



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SÍFILIS CONGÊNITA: um problema de saúde pública**

**CINTHIA DE AZEVEDO FRIZZA<sup>1</sup>**

**JULIANA RAQUEL DA SILVA SOUZA<sup>2</sup>**

**RESUMO:**

A Sífilis, Infecção Sexualmente Transmissível causada pela bactéria *Treponema Pallium*, se manifesta por meio de alterações cutâneas na fase inicial da doença, podendo até, atingir coração e pulmão na fase mais grave. As gestantes com diagnóstico de sífilis pode transmitir verticalmente ao feto por forma transplacentária, sendo assim chamada de Sífilis Congênita. A sífilis congênita pode ser classificada em precoce e tardia, caracterizada de acordo com a apresentação dos sinais e sintomas. Objetiva-se através desse estudo investigar o quantitativo de notificação da SC no estado do Rio Grande do Norte e, especificamente, relatar variáveis maternas infantis relacionadas à Sífilis Congênita. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa a partir de dados extraídos do Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Os dados demonstram um aumento gradativo do ano de 2007 a 2012 e as variáveis de maior destaque são: Faixa etária do recém-nascido de até 6 dias; Escolaridade materna de ensino fundamental; Natal é a região de saúde de maior número de notificações; a informação diagnóstica foi durante o parto; as mães realizaram o pré natal e o tratamento, mas o parceiro, não. É possível concluir com este trabalho a deficiência na assistência prestada no período do pré-natal e o despreparo dos profissionais diante a doença. Em meio as pesquisa, observou-se a desatualização dos dados disponibilizados no DATASUS. O Ministério da Saúde em 2016 declarou epidemia de sífilis no Brasil, porém os dados fornecidos não condizem com o estado atual do país.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita. Assistência Pré-Natal. Enfermagem em Saúde. Pública. Enfermagem Materno-Infantil.

---

<sup>1</sup> Graduanda de Enfermagem UNI-RN – cinthiaafrizza@gmail.com

<sup>2</sup> Professora Mestre Orientadora – julianasouza@unirn.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública em decorrência da incidência de casos novos a cada ano. Dentre elas, a Sífilis apresenta elevado grau de contaminação no Brasil através do *Treponema Pallium*, sendo o homem hospedeiro, transmissor e reservatório, com capacidade de transmissão sexual ou vertical (MAGALHÃES, et al. 2013). As manifestações clínicas, em ambos os sexos, surge com ulcerações cutâneas na região genital como fase inicial. Este é o canal para a transmissão da doença por meio da relação sexual (BRASIL, 2010).

A prevenção deve ser feita a partir de um método de barreira durante a relação sexual. Porém, as lesões podem estar presentes em determinados locais da região genital onde o método de barreira não é totalmente eficaz. Devido a isso, a abstinência sexual é a melhor prevenção da transmissão sexual. Quando acomete a mulher no período gestacional, apesar de não apresentar quantitativo expressivo de mortalidade materna, é uma infecção preocupante devido aos números de mortalidade perinatal, aborto e sequelas neurológicas do Recém-nascido (RN), que caracteriza a Sífilis Congênita (SC) (BRASIL, 2002).

Há duas formas de apresentação: a SC precoce, diagnosticada em até dois anos de vida, responsável por baixo peso ao nascer, prematuridade, vísceromegalia, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, surdez e lesões cutâneas; e a SC tardia diagnosticada posterior a esse período, responsável por deformidade óssea, edema persistente nas articulações, problemas respiratórios e surdez neurológica. (BRASIL, 2010).

A transmissão vertical da sífilis apresenta prevalência média, no Brasil, de 1,4% a 2,8%.

O risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação. Essas considerações justificam a necessidade de testagem duas vezes na gestação (primeira consulta e 3. trimestre) e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto) (BRASIL. 2010).

