

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

GIOVANNA RAYANNE MEDEIROS PAIVA

**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS
CONGÊNITA**

NATAL - RN

2010

GIOVANNA RAYANNE MEDEIROS PAIVA

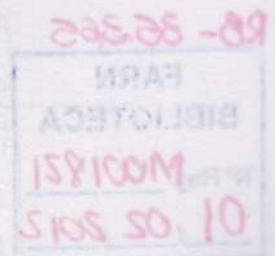
O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

NATAL - RN

2010



Catalogação na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Paiva, Giovanna Rayanne Medeiros

O Papel da Enfermagem na prevenção da Sífilis Congênita /
Giovanna Rayanne Medeiros Paiva. – Natal: FARN, 2010.
35f.

Orientador: Izete Soares da Silva Dantas Pereira. (Dra.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para
o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Papel do Enfermeiro – Monografia. 2. Doenças Sexualmente
Transmissíveis - DST – Monografia. 3. Sífilis Congênita - Pré-Natal –
Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616-083:616.9



FOLHA DE APROVAÇÃO

Monografia intitulada O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA apresentada pela aluna GIOVANNA RAYANNE MEDEIROS PAIVA ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN). Foi considerada aprovada pela Banca Examinadora abaixo discriminada.

Natal, _____ de _____ de
2010.

Orientadora: _____

Profª Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

Examinador (a): _____

Examinador (a): _____

AGRADECIMENTO

Agradeço ao meu bom Deus, por todos os momentos que proporcionou viver nesta jornada e todas as bênçãos recebidas.

Aos meus pais Giovanni Cavalcante Paiva e Rosélis Medeiros da Silva, pela oportunidade de realizar o meu sonho, sempre me incentivando.

A minha família, em especial ao meu irmão Leonardo Medeiros que me apoiou em todos os momentos que eu precisei e a minha irmã, Gabriella Patriota Paiva que mesmo a distância me incentivou com palavras de conforto. A minha tia Lindalva Medeiros, pelo amor e carinho que me foi dado.

Aos meus amigos e colegas da turma Luana Zientz, Layse Bentes e Márcia Ozeas, que estiveram em todos os momentos importantes desta vida me apoiando e me incentivando.

À meu namorado, Thiago Varela que pode entender todos os meus sonhos e me incentivando a buscar meus sonhos e meus sonhos.

A minha orientadora Prof. Dra. Izete, que pode compreender minhas ideias.

Dedico este trabalho aos meus amáveis pais Giovanni Cavalcante Paiva e Rosélis Medeiros da Silva, que sempre me apoiaram e aos meus irmãos Leonardo Medeiros, Gabriella Paiva e Matheus Paiva.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao meu bom Deus, por todos os momentos que proporcionou vivenciar nesta trajetória e todas as bênçãos recebidas.

Aos meus pais Giovanni Cavalcante Paiva e Rosélis Medeiros da Silva, pela oportunidade de realizar o meu sonho, sempre me incentivando.

A minha família, em especial ao meu irmão Leonardo Medeiros que me apoiou em todos os momentos que eu precisei e a minha irmã, Gabryella Patriota Paiva que mesmo a distância me incentivou com palavras de conforto. A minha tia Lindalva Medeiros, pelo amor e carinho que me foi dado.

As minhas amigas e colegas de curso Luana Zumba, Layse Bentes e Márcia Ózeas, que tiveram em todos os momentos importantes deste ano me apoiando e me incentivando.

Ao meu namorado, Thiago Varela que pode entender todas as vezes que tive que me ausentar e me incentivando a buscar cada vez mais os meus sonhos.

A minha orientadora Profª Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira pela paciência e pode compreender minhas falhas.

*"Tenho em mim todos os sonhos do mundo."
(Fernando Pessoa)*

ABSTRACT

RESUMO

Syphilis is a contagious infectious disease systemic and chronic evolution, subject to

A sífilis é uma doença infecto contagiosa, sistêmica e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudez e períodos de latência. Quando não tratada, ocasiona vários problemas, desde alterações dermatológicas até no sistema cardiovascular, ósseo, e neurológico. Suas principais formas de transmissão são através do contato sexual ou por via transplacentária. Quando o agente causador da sífilis está presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira transplacentária e penetra no sistema sanguíneo do feto causando a sífilis congênita. Assim, a taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) é bastante elevada. O diagnóstico é através do VDRL em mulheres e em seus parceiros. A pesquisa se faz necessária para relatar a importância do diagnóstico precoce obtendo um nível de assistência a mulher em idade fértil, destacando pontos de incidência, prevenção e diagnósticos da sífilis congênita. O presente estudo tem como objetivo geral aprofundar o conhecimento sobre a Sífilis Congênita, enfatizando a sua incidência e apontar o diagnóstico precoce. O objetivo específico foi a revisão do conhecimento de Sífilis Congênita, determinando os sinais e sintomas e tratamento da doença, descrevendo a importância do pré-natal para um bom diagnóstico. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Os resultados mostram o aumento da incidência da Sífilis Congênita ao longo dos anos, em 2004, registraram 5.235 casos em crianças de até 12 anos de idade; a taxa de incidência no Brasil que nos anos de 2003 e 2004 foi de 1,7 por 1000 nascidos vivos, aumentando para 1,9 em 2005. Concluiu-se que a sífilis congênita pode ser evitada e controlada através de medidas voltadas para a prática do sexo seguro e em um pré-natal adequado, já que é uma doença de fácil prevenção desde que a mulher infectada seja tratada imediatamente. Estas medidas são simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Pré-natal. Prevenção

ABSTRACT

Syphilis is a contagious infectious disease, systemic and chronic evolution, subject to outbreaks of sharpness and periods of latency. When left untreated, cause many problems, since changes in cardiovascular system dermatological up, bone, and neurological. Its main forms are transmitted through sexual contact or via transplacental. When the agent causing syphilis is present in the bloodstream of the pregnant woman, crosses the barrier transplacental and penetrates the blood system in fetus causing congenital syphilis. Thus, death rate (abortion, stillbirth, early neonatal death) is quite high. The diagnosis is through the VDRL at women and their partners. Research is required to report the importance of early diagnosis by obtaining a level of assistance to women of childbearing age, highlighting points of incidence, prevention and diagnosis of congenital syphilis. This study aims to deepen the knowledge on General syphilis Congenital, emphasizing its incidence and point early diagnosis. The specific objective was to review knowledge of congenital syphilis, determining the signs and symptoms and treatment of disease, describing the importance of the prenatal for a proper diagnosis. This bibliographic review study. The results show the increasing incidence of syphilis Congenital over the years, in 2004, registered 5,235 cases in children up to 12 years of age; the incidence rate in Brazil that in the years 2003 and 2004 was 1.7 per 1000 live births, increasing to 1.9 in 2005. It was concluded that the congenital syphilis can be avoided and controlled appropriate measures geared to practice safe sex and in an appropriate prenatal, since it is an easy disease prevention since infected woman be treated immediately. These measures are simple, widely available, low cost and high impact on disease control.

