018	Analisar casos notificados de SG e os possíveis desfechos para o feto e o RN em Fortaleza - CE.	Gestantes com sífilis e RN com SC não estão recebendo assistência adequada. Boa parte os desfechos de natimortalidade, óbito infantil e aborto poderiam ter sido evitados com o manejo adequado da gestante.
Andrade et al., 2018	Descrever um caso de sífilis congênita tardia, e identificar as oportunidades perdidas nas diversas fases/ níveis da atenção á saúde, que realizaram a tardiamente o diagnóstico	O caso clinico dessa doença tardia, aponta para a necessidade de atenção e cumprimento das ações preconizadas pelo MS no cuidado a gestante e ao RN em relação a SC, no sentido de identificar e tratar essa doença precocemente.
Lima et al. 2017	Analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Sobral, Ceará	O perfil aponta para uma aceleração da incidência de casos no período analisado, embora dados mais recentes de 2015 apresentem redução significativa da notificação, a ocorrência desses casos está amplamente relacionado a falha no tratamento da gestantes infectadas
Guanabara et al. 2017	Avaliar o acesso de gestantes as tecnologias para a prevenção e controle da sífilis congênita.	As gestantes não têm acesso as diferentes tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita, situação que inviabiliza o diagnóstico precoce da sífilis e possivelmente contribui possivelmente para os péssimos indicadores de sífilis.

Lazarini; Barbosa, 2017	Avaliar a eficiência da intervenção educacional no conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica e verificar o impacto nas taxas de transmissão vertical da sífilis congênita.	A intervenção educativa interferiu na melhoria da detecção precoce da sífilis gestacional e acarretou a redução da taxa de transmissão vertical.
Beck; Souza, 2017	Identificar as publicações acerca do cuidado de enfermagem frente a ocorrência da sífilis congênita.	A participação do profissional de saúde é primordial, principalmente do enfermeiro, visto que a partir de suas ações adequadas baseadas no conhecimento técnico-científico podem interferir diretamente no controle da SC.
Ramos; figueiredo; Succi, 2014	Identificar possíveis entraves ao controle da transmissão vertical da sífilis e HIV	As dificuldades no sistema de referência e contareferência dessas mulheres e seus bebês são evidentes entraves ao controle da transmissão vertical desses agravos.
Silva, et al. 2014	Verificar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza – CE	É possível que o desconhecimento dos profissionais da ESF acerca do manejo da gestante com sífilis esteja refletindo ações que precisam ser reforçadas por meio de capacitações, como também de supervisões de serviços, afim de promover assistência de qualidade a gestante com sífilis.
Araújo et al., 2014	Avaliar a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de saúde para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza – CE	O controle da SC passa necessariamente pelas ações desenvolvidas na atenção primária, considerada a porta de entrada do sistema de saúde. As condições estruturais e o processo de trabalho encontrado nessas unidades podem dificultar o bom desempenho dos profissionais nos cuidados prestados a clientela
Domingues et al., 2013	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis	A trajetória assistencial das gestantes mostrou falha na assistência. Estratégias inovadoras, que incorporem melhorias na rede de apoio diagnóstico, são necessárias para enfrentamento da SG, no manejo clínico da doença na gestante e seus parceiros e na investigação dos casos como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal
Araújo et al., 2012	Estimar a incidência da sífilis congênita e identificar sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família.	Há tendência de aumento de SG no Brasil. Observa-se uma associação negativa entre a incidência de SC em municípios com altas coberturas da Saúde da Família, mas após controle de covariáveis, esse efeito pode ser atribuível a cobertura de pré-natal e a característica demográficas dos municípios nos quais essa Estratégia foi prioritariamente implantada