Visto a facilidade do diagnóstico e do tratamento, a SC é possivelmente evitável a partir da qualidade da assistência prestada. A gestante tem direito a assistência pré-natal

(PN) oferecida pela Atenção Básica de Saúde (ABS), onde é acompanhada em todo decorrer da gestação, sendo orientada a prevenção de doenças e cuidados gerais a serem tomados na gestação. Por isso, o SISPRENATAL é ativo para o cadastramento, monitoramento da gestante, e acompanhando do processo gestacional ao puerpério (BRASIL, 2013).

A solicitação de exames, como a sorologia VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), exame laboratorial para a identificação da Sífilis, e o teste rápido realizado na ABS, são exames capazes de identificar a positividade do contato com a doença. Menciona-se que o teste VDRL trata-se de um teste não treponêmico que avalia os níveis de antígeno cardiolipina, presentes em alta concentração em caso de um teste positivo. Possui baixo custo e rápida negatificação como resposta ao resultado negativo ou tratamento adequado (MELLO; SANTOS, 2015).

O Enfermeiro da ABS é, também, o responsável pela qualidade da assistência pré-natal da gestante em todo o processo gestacional através da Consulta de Enfermagem prevista em legislação, que prevê cuidado integral à saúde da mulher gestante, realização do pré-natal, e acompanhamento ao puerpério. Destaca-se como importante profissional para a diminuição de quadros de SC devido a possibilidade de fornecer orientação, educação em saúde e identificação na gestante dos sinais da Sífilis (MELLO; SANTOS, 2015).

Diante do exposto, o presente estudo possui a seguinte questão de pesquisa: Qual o índice de notificação da SC no estado do Rio Grande do Norte?

Ao considerar os índices da SC no Brasil, a determinação do tema foi baseada no questionamento da qualidade da assistência PN ofertadas às gestantes e neonatos acometidos devido ao número de casos de Sífilis Congênita no Rio Grande do Norte. É de grande relevância a exposição da SC para refletir as ações multiprofissionais e dirimir os casos de SC, evitáveis, desde o pré-natal através de tecnologias leves e de baixo custo. Além disso, destaca o papel do enfermeiro como profissional capacitado para atuar na promoção da saúde e proteção específica da população em questão no desenvolvimento da consulta de enfermagem, intervenção e orientação as gestantes.

A relevância do trabalho se dar por apresentar dados panorâmicos da saúde no estado do Rio Grande do Norte para que, através de evidência científica baseada em dados disponíveis nos sistemas de notificação, sejam planejadas ações pautadas no

conhecimento científico. Além disso, apresenta retorno social por dispor de informações relevantes na educação em saúde para prevenção da sífilis.

O presente estudo tem como objetivo de investigar o quantitativo de notificação da SC no estado do Rio Grande do Norte e, especificamente, relatar variáveis maternas e infantis.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **2.1.1 Abordagem Terapêutica**

Os profissionais de saúde desenvolvem ações para o manejo de pessoas infectadas sexualmente, como: Promover atividades educativas à saúde e prevenção; aconselhar diante os testes diagnósticos, adesão ao tratamento e às recomendações da assistência; diagnóstico precoce das doenças sexualmente transmissíveis e tratamento adequado; encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção; prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2006).

Para melhor manejo do cuidado e conhecimento científico de domínio público, são divulgados pelo Ministério da Saúde e secretarias, manuais, guias e diretrizes de fácil acesso para o manejo da doença e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Entre eles, encontra-se: Guia de Bolso para Manejo de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita (2016); Guia de Referências Técnicas e Problemáticas para Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita (2010); Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis (2015); Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres (2016); Caderno de Atenção Básica: HIV/Aids, hepatites e outras DST (2006). A partir dessa literatura, o profissional da saúde é capaz de se aperfeiçoar e saber lidar com a sífilis materna e congênita.

Para garantir os princípios básicos do Sistema Único de Saúde de universalização, integralidade, descentralização e hierarquização, a Atenção Básica de Saúde é responsável por dar suporte aos infectados sexualmente. O primeiro contato com mulher se dá por meio do acolhimento no nível primeiro em saúde, sendo o Enfermeiro profissional articulador dessa assistência inicial. A Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, em seu Guia de Bolso para Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, (SES, 2016) o coloca como uma estratégia para controle epidemiológico, permitindo uma relação de confiança entre usuário e profissional, levando ao usuário ter a garantia do sigilo, privacidade e individualidade. Consequentemente, aumentando as possibilidades de tratamento eficaz.