Keywords: congenital syphilis. Pre-natal. Prevention

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem – Transmissão da Sífilis Congênita.....18

Tabela 1 – Esquema Terapêutico para Sífilis em adultos e gestantes.....24

Tabela 2 –Casos confirmados de Sífilis Congênita, por regiões do Brasil..28

1. INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 SÍFILIS	14
2.1 SÍFILIS CONGÊITAS	16
2.2 TRANSMISSÃO	16
2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	18
2.4 PREVENÇÃO	19
2.5 DIAGNÓSTICO E EXAMES	21
2.6 TRATAMENTO	23
2.7 LEGISLAÇÃO	27
2.8 PROJETO DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS	27
2.9 DADOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL	28
3 -PAPEL DO ENFERMEIRO	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS	33
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

Na área da saúde materna infantil, os esforços para a promoção a saúde e o bem estar dar-se início com o planejamento familiar e prosseguem através dos estágios da assistência pré-natal, da assistência ao parto e ao nascimento, seguindo com os cuidados a mãe e ao bebê. As oportunidades de cuidados têm que ser aproveitadas para evitar a disseminação de doenças (MANUAL DE ENFERMAGEM,[s.d.]).

A sífilis é uma doença infecto contagiosa, sistêmica e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudez e períodos de latência. Quando não tratada, ocasiona vários problemas, desde alterações dermatológicas até no sistema cardiovascular, ósseo, e neurológico. Suas principais formas de transmissão são através do contato sexual ou por via transplacentária. Quando o agente causador da sífilis está presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira transplacentária e penetra no sistema sanguíneo do feto causando a sífilis congênita. Assim, a taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) é bastante elevada, estimada em cerca de 30% a 40% dos casos (BRASIL, 2006).

Sabe-se que a transmissão vertical do *T. pallidum* (agente causador da sífilis) pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna, entretanto estudos alegam que no primeiro trimestre da gestação o feto é protegido pela contribuição da membrana celular das vilosidades, que aparece como obstáculo intransponível para o treponema. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primárias e secundárias da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por Sífilis (BRASIL, 2006).

Na importância deste agravo, o Ministério da Saúde, em acordo firmou com a Organização Pan-Americano de Saúde, estabeleceu no ano de 2000, uma meta de

menos de um caso de Sífilis Congênita por 1000 nascido-vivos a ser atingida em 2007 (SARACENI; LEAL; HARTZ, 2005; PROGRAMA, 2010).

Sabe-se que a sífilis congênita vem diminuindo ao longo dos anos, devido ao Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita, que foi proposto pelo Ministério da Saúde em 1993, definindo o seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso / 1000 nascidos vivos. A revista Nursing em 14 de outubro de 2010 relata a importância desse plano e faz ainda uma estimativa da queda dos casos em São Paulo, mostrando assim uma grande vitória da luta contra a sífilis congênita no Brasil.

A pesquisa se fez necessária para relatar a importância do diagnóstico precoce obtendo um nível de assistência a mulher em idade fértil, destacando pontos de incidência, prevenção e diagnósticos da sífilis para assim compor uma melhor assistência a mulher.

Como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a Sífilis Congênita, enfatizando a incidência e apontar o diagnóstico precoce. O objetivo específico foi revisar o conhecimento de Sífilis Congênita, determinando os sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da doença e descrevendo a importância do pré-natal bem feito para um bom diagnóstico.

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, em forma de livros, artigos científicos, revistas, monografias, dissertações e teses.

De acordo com Lakatos (1992,p.44), "a pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser considerado também como primeiro passo de toda a pesquisa científica."

Conforme Viera e Hossne (2001), na revisão bibliográfica, o pesquisador pode selecionar os trabalhos considerados mais importantes, sem ser necessário explicitar os critérios de seleção.

A partir da revisão bibliográfica realizada sobre Sífilis Congênita, foi possível ter um contato direto com o que foi escrito, discutido e analisado sobre o assunto, permitindo o reforço para elaboração deste trabalho (LAKATOS; MARCONI, 1992).

Foram utilizados livros da biblioteca da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), descrevendo sobre a Sífilis Congênita, artigos científicos do banco de dados da Internet e da Faculdade; revistas on-line falando sobre as formas de diagnósticos e tratamentos, e publicações do Ministério da Saúde por ser

uma doença de considerada um problema de saúde pública.

Nesse estudo, foram abordados os fatores de risco e os fatores que acometem ao agravamento da doença, a forma de diagnóstico, o tratamento os riscos que a criança corre a importância da atuação do profissional no pré-natal e no planejamento familiar para o diagnóstico da doença e a assistência de enfermagem no acolhimento dos clientes acometidos pela doença.

No Brasil, a sífilis foi considerada uma doença de saúde pública em 1935, quando foi decretada a obrigatoriedade de seu diagnóstico e tratamento em todas as pessoas que entram em contato com o sistema de saúde. A doença foi alvo de vários estudos, sendo que a maioria deles foi realizada em pessoas de cor preta e pobre, mostrando que a doença era mais prevalente nessas populações. A doença foi alvo de vários estudos, sendo que a maioria deles foi realizada em pessoas de cor preta e pobre, mostrando que a doença era mais prevalente nessas populações.

O agente etiológico da sífilis foi descoberto pelo microbiologista alemão Fritz Richard Schauder e Paul Ehrlich Hoffman em 1905, trabalhando em Berlim. Por não ser facilmente cultivada pelas técnicas em uso à época, a bactéria não pôde ser demonstrada diretamente. O agente foi confirmado por Paul Luedersheim, que demonstrou a presença da bactéria em preparações de tecido humano. Em 1909, foi desenvolvida a primeira vacina para a sífilis, a vacina de Wassermann, que foi utilizada para o tratamento de pessoas com a doença. A vacina de Wassermann foi desenvolvida a partir de um extrato de tecido humano. A vacina de Wassermann foi desenvolvida a partir de um extrato de tecido humano. A vacina de Wassermann foi desenvolvida a partir de um extrato de tecido humano.