Saraceni; Miranda,2012	Correlacionar as informações disponíveis em sistemas nacionais de informação em saúde sobre notificações de sífilis em gestante, sífilis congênita e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família.	A análise de dados, mostra que ainda há um grande caminho a percorrer para a eliminação da SC. A cobertura ESF chama atenção para a ampliação do cuidado atrelada a expansão inevitável, que pode ser o que faltava para a eliminação. A ESF é privilegiada para o diagnóstico precoce da sífilis na gestação e a consequente eliminação da sífilis congênita
São Paulo, 2011	Descrever estratégias para eliminar a transmissão vertical do HIV e da sífilis no estado de São Paulo	A eliminação da transmissão vertical desses agravos pode ser alcançados se forem prevenidos, diagnosticados e tratados adequadamente no pré-natal; com a triagem laboratorial de todas as gestantes, e ao parto com o tratamento oportuno e adequado também ao parceiro sexual.
Andrade et al. 2011	Analisar o conhecimento dos enfermeiros da ESF de Fortaleza-CE, acerca das ações de prevenção, tratamento e controle da sífilis na gestação	Os enfermeiros da ESF não tem conhecimento adequado acerca das ações que envolvem a prevenção e controle das gestantes.
Ramos; Junior, 2009	Descrever aspectos epidemiológicos e operacionais do controle da transmissão vertical do HIV e do <i>treponema pallidum</i> no município de Fortaleza.	Falhas vem sendo identificadas em várias etapas no controle como o diagnóstico tardio das infecções e demora do início do acompanhamento no pré-natal e o tratamento inadequado da sífilis. Assim, torna-se evidente que mesmo com os avanços alcançados nos últimos anos, a implementação das ações de controle da doença, principalmente no pré-natal, mantém-se como um desafio a ser alcançado no Brasil.
Almeida; Lindolfo; Alcântara, 2009	Diagnosticar casos de sífilis entre gestantes da rede pública de Anápolis- Goiás e avaliar o perfil socioeconômico das mesmas.	A frequente utilização de preservativo e o conhecimento geral sobre sífilis mostraram-se insatisfatório. Os dados da Secretaria Municipal de Saúde e do SINAN sobre a sífilis congênita mostraram divergências. Portanto torna-se evidente a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica do município, através da implementação de medidas capazes de prevenir sífilis congênita e erradicá-la

Com base nos dados coletados, nota-se que a falta de assistência na Atenção Básica compromete tanto a gestante quanto o seu conceito. O pré-natal não está sendo realizado de forma eficiente, e os profissionais não estão capacitados para esse tipo de assistência. Desse modo, observa-se a importância de um pré-natal com qualidade e profissionais qualificados

para que essa assistência seja realizada da melhor forma possível para a gestante e seu bebê. É imprescindível prevenir, diagnosticar precocemente e fazer o tratamento para a sífilis de forma correta incluindo seus parceiros para que o tratamento seja completo.

5.2 Fatores preponderantes para o aumento da sífilis em gestantes e recém-nascidos

Andrade et al. (2018) o aumento da sífilis ocorre pela falta de diagnóstico durante a gestação; fazendo a sorologia materna no terceiro trimestre da gravidez, na internação para o nascimento do bebê, com o teste rápido e VDRL e após o parto com exames específicos para o RN. Isso mostra uma falha na atenção básica nos níveis secundário e terciário a saúde da mulher e da criança, principalmente na qualidade do pré-natal, identificando precocemente a infecção pelo treponema.

O tratamento inadequado das gestantes e dos parceiros sexuais, a falta de realização de exames preconizados pelo ministério da saúde para detectar a sífilis tanto nas gestantes quanto nos recém-nascidos tem contribuído em boa parte para o aumento da sífilis, natimortalidade, óbito infantil e abortamento podendo ser evitado através do manejo adequado das gestantes (CARDOSO et al. 2018).

Segundo Guanabara et al (2017) o difícil acesso a consulta do pré-natal e a forma de realização do mesmo (rápido e mecânica), faz com que não haja o acolhimento adequado a gestante, dificultando o vínculo entre a mesma e o profissional da saúde. Durante o pré-natal as gestantes não são priorizadas e não tem acesso as tecnologias e tratamento para a sífilis, quando são diagnosticadas com a infecção não tem o acompanhamento adequado das questões referentes ao tratamento principalmente dos seus parceiros.

Segundo Domingues et al. (2013) o aumento da incidência da sífilis gestacional ocorre devido a qualidade da assistência ao pré-natal ser ineficiente; iniciando-o tardiamente e com números de consulta menor que o previsto, a cor, a baixa escolaridade, as condições socioeconômicas também estão relacionadas ao aumento desta infecção. O manejo inadequado das gestantes, principalmente a falta de oportunidade de um diagnóstico e tratamento para a sífilis durante a gestação, o tratamento inadequado ou inexistente do parceiro contribui na difícil tarefa de controle da sífilis neonatal.

A falta de conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para o manejo adequado das gestantes com sífilis dificulta um pré-natal eficiente de qualidade, com diagnóstico e tratamento correto das mulheres em seu melhor momento (SILVA et al. 2014).