Conforme a Portaria nº 542 de 22 Dezembro de 1986, primeira estabelecida, a sífilis congênita deve ser notificada de forma compulsória obrigatória para as autoridades

sanitárias. Atualmente, a Portaria 204 de Fevereiro de 2016, estabelece a sífilis adquirida, congênita e em gestantes como notificação compulsória, sendo sua periodicidade semanal. A notificação deve ser feita por um profissional da saúde por meio do preenchimento da ficha de notificação e investigação compulsória e ser registrada no Sistema de Agravos de Notificações (SINAN).

As maternidades são as principais fontes de notificação por realizar testagem anterior na admissão da mulher e em ambulatórios infantis em casos de partos domiciliar (SES, 2016). Por isso, essas são os principais responsáveis pela notificação e subnotificação dos casos, o que confere a infração a legislação de saúde estabelecida.

### 2.1.2 Diagnóstico e Tratamento

A sífilis na gestação “pode apresentar consequências graves, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN” (BRASIL, 2015, p. 91). O diagnóstico da doença é feito a partir de quadros epidemiológicos, anamnese, exame físico e exames comprobatórios.

Para confirmação diagnóstica são realizados testes treponêmicos ou não treponêmicos. O teste não treponêmico pode ser analisado de forma quantitativa ou qualitativa, onde a quantitativa determina o título na amostra sanguínea, enquanto a qualitativa indica a presença ou não do anticorpo. O exame não treponêmico mais utilizado é o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) (BRASIL, 2015).

Os testes treponemicos são específicos à bactéria *Treponema Pallium*, e são utilizados de forma estratégica para um rastreio inicial. Os testes imunogromatográficos, os testes rápidos, é o teste treponêmico mais utilizado na atenção básica de saúde, com no máximo de 30 minutos, é possível obter um diagnóstico a partir de uma coleta de sangue periférica. (BRASIL, 2015)

No caso do recém-nascido, o diagnóstico é feito de maneira clínica e por meio de exames confirmatórios, a partir de um resultado reagente de sua genitora. A sífilis congênita pode ser apresentada de forma precoce com sinais e sintomas característicos ou “por meio de abortamentos, óbitos fetais [...], morte perinatal, com quadro clínico tipo “septicêmico”, ou [...] recém-nascidos assintomáticos, que poderão apresentar alterações

em fases subsequentes da vida (SES, 2016, p. 63), sendo assim, classificada como a fase tardia da doença.

O tratamento para a sífilis materna, parceiro sexual e sífilis congênita consiste no uso da Penicilina G, antibiótico, administrado por via intramuscular, variando a dosagem adequada e o tempo (dias) de tratamento. Em casos de alergia à Penicilina G, deve-se utilizar a droga Ceftriaxona. Esses casos de alergia devem ser identificados e registrados em prontuário durante a história clínica da paciente (BRASIL, 2015).

Considera-se um tratamento inadequado, todo ele que: realizado com outra medicação que não seja penicilina; tratamento incompleto, mesmo fazendo uso de penicilina; tratamento em 30 dias que antecedem o parto e parceiro com sífilis não tratado ou tratado inadequadamente. (SES, 2016)

## 2.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem quantitativa, a partir de dados secundários. As pesquisas descritivas "têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis" (GIL, 2008, p. 27).

Os dados serão coletados a partir das tabulações desenvolvidas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. O DATASUS informatiza as atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizando o controle social com utilização dos recursos estatísticos oferecidos.