Em 1909, o microbiologista alemão August Paul von Wassermann desenvolveu a primeira vacina para a sífilis, que permitia o diagnóstico antes do aparecimento da doença. Assim, a vacina pelo tratamento eficaz contribuiu, até a descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928, para o uso da vacina após a 2ª Guerra mundial (SARACENI, 2005).

A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Treponema pallidum*. Sua manifestação ocorre em três etapas: primária, secundária e terciária. As duas

2. SÍFILIS

A Sífilis foi conhecida no mundo em meados do século XV, cerca de 1500, onde houve a primeira epidemia atingindo o exército de Carlos VII, da França. Acredita-se que a doença tenha chegado ao continente americano junto com os conquistadores Europeus (SARACENI, 2005).

No Brasil, o sociólogo Gilberto Freyre relata no livro *Casa grande e Senzala*, que a sífilis já era conhecida no período colonial, no qual o mesmo diz que a contaminação em massa era nas senzalas, afirmando também que não era dos negros as doenças, mas sim dos senhores das casas grandes que deitavam com negras e passava-lhes a sífilis. A doença foi alvo de vários estigmas, foram associadas inúmeras vezes a prostituição e vista como um carma pela sociedade (SARACENI, 2005).

O agente etiológico da sífilis foi descoberto pelos microbiologistas alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905, trabalhando em Berlim. Por não ser facilmente corada pelas técnicas em uso à época, a espiroqueta em tela foi denominada *Spirochaeta pallida*. O achado foi confirmado por Karl Landsteiner, que visualizou o microrganismo pela técnica de microscopia de campo escuro, por ele desenvolvida em 1906. Neste mesmo ano a denominação *Treponema pallidum* já estava vigorando, com a demonstração feita por Reuter da presença do agente na parede da artéria aorta de um indivíduo acometido pela sífilis. O *Treponema pallidum* sub-espécie *pallidum* é um dos quatro patógenos do gênero *Treponema* que causam doenças em seres humanos. Grande parte do conhecimento sobre ele advém da manutenção da cepa Nichols em coelhos de laboratório, desde 1912 (SARACENI, 2005).

Em 1906 o bacteriologista, também alemão, August Paul Van Wassermann desenvolveu a primeira sorologia para sífilis, que permitiu o diagnóstico antes do aparecimento da doença. Assim a busca pelo tratamento efetivo continuou, até a descoberta da Penicilina por Alexander Fleming em 1928, cujo seu uso foi disseminado após a 2ª Guerra mundial (SARACENI, 2005).

A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua manifestação ocorre em três etapas: primária, secundária e terciária. As duas

primeiras etapas têm as características mais marcantes da infecção, no qual se observam os principais sintomas e maior transmissão. Os sintomas desaparecem durante um longo período, a pessoa não sente nada e apresenta uma cura momentânea das lesões iniciais, mesmo em casos de indivíduos não tratados. A doença pode ficar então, estacionada por meses ou anos, até o momento em que surgem complicações graves como cegueira, paralisia, doença cerebral, problemas cardíacos, podendo inclusive levar à morte. A sífilis congênita é consequência dessa infecção, no qual o feto contrai a bactéria causadora da sífilis, através da placenta que pode vir a causar má formação do feto e sérias consequências para a saúde da criança ou até a morte (BRASIL, 2008).

A Sífilis manifesta-se como uma ferida nos órgãos genitais (cancro duro) e com ínguas (caroços) nas virilhas, que surgem entre a 2ª ou 3ª semana após a relação sexual desprotegida com pessoa infectada. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Com certo tempo, a ferida desaparece sem cicatriz, dando à pessoa a impressão de estar curada. Se a doença não for tratada, continua a avançar no organismo, surgindo manchas em várias partes do corpo (inclusive nas palmas das mãos e solas dos pés), queda de cabelos, cegueira, doença do coração, paralisias (BRASIL, 2008).

2.1 SÍFILIS CONGÊNITAS

A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada para o feto, ocorrendo morte perinatal em 40% dos casos das crianças infectadas (LOPES, 2006).

Doença de notificação compulsória, incluída em 14 de julho de 2005 pela portaria 33 com o objetivo do controle da transmissão vertical do *T. Pallidum*. Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença. A partir de 1993, o Ministério da saúde propôs a eliminação da sífilis congênita até ano de 2000. Para isso, usou o rastreador da doença, o teste VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), como estratégia para ser usada. Essa meta não foi atingida. Estima-se que a prevalência da sífilis congênita esteja entre 3 a 4%, variando segundo regiões. Rodrigues e colaboradores (2004) registraram 1,7% de referência, em 1999 e 2000. Segundo estudo realizado em 2004 estima-se que a taxa de prevalência de mulheres portadoras de sífilis no momento do parto seja de 1,6%, o que corresponde à aproximadamente 49 mil parturientes infectadas e 12 mil nascidos vivos com sífilis, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS (BRASIL, 2006).

2.2 TRANSMISSÃO

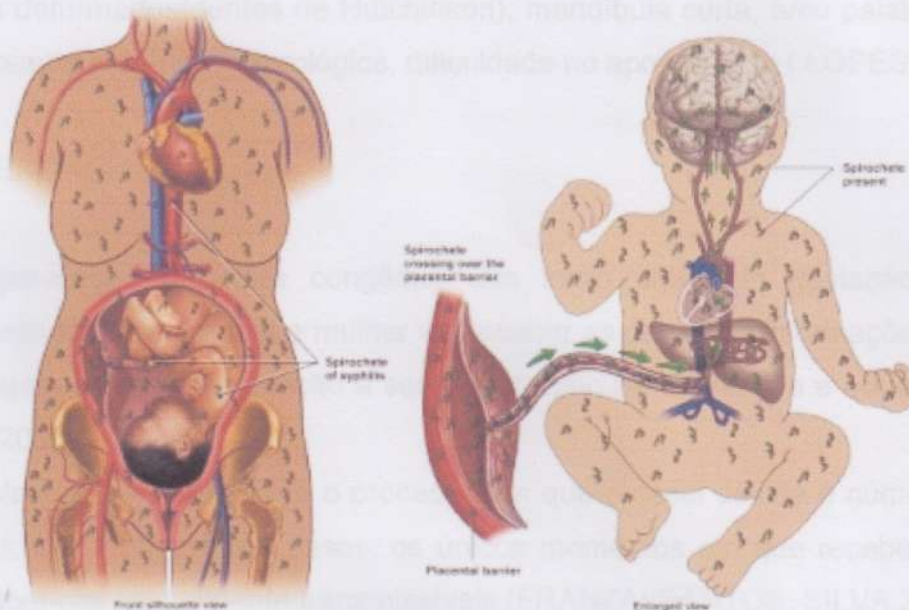
O *T. pallidum* tem forma espiral, não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas rico em moléculas de ácido. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal e vai até o longo do seu eixo longitudinal (DUARTE; SIMÕES, 2000). O mesmo ainda é não cultivável e é patógeno exclusivo do ser humano. É destruído pelo calor e falta de umidade, não resistindo a mais de 26 horas fora do seu ambiente, sua divisão é transversalmente a cada 30 horas. A penetração do *T. Pallidum* acontece por pequenas abrasões decorrentes da relação