A baixa escolaridade, a falta de informação e registro de procedimentos feitos durante o pré-natal, o número de consultas menor que o priorizado pelo Ministério da Saúde mostram a baixa qualidade da assistência na Estratégia Saúde da Família, a importância de priorizar gestantes adolescentes com um acompanhamento adequado dando ênfase em uma gestação de alto risco dificulta o controle desta doença e sua transmissão vertical, aumentando o risco de propagação da mesma (RAMOS; JUNIOR, 2009).

Em algumas regiões ainda há um pré-natal de qualidade precária onde a assistência a gestante é inferior ao desejado, apesar de existir intervenções que estejam preconizadas e teoricamente recomendadas para as mulheres infectadas durante a gestação e seus filhos. O difícil acolhimento, aconselhamento e diagnóstico laboratorial da infecção provido pelas redes, assim como o acompanhamento insuficiente a mulheres submetidas a testes para diagnóstico da sífilis no pré-natal principalmente nas populações mais vulneráveis, por isso essa infecção se torna cada vez mais alarmante (SÃO PAULO, 2011).

A alta proporção da sífilis gestacional e congênita está associada a estratificação de risco da gestante, ao número de consulta no pré-natal, no trimestre realizado o pré-natal ao tratamento da infecção pela sífilis da gestante e do seu parceiro, e o VDRL de sangue periférico realizado em Rn com infecção por sífilis e a estratificação de risco do mesmo (SOARES et al. 2017).

O aumento da sífilis no período gestacional só será diminuído quando as medidas de controle e prevenção da doença corresponderem o desejado. A maioria das gestantes são solteiras com baixa escolaridade, início da primeira consulta do pré-natal tardia, diagnóstico de sífilis porém sem realização do tratamento precoce das gestantes antes do parto e nem o tratamento adequado dos seus parceiros (DANTAS et al. 2017).

As mulheres com baixa escolaridade de cor da pele parda ou preta que recebem assistência na atenção básica de saúde pública sem acompanhamento ao pré-natal são as mais favoráveis e são os fatores no qual tem aumentado a sífilis (DOMINGUES, 2014). Observou-se também que o aumento dessa doença ocorre de fato, devido as ações e esforços para o fortalecimento dos serviços de pré-natal, bem como da assistência ao parto, da neonatologia e também devido ao aumento realização do diagnóstico e da notificação de casos (NOGUEIRA; CARMO; NONATO, 2014).

Nos últimos cinco anos, observou-se o aumento de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita, devido a ampliação da cobertura de testagem, no aumento do uso de testes rápidos, a decadência no uso dos preservativos, a difícil administração de penicilina por

parte dos profissionais na Atenção Básica e o desabastecimento mundial das penicilinas, além da melhoria no sistema de vigilância, notificando os casos da doença (BRASIL, 2017a)

5.3 Métodos adotados na maternidade para diminuir a incidência da sífilis gestacional e congênita

Os artigos encontrados não citam os procedimentos adotados nas maternidades para diminuir a sífilis, citam apenas métodos realizados na atenção básica, durante o pré-natal. Independente de resultados de exames feitos durante o pré-natal pela gestante ao ser admitida em uma maternidade para parto ou curetagem por abortamento deve ser realizado o VDRL. Recém-nascidos de mães com VDRL reagentes na gestação ou mesmo no parto, deverá colher amostra de sangue periférico para testagem com VDRL, independente de resultados realizados no pré-natal (BRASIL, 2006b).

Na sífilis neonatal o que deve ser levado em consideração durante o seguimento clínico e laboratorial é que após a confirmação do diagnóstico deve ser feita a notificação do caso, até os 6º meses de vida deverá ser realizado mensalmente consultas ambulatoriais, após o 6º a 12º meses essa consulta será bimestral; com 1, 3, 6, 12 meses de idade realizar testes não treponêmicos, cancelando o seguimento após dois exames não treponêmicos negativos e consecutivos; para confirmação de casos, após 18 meses de idade realizar o teste treponêmico; se até os 18 meses de idade, não ocorrer a negativação ou houver aumento do VDRL, reinvestigar a criança e proceder ao tratamento; após os 18 meses de idade realizar os teste treponêmico para confirmação do caso; se forem observados clinicamente sinais compatíveis com a infecção pela SC, os exames imunológicos deveram ser repetidos, mesmo estando fora do período previsto acima; crianças com diagnósticos de SG é recomendável que sejam acompanhadas por oftalmologista, neurologista e audiologista semestralmente por dois anos. Em crianças com alterações no resultado de LCR, a cada 6 meses deverá ser feito uma reavaliação líquórica até normalizar; caso a criança seja tratada inadequadamente, em relação a dosagem da medicação ou ao tratamento preconizado, deve haver a reavaliação clínico/laboratorial da criança e reiniciar o tratamento adequado (BRASIL, 2015a).