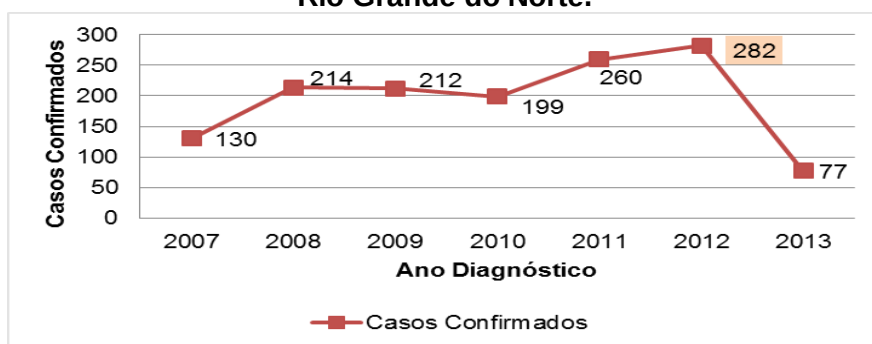
As variáveis foram previamente definidas e foram classificadas como: Variáveis Maternas e Variáveis Infantis. Foram incluídos dados de 2007 a 2013, sendo excluídos os anos de 2014 a 2015 devido à indisponibilidade dos dados nesses anos.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2016 em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. A análise dos dados ocorreu após tabulação no programa Excel para Windows, onde os dados foram analisados através de estatística percentual, levando em consideração a totalidade de cada variável durante o ano.

## 2.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estado do Rio Grande do Norte situa-se na região do Nordeste, possui 167 Municípios e tem Natal como capital. Segundo o IBGE, para o ano de 2016, estimou-se 3.474.998 habitantes. (IBGE, 2010). Os casos de Sífilis Congênita no Rio Grande do Norte durante sete anos, entre 2007 e 2013, apresentaram variações consideráveis, sendo 2012 o ano de maior incidência de casos, como apresentados na Figura 1.

**Figura 1 – Referente ao número de casos confirmado/s de Sífilis Congênita no estado do Rio Grande do Norte.**



Fonte: (DATASUS, 2014)

No ano de 2016, foi divulgado no Portal da Saúde do Ministério da Saúde estado de epidemia nos casos de Sífilis. A Secretaria de Vigilância em Saúde promoveu uma reunião para discutir ações estratégicas para a redução dos casos de sífilis materna e congênita no Brasil, nela foi pactuada a erradicação da doença em até dois anos de combate. Nos últimos onze anos foram notificados 169.456 casos e vem representado um número gradativo a cada ano

As informações supracitadas demonstram um aumento gradativo do ano de 2007 a 2012, havendo uma insignificante queda entre o ano 2008 e 2009. O ano de 2012 destaca-se devido ao pico de casos de sífilis congênita; já em 2013, há um declínio de grande relevância, havendo uma diferença de 205 casos, reduzindo o número de casos do ano anterior até o ano referente. Com isso, supõe-se que houve uma melhoria da qualidade da assistência prestada a mulher durante a gestação e implementação de estratégias eficazes.

Conforme a Portaria nº 77 foi considerada a necessidade da melhoria da qualidade e ampliação do diagnóstico de HIV, sífilis e outros agravos. O Sistema Único de Saúde

(SUS) dispõe de realização de testes rápidos no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e parceiros sexuais, podendo ser realizados na Atenção Básica de Saúde. Em casos de gestantes com resultado reagente, deve ser disponibilizado o teste para seu parceiro (BRASIL, 2012).

Contraditório a isso, o ano de 2012 tornou-se destaque para o aumento de casos de sífilis congênita confirmados, levando a refletir a qualidade da assistência prestada durante o período do pré-natal mesmo com intervenções do SUS para diagnóstico e tratamento precoce, contribuindo pela saúde materna e fetal.

Diante os casos confirmados, foram associadas variáveis para a formação de um Perfil Materno-Infantil, representados pela Tabela 1.