sexual. Logo após atinge o Sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. A resposta do corpo são erosões e exulcerações no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se, em qualquer órgão. A imunidade celular é mais tardia, permitindo a multiplicação e sobrevivência do *T. pallidum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sua transmissão é de pessoa a pessoa, durante o contato sexual, na grande maioria das vezes. Pode ocorrer também, a transmissão através da transfusão por sangue contaminado, pela via transplacentária para o feto e pela contaminação no canal de parto. O risco de transmissão por parceiro sexual foi estimado em 60%. Todos os seres humanos são susceptíveis ao *T. pallidum*, porém apenas cerca de 30% das exposições terminam em doença. A infecção leva ao desenvolvimento gradual de imunidade contra esse agente. Os casos tratados na fase aguda (sífilis primária ou secundária) não gerarão imunidade, sendo casos susceptíveis à reinfecção (SARACENI, 2005).

De acordo com a Vigilância Epidemiológica (2009) as possíveis vias de contaminações são:

- Via Sexual – por meio do contato com lesões de pele e membranas mucosas, inclusive vagina, pênis e ânus.
- Vertical - intra-útero por disseminação hematogênica ao feto ou por contato direto durante o parto a partir de uma gestante infectada.
- Sangüínea - por meio do sangue e de seus hemocomponentes durante transfusões não triadas adequadamente.
- A transmissão por contato com lesões infectadas (por exemplo: recém nascido com pênigo) e acidentes com materiais biológicos contaminados com o *T. pallidum*



Transmissão da sífilis da mãe para o feto.

2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A Sífilis congênita precoce já apresenta sinais e sintomas nos primeiros dois anos de vida, mas tornam-se evidentes entre o nascimento e o terceiro mês. (BRASIL, 2006).

Os principais sintomas são: o baixo peso, riniti purulenta/coriza, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ou manuseio, pênfigo palmo-plantar, fissura peribucal, hematomegalia e esplenomegalia, alterações respiratórias/pneumonia, icterícia, anemia severa, hidropisia, edema, pseudoparalisia dos membros e condiloma plano. Lesões cutâneas precoce, quando presentes nas nádegas, podem ser responsáveis por um quadro semelhante ao de "dermatite" de fraldas, da qual se diferencia também por não responder a medidas locais, habitualmente eficazes(LOPES, 2006).

Já a tardia surge após os dois anos de vida tendo como principais sinais e sintomas a tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes incisivos medianos

superiores deformados(dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado (LOPES, 2006).

2.4 PREVENÇÃO

A prevenção da sífilis congênita tem início antes da gestação, ainda no planejamento familiar, no qual a mulher vai receber as primeiras informações, no qual a enfermagem enfoca a promoção a saúde por meio de orientação e educação sexual (BRASIL, 2005).

O planejamento familiar é o processo em que o casal decide o número de filhos que vai ter, e na maioria dos casos, os únicos momentos em que recebe informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis (FRANZA; SANTOS; SILVA,2010)

A medida de prevenção de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante um pré-natal adequado A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, bastando que a gestante infectada seja detectada, e prontamente tratada, assim como o(s) seu(s) parceiro(s) sexuais (LOPES, 2006).

O pré-natal é o conjunto de ações de atendimento a mulher que se faz no período em que a mulher se encontra grávida, visando a uma melhor condição de saúde tanto para ela quanto para o bebê, evitando a morte e o comprometimento físico de ambos (MANUAL DE ENFERMAGEM,[s.d.]).

Tratando especificamente da assistência de enfermagem relativa a uma infecção sifilítica, o Ministério da Saúde orienta:

Encaminhar a mulher e seu(s) parceiro(s) para diagnóstico e tratamento;
Promover reuniões com casais e orientar sobre mudanças de atitudes e de práticas que os tornam suscetíveis ao agravo; Fazer visita domiciliar mensalmente, por até três meses, pesquisando condições da pele e realizando exame ginecológico para avaliar o resultado do tratamento (BRASIL, 2001).

Embora o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) afirme que o enfermeiro possa realizar o pré-natal de baixo risco, encaminhando a gestante em caso de intercorrências; no mesmo manual, ele orienta que o médico proceda à consulta pré-natal intercalando-a com o enfermeiro.

A abordagem da consulta de enfermagem, embasada no diagnóstico de enfermagem, é bem distinta da consulta médica, cujo diagnóstico médico, decorre do julgamento de sinais e sintomas, que determinam uma patologia, é inerente ao profissional médico; conseqüentemente, a consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa, tendo que se considerar a importância e a necessidade de atuação do médico no acompanhamento das gestantes (MOURA et al, 2003, p. 1797).

O conselho de Enfermagem (COFEN), em 1997, instituiu o Decreto nº 94.406/87, afirmando a incumbência ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, de assistência à gestante. Dessa forma, não deixa claro que o enfermeiro pode realizar todo o acompanhamento pré-natal de uma gestante de baixo risco (CONSELHO, 2008). Sendo assim o profissional que executar o pré-natal é responsável em detectar e tratar as doenças surgidas na gravidez, o problema da existência da sífilis congênita em locais onde a cobertura é considerada adequada do pré-natal, pode estar relacionado a fatores que interferem na qualidade da assistência prestada nesse serviço. Devido ao elevado número de pacientes observado na prática diária dos profissionais que realizam o pré-natal, estes dispõem de tempo adequadamente considerável para o atendimento, impossibilitando um contato mais longo com a gestante (MOURA; HOLANDA JÚNIOR; RODRIGUES, 2003).

Gestante com sífilis requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. A sífilis congênita é considerada um verdadeiro evento marcador da qualidade da assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de sua transmissão transplacentária, pela sua simplicidade de

diagnóstico e fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2005).