Durante a gestação ou no momento do parto, a mulher tratada por sífilis, deverá ter o acompanhamento com VDRL no pós-parto com intervalos trimestrais. Geralmente no primeiro ano, os testes tendem a negativar, tornando assim possível a alta ambulatorial, se o parceiro não for tratado ocorrerá a elevação dos títulos em duas diluições, podendo indicar uma possível reinfecção (BRASIL, 2012).

Sobretudo a literatura mostra uma carência de informações acerca do protocolo de abordagem dentro do ambiente da maternidade, porém é obrigatório toda gestante admitida na maternidade para parto ou abortamento imediatamente fazer um teste treponêmico ou não treponêmico. Na sífilis congênita a triagem é feita através do histórico clínico epidemiológico da mãe realização de exames físicos avaliar juntamente com os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos

5.4 A atuação do enfermeiro para o controle da sífilis materna e neonatal

A sífilis é uma infecção que apresenta diagnóstico e tratamento com recursos de baixo custo, porém o seu controle ainda é um desafio os órgãos públicos devido ao seu alto alerta de incidência no mundo, causando danos e marcas irreversíveis a quem é acometido por ela (MACHADO; TERRA, 2016).

Métodos de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer as gestantes uma assistência ao pré-natal de forma adequada e humanizada. Isso é evidenciado pelo Ministério da Saúde quando este aponta que as medidas de controle são:

- a) Captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- b) Realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- c) Realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes recém-diagnosticadas ou em seguimento;
- d) Instituição do tratamento e seguimento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica,
- e) Notificação dos casos de sífilis congênita (BRASIL, 2006b, p. 34)

Conforme Magalhães et al. (2013) a qualidade do pré-natal não é o único fator contribuinte para a redução de casos da sífilis congênita e gestacional, mas também o fortalecimento da vigilância epidemiológica, registros apropriados e garantia de tratamento oportuno e eficiente até mesmo dos parceiros, bem como acolhimento da gestante e identificação de suas reais necessidades. Isso pode gerar uma organização do serviço de saúde, tornando-o mais efetivo na melhoria da qualidade da assistência e na detecção precoce da sífilis.

A qualidade dos resultados dos exames é de suma importância para que haja a diminuição da doença. Para que isso aconteça os processos devem ser padronizados, controle

da qualidade, desde a aquisição dos insumos e reagentes até a emissão do resultado, e os profissionais envolvidos devem ser treinados e comprometidos (BRASIL, 2010).

Segundo Andrade et al., (2011) o tratamento para a sífilis não pode ser prescrito pelo enfermeiro, porém o mesmo deve atuar com a equipe na realização de consultas no pré-natal, orientações e seguimentos das mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação. Para controlar a sífilis no recém-nascido é preciso que haja um diagnóstico e um tratamento eficiente e de baixo custo, visto que essa é uma doença que pode ser evitada através de um pré-natal com qualidade.

Para que haja o controle da SG e da SC faz-se necessário a melhoria nas ações para a prevenção nos serviços de saúde na atenção básica, enfatizando a detecção precoce das gestantes, diagnosticando e tratando adequadamente a sífilis adquirida além de tratar concomitantemente seus parceiros desde o início da gestação da sua companheira, orientando-os a respeito dos riscos que essa infecção pode trazer ao seu bebê. Para lidar com esses casos é de suma importância que os profissionais se dediquem mais, por meio de busca ativa, buscando uma aproximação e sensibilizando os pais a terem consciência do tratamento fazendo com que se sintam responsável pela saúde do seu filho (LIMA et al. 2017).

É essencial que o profissional de enfermagem e a comunidade se conscientize da importância de diagnosticar precocemente a sífilis e o tratamento eficaz da gestante e seu parceiro. As gestantes mais prejudicadas ou vulneráveis que faltam a consulta do pré-natal devem ser feitas a busca ativa pela equipe multiprofissional realizando ações para a conscientização da população a respeito do risco da prática sexual insegura e a importância do autocuidado (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Conforme Campos et al. (2010) para que aconteça o controle da Sífilis gestacional e consequentemente o controle da sífilis congênita é necessário que haja um comprometimento dos profissionais da saúde e dos gestores na qualidade dos serviços prestados na atenção básica durante o pré-natal, dando importância aos registros de acompanhamento das gestantes e também melhorando as informações registradas nos prontuários e cartões das gestantes.