**Tabela 1 - Perfil materno-infantil relacionado à notificação de casos confirmados de sífilis congênita.**

| Perfil Materno-Infantil    | 2007<br>n (%) | 2008<br>n (%) | 2009<br>n (%) | 2010<br>n (%) | 2011<br>n (%) | 2012<br>n (%) | 2013<br>n (%) | Total<br>n (%) |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| <b>Faixa Etária do RN</b>  |               |               |               |               |               |               |               |                |
| Até 6 dias                 | 127 (97,7)    | 209 (97,7)    | 201 (94,8)    | 193 (97,0)    | 252 (96,9)    | 276 (97,9)    | 75 (97,4)     | 1333 (97,0)    |
| 7 - 27 dias                | 1 (0,8)       | 1 (0,5)       | 3 (1,4)       | 2 (1,0)       | 4 (1,5)       | 3 (1,1)       | 1 (1,3)       | 15 (1,1)       |
| 28 dias < 1 ano            | 0 (0,0)       | 3 (1,4)       | 5 (3,4)       | 4 (2,0)       | 4 (1,5)       | 2 (0,7)       | 1 (1,3)       | 19 (1,4)       |
| 2 a 4 anos                 | 1 (0,8)       | 0 (0,0)       | 1 (0,5)       | 0 (0,0)       | 0 (0,0)       | 1 (0,4)       | 0 (0,0)       | 3 (0,2)        |
| 5 a 12 anos                | 1 (0,8)       | 1 (1,4)       | 2 (0,9)       | 0 (0,0)       | 0 (0,0)       | 0 (0,0)       | 0 (0,0)       | 4 (0,3)        |
| <b>Escolaridade da Mãe</b> |               |               |               |               |               |               |               |                |
| Analfabeto                 | 5 (4,6)       | 6 (3,7)       | 4 (2,3)       | 6 (3,6)       | 8 (3,8)       | 5 (2,5)       | 2 (3,0)       | 36 (3,3)       |
| Ensino Fundamental         | 81 (74,3)     | 124 (75,6)    | 134 (77,0)    | 117 (69,2)    | 136 (65,1)    | 138 (68,3)    | 42 (62,7)     | 772 (70,8)     |
| Ensino Médio               | 23 (21,1)     | 32 (19,5)     | 36 (20,7)     | 44 (26,0)     | 62 (29,7)     | 57 (28,2)     | 23(34,3)      | 25,1)          |
| Ensino Superior            | 0 (0,0)       | 2 (1,2)       | 0 (0,0)       | 2 (1,2)       | 3 (1,4)       | 2 (1,0)       | 0 (0,0)       | 9 (0,8)        |
| <b>Regiões de Saúde</b>    |               |               |               |               |               |               |               |                |
| Natal                      | 106 (81,5)    | 172 (80,4)    | 147 (69,3)    | 130 (65,3)    | 167 (64,2)    | 205 (72,7)    | 32 (41,6)     | 959 (69,8)     |
| Mossoró                    | 1 (0,8)       | 0 (0,0)       | 14 (6,6)      | 18 (9,0)      | 26 (10,0)     | 33 (11,7)     | 17 (22,1)     | 109 (8,0)      |
| Metropolitana              | 8 (6,2)       | 24 (11,2)     | 27 (12,7)     | 33 (16,6)     | 46 (17,7)     | 24 (8,5)      | 15 (19,5)     | 177 (12,9)     |
| Outras Regiões             | 15 (11,5)     | 18 (8,4)      | 24 (11,3)     | 17 (8,5)      | 21 (8,1)      | 20 (7,1)      | 13 (16,9)     | 128 (9,3)      |

**Fonte: (DATASUS, 2014)**

A Faixa Etária do Recém Nascido condiz em qual momento à criança manifestou os sinais e sintomas da doença, podendo haver uma apresentação precoce ou tardia. Ao nascer, a criança pode estar aparentemente saudável, manifestar-se clinicamente de forma menos intensa, apresentar estado geral grave perante a doença, ou ainda apresentar manifestações tardiamente desde o seu nascimento, por isso, não há estabelecimento de período de incubação da doença (BRASIL, 2010).

Referente à variável, no ano de 2012 houve um número significativo de casos até seis dias de vida, consequentemente, um destaque na forma precoce da doença. Os

casos condizentes a manifestação tardia da doença tiveram resultados insignificantes diante aos casos em destaque.