Assim devemos seguir algumas medidas de controle que além do pré-natal são muito importantes para evitar a disseminação da sífilis congênita e que o enfermeiro pode ser de grande importância, como: Orientar a paciente sobre o uso de preservativos, redução do número de parceiros sexuais, diagnóstico precoce da sífilis em mulheres com idade reprodutiva e em seus parceiros, realização do teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) em mulheres com intenção de engravidar, além do tratamento imediato dos casos diagnosticados da sífilis, orientar para que os parceiros evitem relações sexuais até que o seu tratamento e o do seu parceiro se completem, realizando periodicamente o controle de cura com a realização do teste VDRL (LOPES, 2006).

A inclusão da sífilis congênita como doença sexualmente transmissível de notificação compulsória é justificada pelas elevadas taxas de prevalência e da taxa de transmissão vertical. A vigilância epidemiológica da sífilis congênita tem como objetivo controlar essa transmissão vertical do *treponema pallidum*, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para o planejamento de medidas de tratamento, prevenção e controle (SÃO PAULO, 2008).

2.5 DIAGNÓSTICO E EXAMES

Considera-se caso de sífilis na gestação toda gestante com evidência clínica e/ou sorológica não-treponêmica(VDRL) reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência do resultado de teste treponêmico , realizada no pré-natal ou no momento do parto ou ainda na curetagem (SÃO PAULO, 2008).

As principais formas de diagnosticar a sífilis são através dos testes sorológicos, que são divididos em testes não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TRHA, FTA-Abs, ELISA). Em recém-nascidos pode haver a positividade destes testes em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua negativação, ao fim de alguns meses. Na ocorrência da sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa (BRASIL, 2005^a).

Os testes de sorologia Não-Treponêmica são: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasma Reagin) são testes sorológicos usados para triagem da sífilis na gestação e da sífilis adquirida, tendo em vista a sua elevada sensibilidade e a possibilidade de titulação, o que permite o acompanhamento sistemático do tratamento. Além disso, os testes são de técnica simples, rápida e de baixo custo. Suas principais desvantagens referem-se aos resultados falso-positivos e falso-negativos. Esses falso-positivos podem ser explicados pela ocorrência de reações cruzadas com outras infecções treponêmicas ou outras doenças tais como o lúpus, artrite reumatóide, hanseníase entre outras. E os resultados falso-negativos pelo excesso de anticorpos, fenômeno conhecido como efeito prozona. No Brasil o VDRL é o teste mais utilizado seu resultado é descrito qualitativamente e quantitativamente. Tendo em vista ainda que a maioria das crianças apresenta-se assintomática ao nascimento, a aplicação de testes sorológicos deve ser avaliada criteriosamente, comparando o teste da mãe com o da criança e repetindo após o terceiro mês de vida da criança (BRASIL, 2005).

Os exames de sorologia treponêmica são os: TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), o FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption) e a ELISA (Enzyme – Linked Immunosorbent Assay), são teste de confirmação da infecção pelo Treponema pallidum, permitindo a exclusão do falso-positivo dos testes não-treponêmicos, tendo em vista a sua elevada especificidade. Esses testes não são usados na rotina de triagem sorológica, tendo em vista a sua menor sensibilidade em comparação aos testes não-treponêmicos. O uso destes testes é a partir do 18º mês de vida, quando os anticorpos adquiridos passivamente da mãe não são mais detectáveis por este teste (BRASIL, 2005).

O estudo do Líquido Cefalorraquidiano (LCR/Líquor) é muito mais freqüente nas crianças sintomáticas com outras evidências de sífilis congênita, do que nas crianças assintomáticas, mesmo infectadas. Toma-se como base a freqüência de 15% de alterações neurológicas encontradas em estudos anteriores à disponibilização da terapia com a penicilina, considera-se relevante essa avaliação na rotina dos serviços. Caso não haja contra indicação, o Ministério da saúde recomenda a realização da punção lombar para a coleta de LCR com o objetivo de avaliar a celularidade, o perfil

protéico e o VDRL, em todos os casos de crianças com sífilis, para a exclusão do diagnóstico de neurosífilis (BRASIL, 2005).

O estudo de imagem compõe a radiografia dos ossos longos tendo em vista a frequência e o aparecimento precoce das alterações ósseas. As alterações encontradas são de cerca de 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de sífilis congênita recente. Entretanto, a utilização do estudo de imagem como critério de diagnóstico em crianças assintomáticas apresenta uma sensibilidade ainda desconhecida. Mesmo assim, justifica-se a realização desta avaliação tendo em vista que entre 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, apresentaram única alteração (BRASIL, 2005).

2.6 TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado imediatamente assim que diagnosticado o quadro da sífilis nas mulheres e em seus parceiros.

Em mulheres não gestantes o tratamento é realizado de acordo a fase da doença, seguindo o esquema abaixo do Ministério da saúde (2005):

- Sífilis primária- Penicilina G benzantina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicado em cada glúteo), em dose única.
- Sífilis secundária ou assintomática com menos de um ano de evolução (latente recente): duas séries de penicilina G benzantina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicado em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Tendo como dose total de 4.800.000UI.
- Sífilis terciária ou assintomática com mais de um ano de infecção (latente tardia) ou com duração ignorada é feito três séries de penicilina G benzantina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicado em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série. Tendo como dose total de 7.200.000 UI.

O Ministério da saúde (2005) ainda orienta quanto a o tratamento em indivíduos expostos à infecção pelo *T. pallidum*, principalmente nos últimos três meses, mesmo sem a presença de sinais ou sintomas.

Durante a gestação a mãe assim que da início ao pré-natal é solicitado o teste VDRL, idealmente no primeiro trimestre da gestação, quando confirmado ou com história de sífilis a mãe inicia o tratamento imediatamente, segue o esquema normal a cima. (Brasil, 2005).

Quando entramos no tratamento da sífilis congênita deve-se lembrar que a terapêutica da gestante com penicilina no primeiro trimestre costuma evitar a infecção fetal. Após esta fase, trata o conceito também (Guinsburg, 2010).