No Brasil é evidente falha nas ações de prevenção e de controle da sífilis e que as três esferas do governo não se esforçam o suficiente para que haja esse controle, inclusive a sífilis neonatal, onde há centros especialmente capacitados para este fim as ações não foram efetivas. É necessário que as gestantes sejam detectadas precocemente e integrada ao pré-natal para a realização de todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde e caso seja diagnosticada com exames positivos para sífilis disponibilizar o tratamento adequado para ela e seu parceiro (RODRIGUES et al., 2004) O número de casos de sífilis aumenta cada vez

mais, por isso a importância dos profissionais da área da saúde estarem preparados e atentos para a sua manifestação (BRASIL, 2014). Todos os profissionais da saúde principalmente da Atenção Básica devem estar aptos a identificar os sinais e sintomas da sífilis além de saber interpretar os resultados dos exames no qual é importantíssimo no controle da doença, assim como o diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica. Na Atenção Básica devem ser priorizados a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das gestantes e seus parceiros (BRASIL, 2017b).

Com base nos dados coletados observamos a importância do enfermeiro para o controle de infecções sexualmente transmissíveis principalmente a sífilis materna e neonatal, que se desenvolvem durante a gestação, podendo ser prevenida no decorrer do pré-natal. O profissional da saúde tem que ser capacitado, ter qualificação para poder fazer uma consulta de pré-natal eficiente juntamente com a equipe, de forma acolhedora, transmitindo para as gestantes confiança, e orientando caso seja notado um possível diagnóstico de sífilis. Saber identificar as manifestações clínicas de cada fase da doença para poder tratar de forma correta além de elaborar formas educativas para chamar a atenção e incentivar as mesmas a começar o mais rápido possível o pré-natal e prevenir através de exames a sífilis congênita.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo pode se concluir que a sífilis gestacional e congênita é uma infecção que está longe de ser controlada, não por ser uma doença de difícil acesso ou de tratamento complexo, pois o SUS (Sistema Único de Saúde) oferece assistência ao pré-natal as mulheres durante toda a gestação e ainda disponibiliza o tratamento gratuito na Atenção Básica a Saúde.

O esclarecimento teórico e a comparação com os demais estudos realizados sobre a temática em questão, apontou que os fatores mais básicos e importantes para o aumento da sífilis nas gestantes e nos neonatos estão relacionados principalmente a falta de qualidade na assistência ao pré-natal, apesar da mesma ter evoluído nos últimos anos com aumento dos testes rápidos, e o aumento na qualidade da vigilância de notificação dos casos de sífilis, mas ainda há uma baixa no uso dos preservativos e na administração de penicilina, pelos profissionais no tratamento da doença, assim nota-se, que a melhoria na qualidade da assistência ainda não é o suficiente para que haja a decadência desta infecção. Observando que há necessidade de correção de falhas e implantação de melhorias na assistência primária.

Contudo faz-se necessário a capacitação e qualificação dos profissionais da saúde especificamente o enfermeiro, buscando corrigir as falhas existentes na assistência básica, procurando melhorar a forma de acolhimento das gestantes no pré-natal, pois elas necessitam de atendimento diferenciado e priorizado.

No estudo foi atingido o objetivo proposto, porem observou-se a importância de pesquisas mais aprofundadas que abordem protocolos da assistência adotada nas maternidades para diminuir a sífilis materna e neonatal, pois os artigos só relatam a assistência na Atenção Básica á Saúde. Sobre a temática em questão constata-se a importância de um pré-natal com qualidade e humanizado, atingindo as metas de assistências padronizadas pelo Ministério da Saúde, iniciando de forma rápida o pré-natal para que possa ser diagnosticada e tratada adequadamente uma sífilis materna evitando assim uma possível transmissão transplacentária.

REFERENCIAS

ALMEIDA, Keyla Caroline de. LINDOLFO, Ludmila Costa, ALCÂNTARA, Keila Correia de. Sífilis em gestante em uma Unidade de Saúde Pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. V.41, nº 3, p. 181-184, 2009.

ANDRADE, Roumayne FV et al. Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com exame de VDRL Reagente. **DST-J. bras. Doenças sexualmente transmissíveis**. [SL], v. 23, nº4, p. 188-193, 2011.