A Escolaridade Materna influencia diretamente os cuidados em saúde, a percepção do processo saúde-doença, e principalmente na aceitabilidade das formas de tratamento. O acesso às informações é o meio de educação em saúde a fim de promover o autocuidado e estabelecer medidas para o controle das infecções sexualmente transmissíveis. Nota-se que a baixa escolaridade, até o ensino fundamental, de mulheres com casos confirmados de sífilis, esteve em destaque no ano de 2012. De acordo com Souza (2012), a escolaridade contribui para a emancipação social e no modo dos sujeitos perceberem a própria saúde, ampliando o bem-estar, qualidade de vida e saúde da população.

Diante disso, pode-se pensar também na educação aplicada na atenção básica de saúde como meio de informação a essas mulheres, com isso, o enfermeiro tem papel fundamental no planejamento, organização e prática dessas ações.

Os resultados referentes às regiões de saúde do Rio Grande do Norte nos permite visualizar o foco de casos da doença. Na cidade de Natal, capital do estado, observa-se o elevado número de casos, destacando, novamente, os casos no ano de 2012. Natal é a cidade de referência para muitas regiões circunvizinhas devido à ausência ou deficiência dos recursos a serem oferecidos, por isso, o resultado alarmante e destacado, pode não fazer referência, apenas, aos habitantes da cidade correspondente, mas à habitantes de outras regiões que tiveram a confirmação da doença e foram notificados na capital.

Na Tabela 2, apresenta resultados referentes a procedimentos realizados relacionados ao pré-natal e o tratamento da Sífilis.

**Tabela 2 - Procedimentos realizados relacionados a notificação de sífilis congênita.**

| Procedimentos                 | 2007<br>n (%) | 2008<br>n (%) | 2009<br>n (%) | 2010<br>n (%) | 2011<br>n (%) | 2012<br>n (%) | 2013<br>n (%) | Total<br>n (%) |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| <b>Casos Confirmados</b>      |               |               |               |               |               |               |               |                |
| Durante o Pré-Natal           | 46 (40,0)     | 93 (46,3)     | 84 (44,4)     | 85 (43,6)     | 105 (40,9)    | 111 (40,1)    | 41 (53,9)     | 565 (43,1)     |
| No momento do parto/curetagem | 62 (53,9)     | 90 (44,8)     | 77 (40,7)     | 82 (42,1)     | 115 (44,7)    | 138 (49,8)    | 23 (30,2)     | 587 (44,8)     |
| Após o parto                  | 7 (6,1)       | 18 (9,0)      | 28 (14,8)     | 28 (14,4)     | 37 (14,4)     | 28 (10,1)     | 12 (15,8)     | 158 (12,1)     |
| <b>Realizou Pré-Natal</b>     |               |               |               |               |               |               |               |                |
| Sim                           | 96 (75,0)     | 154 (81,1)    | 148 (76,3)    | 155 (80,3)    | 204 (82,6)    | 238 (86,9)    | 63 (87,5)     | 1058 (81,5)    |
| Não                           | 32 (25,0)     | 36 (18,9)     | 46 (23,7)     | 38 (19,7)     | 43 (17,4)     | 36 (13,1)     | 9 (12,5)      | 240 (18,5)     |
| <b>TTT da Mãe</b>             |               |               |               |               |               |               |               |                |
| Sim                           | 113 (83,1)    | 132 (64,4)    | 125 (59,8)    | 125 (63,1)    | 185 (71,2)    | 207 (75,0)    | 37 (50,7)     | 924 (68,1)     |
| Em Branco                     | 23 (16,9)     | 73 (35,6)     | 84 (40,2)     | 73 (36,9)     | 75 (28,8)     | 69 (25,0)     | 36 (49,3)     | 433 (31,9)     |
| <b>TTT do Parceiro</b>        |               |               |               |               |               |               |               |                |
| Sim                           | 26 (23,6)     | 54 (32,0)     | 63 (35,0)     | 24 (14,8)     | 35 (16,0)     | 23 (10,4)     | 4 (7,4)       | 229 (20,5)     |
| Não                           | 84 (76,4)     | 115 (68,0)    | 117 (65,0)    | 138 (85,2)    | 184 (84,0)    | 198 (89,6)    | 50 (92,6)     | 887 (79,5)     |