Tabela 1- Esquema Terapêutico para Sífilis em Adultos e Gestantes (Ministério da Saúde, 2005):

Fase da Sífilis	Penicilina	Via	Dose (unidades)
Sífilis Primária	Benzatina	IM	1 dose de 2,4 milhões (1 dose)
Sífilis Secundária	Benzatina	IM	2 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)
Latência Precoce (< 1 ano)	Benzatina	IM	2 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)
Latência Tardia (> 1 ano)	Benzatina	IM	3 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)
Fase desconhecida	Benzatina	IM	3 doses de 2,4 milhões (1 dose/semana)
Neurolues	Cristalina#	EV	3-4 milhões a cada 4 h por 10 a 14 dias

alternativa: penicilina procaína: 2,4 milhões IM/dia por 10 a 14 dias.

O tratamento do recém-nascido compreende todos aqueles casos diagnosticados como sífilis confirmada ou provável, ou seja, inclui os neonatos com VDRL/RPR positivo e com achados clínicos e/ou laboratoriais e/ou radiológicos da doença e aqueles assintomáticos cujo tratamento materno não foi feito ou documentado, não foi completo, não empregou penicilina ou, ainda, se realizado nas últimas quatro semanas anteriores ao parto. Deve-se ainda tratar a criança

assintomática quando os títulos maternos não caíram após tratamento adequado na gestação, se a mãe apresenta evidências de reinfecção ou caso o seguimento da criança não possa ser assegurado. Diante de mães com sífilis primária no terceiro trimestre da gestação e ainda soronegativas devem-se também tratar o recém-nascido (Guinsburg, 2010).

A conduta preconizada pelo Ministério da Saúde em 2005 recomenda que o VDRL em sangue periférico do recém-nascido, o hemograma completo (considerar alterado diante de hematócrito inferior a 35%, número de plaquetas abaixo de 150.000/mm³ e/ou leucopênia ou leucocitose de acordo com as curvas de normalidade para as horas de vida), o raio-X de ossos longos e o exame de líquido (considerar alterado até 28 dias de vida se número de células for superior a 25/mm³ e/ou proteínas acima de 150 mg/dL) deve ser efetuado neonatos filhos de mães soropositivas para sífilis (Guinsburg, 2010).

Quando o recém-nascido apresentar VDRL positivo (qualquer titulação) e/ou existirem alterações clínicas (prestar atenção na hepatomegalia), radiológicas e/ou hematológicas (em especial, anemia e trombocitopenia), mas não houver acometimento neurológico, deve ser tratado com penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana ou com penicilina procaína 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas, por via intramuscular por 10 dias (Guinsburg, 2010).

Em caso de alteração líquórica ou se não foi possível colher o LCR, empregar a penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana (Guinsburg, 2010).

Em recém nascido for VDRL negativo, não apresentando alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e líquóricas, aplicar a penicilina benzatina, na dose única de 50.000 unidades/kg por via intramuscular. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o VDRL sérico seriado. Sendo impossível garantir o acompanhamento, tratar com penicilina cristalina ou procaína nas doses recomendadas acima, por 10 dias (Guinsburg, 2010).

Nos recém-nascidos de mães com sífilis adequadamente tratada, deve ser realizado o VDRL de sangue periférico e se recém-nascido apresentar VDRL positivo com titulação superiores ao da mãe, deve ser procurado alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas. Se não houver alterações no LCR, tratar com penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana, ou com penicilina procaína 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas por via intramuscular por 10 dias. Se o líquido estiver alterado, usar apenas a penicilina cristalina nas doses acima, por via endovenosa por 10 dias (Guinsburg, 2010).

Assintomático (exame clínico, hemograma, raio-X de ossos longos e LCR normais) e apresentar VDRL com titulação igual ou inferior à materna ou VDRL negativo, pode-se proceder apenas ao seguimento ambulatorial. Diante da impossibilidade de garantir o seguimento ambulatorial, aplicar a penicilina benzatina na dose única de 50.000 unidades/kg por via intramuscular (Guinsburg, 2010).

Gestantes com história comprovada de alergias à Penicilina precisam ser encaminhadas para centros de referência para a dessensibilização. Com a impossibilidade do uso da Penicilina, a gestante deve usar a eritromicina na forma estearato, 500mg, Via Oral, de 6\6 horas por 15 dias para sífilis recente e por 30 dias para sífilis tardia. O uso dessa droga deve ter acompanhamento estreito, pela sua menor eficácia, e o feto não deve ser considerado tratado (BRASIL, 2005). BRANCO

Cerca de 14% das gestantes podem apresentar falha terapêutica em seu tratamento, tendo como consequência o risco da interrupção da gravidez ou o nascimento da criança com sífilis congênita, fatores como o tratamento reduzido, alta taxa de treponema na gestante, contaminação recente, parto prematuro entre outros. No parto ou curetagem por abortamento a mulher passa por nova avaliação, no qual é feito o teste VDRL independente dos seus resultados anteriores (Brasil, 2005). Manual

2.7 LEGISLAÇÃO

A notificação de casos de sífilis congênita, desde 1986, é obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde em conformidade com a lei e recomendações do Ministério da Saúde (Lei 6259 de 30/10/1975 e Portaria nº 05 de 21/02/2006 e publicada no D.O.U. de 22/02/2006, Seção 1 página 34).

2.8- PROJETO DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Em 1993, o Ministério da Saúde propôs um Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita enquanto um problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização Mundial e Pan-americana de Saúde, definindo o seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso / 1000 nascidos vivos (REVISTA NURSING, 2010).

O projeto tinha como principais atividades, desenvolvimento pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, visando o controle da sífilis congênita, a normatização de condutas, treinamento de profissionais de saúde, produção e veiculação de campanhas de prevenção das DST, implementação de triagem sorológica para sífilis nas mulheres admitidas para parto ou curetagem, e implementação da vigilância epidemiológica da sífilis congênita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. A ação no pré-natal constitui prioridade máxima na vigilância da sífilis congênita, uma vez que o tratamento adequado da gestante com sífilis também surte efeito sobre a saúde do feto, podendo evitar o abortamento, a morte perinatal e as graves seqüelas próprias da doença (REVISTA NURSING, 2010).

2.9 DADOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Segundo o Ministério da Saúde, de 1998 a junho de 200, foram notificados e investigados no Brasil 36.615 casos de Sífilis congênita em menores de um ano de vida. Em 2004, registraram 5.235 casos em crianças de até 12 anos de idade; a taxa de incidência no Brasil que nos anos de 2003 e 2004 foi de 1,7 por 1000 nascidos-vivos, aumentando para 1,9 em 2005. A análise dos bancos de dados do Ministério da Saúde demonstra que, 75,8%, dos casos notificados de sífilis congênitas, a gestante havia realizado o pré-natal. A doença tinha sido diagnosticada durante a gravidez em 53,7% dessas mulheres. Entretanto, o seu parceiro foi tratado em 16,6% dos casos. Neste mesmo período, o Estado Rio Grande do Norte (RN) notificou 726 casos; destes, 177 foram em 2006 (BRASIL, 2007). Vale ainda ressaltar que o problema pode ser ainda mais grave que o visto nos dados, pois estudos demonstram falhas em suas notificações do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), levando-nos a idéia de que exista não notificados.