ANDRADE, Ana Laura Mendes Becker et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança do Brasil. **Revista Poul. Pediatr.** São Paulo, 2017

ARAÚJO, Cinthia Lociks de. Et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.46, nº 3, p.479-86, 2012.

ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Caderno Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22 nº 3, p. 300-6. 2014.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi. BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico tratamento e controle. **Anais Brasleiro de Dermatologia**. [SL], v. 81, nº 2, p. 111-26, 2006

BECK, Elisiane Quatrin. SOUZA, Martha Helena Teixeira. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. **Revista Online de Pesquisa**. Rio de janeiro, 2017.

BRASIL, ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, nº 32, p. 200-204, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas atenção integrada a pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2015a

BRASIL, Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. **Cadernos de Boas práticas, o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis congênita no Brasil**. Brasília, 2015b

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Manual de Bolso. Brasília, 2ed. 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2017**. Brasília, v. 48, nº36, p. 1- 44, 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo **Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Relatório de Recomendação. Brasília, jun, 2017b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégia para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, p. 1-100, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Secretaria de Vigilância em saúde. **Manual de bolso Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**. Brasília, p. 1-111, 2ed. 2006a

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diagnóstico da Sífilis**. Santa Catarina, p. 1-13, 2014.

CARDOSO, Ana Rita Paulo et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 23, nº 2, p. 563-574, 2018.

CAMPOS, Ana luiza de Araujo et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, nº9, p. 1747-1755, set, 2010.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prevalência de Sífilis na Gestação e Testagem Pré-Natal: Estudo Nascer do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 48, nº5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.47, nº1, p. 147-57, 2013.

GUANABARA, Marilene Alves Oliveira et al. Acesso de gestantes as tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**. V. 19, nº 1, 73-78, fev, 2017

GUINSBURG, Ruth. SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes Critério diagnóstico e tratamento da sífilis congênita. São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010. (Documento Científico).

LAZARINI, Flaviane Mello, BARBOSA, Dulce Aparecida. Intervenção educacional na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis congênita. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. [SL], v. 25 e 2845, 2017.

LIMA, Valdênia Cordeiro et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **J. Health Biol Sci**. [SL], v.5, nº1, p. 56-61, mar-jun, 2017.

MACHADO, Bianca Luisa. TERRA, Márcia Regina. A Sífilis na Gestação: Uma Problemática atual. p. 1-11, 2016.

NOGUEIRA, Maria Gorete dos santos. CARMO, Ricardo Andrade. NONATO, Solange Maria. **Sífilis: sífilis adquirida, sífilis na gestação e sífilis congênita**. Guia técnico. Belo Horizonte, p. 1-26, 2014

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis Materna e Congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, nº6, p. 1109-1120, jun, 2013.

PADOVANI, Camila; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; PELLOSO, Sandra Marisa. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26 e 3019, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 08 nov. 2018. Epub 09-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>.

PINTO, Valdir Monteiro et al. Fatores Associados a Infecções Sexualmente Transmissíveis: Inquérito Populacional no Município de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**. [S.L], v. 23, nº 7, p. 2423-2432, 2018.

ROGRIGUES, CS. GUIMARES, MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. v.16, nº 3, p. 168-700, 2004

RAMOS, Valdete Mara. FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. SUCCI, Regina Célia de Menezes. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Revista Brasileira de epidemiologia**. [SL], v. 17, nº4, p. 887-898, out-dez, 2014.

RAMOS, Adriana Valéria Assunção. JUNIOR, Alberto Novaes Ramos. Transmissão vertical de doenças: Aspectos relativos ao vírus da imunodeficiência humana e ao treponema pallidum, em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista APS**. [S.L], v.12, nº 2, p. 194-203, 2004

SARACENI, Valeria. MIRANDA, Angélica Espinosa. Reação entre a cobertura da Estratégia da Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, nº 3, p. 490-496, mar, 2012.

SOARES, Larissa Gramazio et al. Sífilis Gestacional e Congênita: característica materna, neonatais e desfechos dos casos. **Revista Brasileira materno-infantil**. Recife, v. 17, nº 4, p. 791-799, Dez, 2017.

SÃO PAULO, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 45, nº 4, p. 7812-5, 2011.

SÃO PAULO, Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, nº 4, p. 768-72, 2008.

SILVA, Denise Maia Alves da et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, nº2, p. 278-85, Abr-Jun, 2014.