Fonte: (DATASUS, 2014)

Os resultados expostos na Tabela 2 confirmam que os casos de sífilis congênita foram notificados em maior porcentagem, durante sete anos, no momento do parto ou curetagem, tendo o ano de 2012 como destaque para o maior número de casos. A partir dessa informação, é possível relacionar à má qualidade da assistência prestada, tendo em vista que os testes para diagnóstico da sífilis fazem parte da rotina de exames no pré-natal. Recomenda-se a realização de testes para sífilis, sorológico ou teste rápido, na primeira consulta do pré-natal, onde ocorre, comumente, no primeiro trimestre da gestação; a testagem deve ser repetida no início do terceiro trimestre, em torno do 7º mês para detectar infecções ou reinfecções (BRASIL, 2006).

Como mais um indicador de falha na qualidade da assistência, os resultados mostraram de forma discrepante que, mais de 80% dos casos confirmados de sífilis congênita, a genitora obteve acompanhamento pré-natal durante a gestação. As mulheres infectadas que não foram acompanhadas durante o pré-natal, não tiveram acesso a realização dos testes confirmatórios e, conseqüentemente não foram tratadas, tendo o primeiro contato na maternidade; devido a isso, há grandes possibilidades do acometimento fetal.

O Ministério da Saúde preconiza realizar exame sorológico com amostra de sangue periférico em recém-nascidos, onde mães apresentaram VDRL reagente na gestação com a realização do tratamento inadequado ou apresentaram reagentes no momento do parto (BRASIL, 2006).

Ainda referente à Tabela 2, os resultados supracitados mostram que, 75% das mulheres diagnosticadas com sífilis realizaram o tratamento, entretanto, cerca de 90% dos parceiros não executaram, com isso, em virtude de uma vida sexual ativa, as mulheres têm a possibilidade de ser reinfectadas por seus parceiros. O tratamento adequado da sífilis envolve o tratamento da mulher e de seu parceiro, trazendo assim, uma proteção eficaz para ambos e o feto (BRASIL, 2015). Diante disso, reforça a importância da introdução do homem no cenário de saúde, nos cuidados preventivos e de promoção à saúde e no autocuidado. Além disso, a qualidade da assistência prestada deve ser revista, de uma forma a fornecer uma assistência adequada prestada aos usuários, beneficiando a saúde da família.

### 3 CONCLUSÃO

O estudo com o objetivo investigar o quantitativo de notificação da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Norte, constatou-se o crescente número de casos de sífilis congênita no estado sendo um problema de saúde pública. O ano de 2012 foi destaque nos resultados apresentados, mesmo sendo o ano em que foi estabelecida a Portaria de nº 77, de 12 de janeiro de 2012 que dispõe de realização de testes no pré-natal. Para isso, reforça a importância da promoção em saúde, sendo o enfermeiro profissional responsável em todos os níveis de atenção. Salienta a importância do plano de cuidados pautado no tratamento adequado e precoce, evitando o maior acometimento fetal. Levando isso em consideração, dentre os outros resultados apresentados, observa-se a falha na assistência prestada e despreparo para os profissionais da saúde.

A sífilis é uma doença de fácil prevenção e diagnóstico, consequentemente é de fácil controle epidemiológico. A doença precisa de destaque para que haja mobilizações e que seja possível a diminuição de casos. Os profissionais da saúde são os grandes responsáveis por prevenir e orientar a população, por meio de acolhimento adequado e ações educativas e manejo da doença. Com a prevenção da sífilis, também é prevenida a sífilis congênita, uma vez que a gestante encontra-se infectada, há uma grande possibilidade do acometimento fetal.

O Enfermeiro é o profissional de fácil acesso a população na Atenção Básica, por isso, ele deve se manter atualizado, capacitado e deve executar preconizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, como a realização do teste rápido na primeira consulta do pré-natal, para a detecção breve da doença e encaminhamento, se for o caso, para o início do tratamento adequado. Essas medidas contribuem para a diminuição do acometimento fetal e suas complicações futuras, propiciando os decrescentes casos de sífilis congênita.