Tabela 2 - Casos confirmados de sífilis congênita, por ano, segundo regiões Brasil, 1998 a2005

Região	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	3.778	3.410	4.161	5.125	5.226	5.738	5.764	5.742
Norte	78	108	187	433	422	555	378	516
Nordeste	1.195	758	722	1.356	1.352	1.703	1.840	2.061
Sudeste	1.750	1.772	2.654	2.585	2.694	2.808	2.833	2.489
Sul	409	284	287	372	361	331	298	296
Centro-Oeste	346	488	311	374	390	340	414	379

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

3 PAPEL DO ENFERMEIRO

Através da consulta de enfermagem, o enfermeiro realiza a assistência individual do cliente, com vistas à coleta de dados, à identificação do diagnóstico e à prescrição e/ou implementação dos cuidados necessários. Em consultas subseqüentes, é possível avaliar as alterações no seu estado ou suas práticas de saúde (LOPES, 2006).

A abordagem holística pressupõe a investigação de aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais. Portanto, a coleta de dados é instrumento importante para uma adequada assistência a mulher (LOPES, 2006).

A assistência a mulher com sífilis é composta pela atenção ao seu planejamento familiar, ao pré-natal, ao período pós-parto e ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Planejamento família é o processo pelo qual o casal decide a quantidade de filhos que quer ter e o espaçamento de idade entre os filhos, sendo um período aproveitado pelo enfermeiro para fazer o acompanhamento da saúde da mulher, orientando sobre os métodos de barreira, exames e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (TRATADO PRÁTICO DE ENFERMAGEM, 2010).

Quando a mulher engravida entra o acompanhamento pré-natal, com a finalidade de obter melhor grau de saúde a mulher e ao feto, o enfermeiro tem a tarefa de organizar os serviços de tal forma que possa oferecer um atendimento de qualidade, dinâmico, sensível e inovador e que facilite a realização dos objetivos (TRATADO PRÁTICO DE ENFERMAGEM, 2010).

As medidas a serem tomadas assim que o enfermeiro descobre a sífilis congênita tem que ser o mais rápido possível, proporcionando um pré-natal adequado captando essa gestando o mais rápido possível, realizando no mínimo seis consultas com atenção integral qualificada, solicitação do VDRL na primeira consulta, de preferência no primeiro trimestre da gestação, solicitação de um segundo teste em torno da 28ª consulta direcionando uma busca ativa a partir do teste reagente, instituição do tratamento e seguimentos adequados da gestante e de seus parceiros,

abordando o caso como forma clínica-epidemiológica, documentando os resultados sorológicos e tratamento da sífilis no cartão da gestante e por fim a sua notificação de sífilis congênita, lembrando ainda que o VDRL deva ser solicitado antes da gestação (se possível) e na admissão na maternidade, seja para o parto ou para curetagem (BRASIL, 2009).

Na abordagem pediátrica o enfermeiro, junto com a equipe médica apoiará os processos de investigação, administração, atendimento na manutenção e recuperação da saúde. A função específica do enfermeiro é o de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança da saúde da mãe, tanto na fase aguda como no domicílio, o enfermeiro deve levar em conta as necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, educacionais, respeitando cada etapa. Promovendo a restauração da saúde e as suas atividades normais. O enfermeiro ainda deve contribuir para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença (MANUAL DE ENFERMAGEM, [s.d.]).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis congênita é uma doença bacteriana, de possível prevenção, de agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, cujo sua eliminação é possível, se identificada e tratada antes e durante o período gestacional; Porém o que foi percebido durante essa revisão bibliografia é que o controle e erradicação estão longe de ocorrer. Embora seja uma doença de notificação compulsória, informações sobre a incidência da sífilis congênita ainda são precárias e pouco confiáveis, em razão de subnotificações.

Mesmo com a proposta de eliminação da sífilis congênita, pelo Ministério da saúde em 1993, que passou a rastrear a doença na gravidez, mediante o teste VDRL, no qual é o mais usado para comprovação do diagnóstico, por ser de técnica simples, rápida e de baixo custo. As metas ainda não foram atingidas.

A base para a prevenção das mulheres grávidas ou com intenção de engravidar, são o planejamento familiar e o pré-natal, no qual o enfermeiro deve ter um olhar mais atento para os sinais e sintomas, agindo também como educador, orientando sobre as doenças sexualmente transmissíveis e como se prevenir.

Sendo assim os profissionais responsáveis por assistir esse grupo, devem ser qualificado e capaz de atuar na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, para que a sífilis congênita possa ser controlada e quem sabe um dia erradicado.

A enfermagem, inserindo-se neste contexto, abraça o seu objetivo de trabalho, que é o de cuidar. Esse cuidado, dispensado a cada gestante, necessita estar embasado em conhecimentos científicos e voltado para a realidade da gestante/família.

A atenção de enfermagem direcionada à gestante com sífilis, com o propósito de curar essa mulher da infecção, prevenir a sífilis congênita do seu filho e garantir o seu bem-estar no seu ciclo gestacional, ocorre com a pretensão de proporcionar uma atenção integral, com a realização do acolhimento em todos os aspectos, apoio psicológico e resolutividade do problema em questão. Para isso é necessário que o enfermeiro compreenda as peculiaridades de cada gestante, com seus medos, angústias, dúvidas, e até alegrias. Desenvolvendo ações em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Concluiu-se então que a sífilis congênita pode ser evitada e controlada através de medidas voltadas para a prática do sexo seguro e um pré-natal adequado, já que é uma doença de fácil prevenção desde que a mulher infectada seja tratada imediatamente. Estas medidas são simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença.

BRUNOS, A. M. O. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Maniz: São Paulo, 2000.

BRASIL. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2005.

BRASIL. Guia de Vigilância Epidemiológica. 3. Ed. Brasília: Secretaria de Vigilância Epidemiológica, 2005.

BRASIL. Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de DST/AIDS. Base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (a partir de 1998).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2005.

PIQUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. *Tratado prático de enfermagem*. 2. Ed. São Paulo, 2010.