O estudo apresenta limitações quanto a desatualização dos dados disponíveis no DATASUS, não podendo ser considerado os anos de 2014 e 2015, fator que favorecia a atualização e melhor comparação da situação de saúde da sífilis congênita.

Apesar de suas limitações, o estudo mostra um papel relevante para o meio científico, uma vez que expõe criticamente as lacunas da assistência em saúde para o

problema em questão e sua influencia para a saúde pública do estado do Rio Grande do Norte.

A partir desse, é possível estabelecer medidas de intervenção na Atenção Básica de Saúde com os profissionais, capacitando-os para manejo da doença e práticas de promoção e prevenção de doenças.



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**GRADUAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

**CONGENITAL SYPHILIS: a public health problem**

**FRIZZA, CINTHIA DE AZEVEDO<sup>3</sup>**

**SOUZA, JULIANA RAQUEL DA SILVA<sup>4</sup>**

**ABSTRACT**

Syphilis, a sexually transmitted infection caused by the bacterium *Treponema Pallium*, manifests itself through cutaneous changes in the early stage of the disease, and may even reach the heart and lungs in the most severe phase. Pregnant women diagnosed with syphilis may transmit vertically to the fetus by transplacental form, thus being called Congenital Syphilis. Congenital syphilis can be classified as early and late, characterized according to the presentation of signs and symptoms. The objective of this study is to investigate the quantitative reporting of SC in the state of Rio Grande do Norte and, specifically, to report maternal variables related to Congenital Syphilis. It is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach based on data extracted from the Department of Informatics of SUS - DATASUS. The data show a gradual increase of the year 2007 to 2012 and the variables of greater prominence are: Age range of the newborn of up to 6 days; Maternal primary schooling; Natal is the health region with the highest number of notifications; The diagnostic information was during the delivery; The mothers performed prenatal and treatment, but the partner did not. It is possible to conclude with this work the deficiency in the assistance provided in the prenatal period and the lack of preparation of the professionals in the disease. In the midst of the research, it was observed the outdated data available in DATASUS. The Ministry of Health in 2016 declared a syphilis epidemic in Brazil, but the data provided do not match the current state of the country.

**Keywords:** Congenital syphilis. Prenatal Assistance. Nursing in Public Health. Maternal and Child Nursing

---

<sup>3</sup> Undergraduate Nursing UNI-RN – cinthiaafrizza@gmail.com

<sup>4</sup> Teacher Master Counselor UNI-RN – julianasouza@unirn.edu.br

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 20, n. 1, p.47-50, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: HIV/Aids, Hepatites e Outras DST**. 1ª ed. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Gestação de Alto Risco**. 5 ed. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede Cegonha: Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. 1 ed. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: manual de bolso**. 2 ed. Brasília. 2006.

BRASIL. Constituição (1986). Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. **Dou**.

BRASIL. Constituição (2012). Portaria nº 3242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.. **Dou**. Seção 1, p. 50-52.

BRASIL. Constituição (2012). Portaria nº 10, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.. **Dou**. Seção 2, p. 42-43.

DATASUS. 2014. Sífilis Congênita. Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/sifilism.def>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Revista Rene**, Paraíba, p.375-381, 27 abr. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.a., 2008. 196 p.

IBGE. 2010. Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=rn>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, jun. 2010.

MELLO, V. S.; SANTOS, R. S. A sífilis congênita no olhar da enfermagem. **Revista Enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro, set/out. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde lança ação nacional de combate à sífilis**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26100-ministerio-da-saude-lanca-acao-nacional-de-combate-a-sifilis>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referências e Treinamento DST/AIDS. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. **Guia de Referências Técnicas e Problemáticas para as Ações do Plano de Eliminações**. 1ª ed. São Paulo. 2010.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referências e Treinamento DST/AIDS. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. **Guia de Bolso para Manejo de Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita**. 2ª ed. São Paulo. 2016.

SOUZA, Damião Ernane de. **Determinação Social da Saúde**: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida. 2012. 116 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Epidemiologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.