REFERÊNCIAS

AVELLERA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** Na Bros Dermatol. 2006; 81 (2): 111-26

BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.** Manole; São Paulo, 2006

BRASIL. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2005 .

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 6. Ed. Brasília: Secretaria de Vigilância Epidemiológica, 2006 .

BRASIL. **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/ Programa Nacional de DST e Aids, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).** Programa Nacional de DST/Aids: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

BRASIL. **Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005 a.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem.** 2. Ed. São Paulo, 2010.

GUINSBURG, R. **Medidas para erradicação da Sífilis Congênita**. Departamento Científico de Neonatologia. 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=2219&tipo_detalhe=s. Acesso em 01 de Novembro de 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 5. Ed. São Paulo: Atlas 1992.

LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher**. Cultura e Qualidade, Goiânia: AB, 2006.

MANUAL DE ENFERMAGEM. Brasília: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde Universidade de São Paulo, 2001.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião da saúde do ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p. 1791 – 1799. Nov/ dez, 2003.

PROJETO DE ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA. 1993. Disponível em:

SARACENI, V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: Uma revisão sistemática. **Revista Brasileira Materna Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 263 – 273 jul./set. 2005.

SARACENI. **A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita**. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilis_e_gravidez.pdf. Acesso em 18 de março de 10.

VIEIRA, Sônia.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.192p.

ANEXOS

Definição: São as sífilis adquiridas após o parto e a gestante apresenta a sífilis após o parto, mas não durante a gravidez, com todas as manifestações clínicas ou não manifestadas.

1. Nome da Gestante		2. Endereço	
3. Autenticação		4. Data de Nascimento	
5. SÍFILIS EM GESTANTE		6. Cód. CID-10	
7. Data de Nascimento		8. Data de Nascimento	
9. Data de Nascimento		10. Data de Nascimento	
11. Data de Nascimento		12. Data de Nascimento	
13. Data de Nascimento		14. Data de Nascimento	
15. Data de Nascimento		16. Data de Nascimento	
17. Data de Nascimento		18. Data de Nascimento	
19. Data de Nascimento		20. Data de Nascimento	
21. Data de Nascimento		22. Data de Nascimento	
23. Data de Nascimento		24. Data de Nascimento	
25. Data de Nascimento		26. Data de Nascimento	
27. Data de Nascimento		28. Data de Nascimento	
29. Data de Nascimento		30. Data de Nascimento	
31. Data de Nascimento		32. Data de Nascimento	
33. Data de Nascimento		34. Data de Nascimento	
35. Data de Nascimento		36. Data de Nascimento	
37. Data de Nascimento		38. Data de Nascimento	
39. Data de Nascimento		40. Data de Nascimento	
41. Data de Nascimento		42. Data de Nascimento	
43. Data de Nascimento		44. Data de Nascimento	
45. Data de Nascimento		46. Data de Nascimento	
47. Data de Nascimento		48. Data de Nascimento	
49. Data de Nascimento		50. Data de Nascimento	
51. Data de Nascimento		52. Data de Nascimento	
53. Data de Nascimento		54. Data de Nascimento	
55. Data de Nascimento		56. Data de Nascimento	
57. Data de Nascimento		58. Data de Nascimento	
59. Data de Nascimento		60. Data de Nascimento	
61. Data de Nascimento		62. Data de Nascimento	
63. Data de Nascimento		64. Data de Nascimento	
65. Data de Nascimento		66. Data de Nascimento	
67. Data de Nascimento		68. Data de Nascimento	
69. Data de Nascimento		70. Data de Nascimento	
71. Data de Nascimento		72. Data de Nascimento	
73. Data de Nascimento		74. Data de Nascimento	
75. Data de Nascimento		76. Data de Nascimento	
77. Data de Nascimento		78. Data de Nascimento	
79. Data de Nascimento		80. Data de Nascimento	
81. Data de Nascimento		82. Data de Nascimento	
83. Data de Nascimento		84. Data de Nascimento	
85. Data de Nascimento		86. Data de Nascimento	
87. Data de Nascimento		88. Data de Nascimento	
89. Data de Nascimento		90. Data de Nascimento	
91. Data de Nascimento		92. Data de Nascimento	
93. Data de Nascimento		94. Data de Nascimento	
95. Data de Nascimento		96. Data de Nascimento	
97. Data de Nascimento		98. Data de Nascimento	
99. Data de Nascimento		100. Data de Nascimento	

ANEXOS



Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		Código (CID10) 098.1	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
Dados de Residência	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados Complementares do Caso	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
Ant. epid. gestante	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação				
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código	
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
	Resultado dos Exames		38 Título	39 Data	
	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:		
Tratamento gestante	40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				

Ant. epidemiológicos da
parceria sexual

44 Motivo para o não tratamento do Parceiro

- 1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
5 - Parceiro com sorologia não reagente.
6 - Outro motivo: _____



Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

GEST_SIF_NET

11/03/2010

COREL

MR

Sífilis em gestante

Sinan NET

SVS

29/09/2008



Definição de caso:

Primeiro critério: toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes terapêuticos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro critério: todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente a evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto critério: toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema Pallidum* em placenta ou cordão umbelical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	SÍFILIS CONGÊNITA	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) A 5 0.9
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data da Notificação
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data do Diagnóstico	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Dados Complementares	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Idade da mãe Anos	32 Raça/cor da mãe 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	33 Ocupação da mãe
	34 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	36 UF	37 Município de Realização do Pré-Natal	Código (IBGE)
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal	Código	
	39 Diagnóstico de sífilis materna 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado		
	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado	41 Título 1: -	42 Data
	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		
Trat. da gestante / mãe	44 Esquema de tratamento 1-Adequado 2-Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado	45 Data do Início do Tratamento	46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico			51 Título	52 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:	
	53 Teste treponêmico (após 18 meses)				54 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				
	55 Teste não treponêmico - Líquor			56 Título	57 Data
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			1:		
Dados Clínicos da Criança	58 Titulação ascendente			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i>	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado	
	60 Alteração Liquórica			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos	
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Tratamento	62 Diagnóstico Clínico			63 Presença de sinais e sintomas	
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Evolução	64 Esquema de tratamento			66 Data do Óbito	
	1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia			4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado	
65 Evolução do Caso					
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado					
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome			Função	Assinatura

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com Filho de: (o nome da mãe).

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination *Treponema pallidum*), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não-treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

* É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração líquorica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança.

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se óbito por sífilis congênita - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se Aborto - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se Natimorto - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.