

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO
PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

RUTHENÉIA ALVES DE SANTANA

**SÍFILIS CONGÊNITA: O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UMA TRÍPLICE FRONTEIRA (ES, BA E MG)**

**SÃO MATEUS-ES
2019**

RUTHENÉIA ALVES DE SANTANA

**SÍFILIS CONGÊNITA: O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UMA TRÍPLICE FRONTEIRA (ES, BA E MG)**

Dissertação apresentada à Faculdade
Vale do Cricaré para obtenção do título de
Mestre em Ciência, Tecnologia e
Educação.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Rodrigues
Silva

SÃO MATEUS-ES
2019

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

S232s

SANTANA, Ruthenéia Alves de.

Sífilis congênita: o conhecimento dos profissionais de saúde de uma tríplice fronteira (ES, BH e MG) / Ruthenéia Alves de Santana – São Mateus - ES, 2019.

120 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva.

1. Sífilis congênita. 2. Conhecimento. 3. Profissionais da saúde. 4. Políticas de saúde. I. Silva, Daniel Rodrigues. II. Título.

CDD: 616.98162

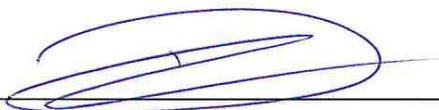
RUTHENÉIA ALVES DE SANTANA

**SÍFILIS CONGÊNITA: O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DE UMA TRÍPLICE FRONTEIRA (ES,BA e MG)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração a Educação e a Inovação.

Aprovada em 05 de outubro de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA



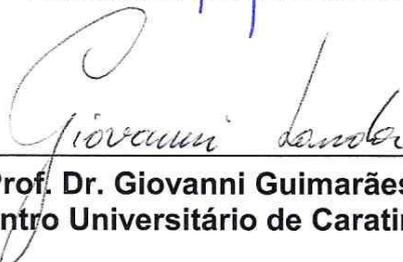
Prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Me. Luana Frigulha Guisso
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. Giovanni Guimarães Landa
Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Marco Vinício de Santana Filho, Diogo Alves de Santana e ao esposo Marco Vinício de Santana Pereira que foram meus pilares para essa conquista

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter sido sustento e convicção de que seria possível, pois me permitiu chegar até o aqui. A Marco meu esposo, que esteve todo tempo ao meu lado pelo companheirismo e incentivo. Ao meu orientador, e grande incentivador na minha vida acadêmica Dr^o. Daniel Rodrigues. Aos meus filhos Marco e Diogo pela compreensão, entendendo as ausências. Aos colegas de trabalho do Hospital Renato Azeredo pela participação na pesquisa e pelo broquel de sempre. Aos sujeitos da pesquisa que colaboraram de forma brilhante. Aos colegas do Mestrado pelo companheirismo e trabalhos que desenvolvemos juntos. A todos que colaboraram direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste trabalho

Gratidão vai além de muito obrigado, ultrapassa gentilezas e é superior a qualquer interesse...

Gratidão é virtude de quem reconhece em Deus e no outro o valor que ele tem e que ele faz sem exigir nada em troca...Quem agradece está apto a crescer (Cecília Sfalzin)
A todos vocês minha gratidão.

Queridos, papai e mamãe, transmita só amor aos seus filhos,
Não transmita sífilis.

RESUMO

SANTANA, RUTHENÉIA ALVES. **O conhecimento dos profissionais de saúde de uma microrregião sobre a sífilis congênita.** (MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO) – FACULDADE VALE DO CRICARÉ, SÃO MATEUS, 2019.

A sífilis congênita é um dos mais graves desfechos adversos preveníveis da gestação. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão, a sífilis volta a ser uma epidemia silenciosa que avança no Brasil. O mais preocupante é que grande parte dos infectados não possui conhecimento sobre estar transmitindo a doença para outras pessoas. A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, espiroqueta de alta patogenicidade, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. A assistência ao pré-natal com profissionais altamente qualificados e de qualidade é de grande importância pois é o momento que pode ser diagnosticada e tratada a sífilis na gestante evitando assim que ocorra a transmissão vertical. A produção deste diagnóstico possibilitará a criação ou melhoria das políticas públicas voltadas para a prevenção, proteção e controle da sífilis congênita. Criará intercâmbio interestadual, como troca de experiências multilaterais, bem como a capacitação dos recursos humanos envolvidos. Existe relação entre a falta de treinamento, capacitação, matéria prima para o tratamento, políticas públicas eficazes e conseqüentemente pouco conhecimento dos profissionais de saúde, com o grande número de casos evidenciado de sífilis congênita? O presente estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde de em uma região da tríplice fronteira entre os estados Nordeste de Minas Gerais, Extremo Sul da Bahia e Norte do Espírito Santo. A metodologia utilizada tomou por base revisão de literatura publicada, teses de doutorado, dissertação de mestrado artigos Além de documentos oficiais, cartilhas, legislações e manuais dos Ministérios da Saúde e OMS. Foi construído um termo de consentimento livre e esclarecido onde garantiu o anonimato dos sujeitos. A pesquisa de campo se deu através coleta de dados com a aplicação de um questionário aos profissionais que atuam na saúde pública na área geográfica que compreende a tríplice fronteira dos estados Nordeste de Minas Gerais, Extremo Sul da Bahia e Norte do Espírito Santo, foi possível uma amostra de 300 profissionais, de ambos os sexos e idades, trabalhadores da saúde pública, Enfermeiros, médicos, ACS, TEC. e auxiliares de Enfermagem. Depois de respondidos e devolvidos, os instrumentos foram codificados, os dados foram analisados, discutidos, e os resultados apresentados em dados estatísticos sob forma de gráficos. E por fim foi possível fazer

as considerações finais. Este trabalho pretende elucidar a importância destes profissionais principalmente os enfermeiros e médicos que realizam as consultas de pré-natal no uso dos seus conhecimentos científicos, pois uma assistência pré-natal de qualidade é um dos indicadores de maior importância para diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Conhecimento. Profissionais da saúde. Políticas de saúde.

ABSTRACT

SANTANA, RUTHENÉIA ALVES. **Knowledge of health professionals in the microregion on congenital syphilis.** (PROFESSIONAL MASTER'S IN SCIENCE, TECHNOLOGY AND EDUCATION) - FACULDADE VALE DO CRICARÉ, SÃO MATEUS, 2018.

Congenital syphilis is one of the most serious adverse pregnancy outcomes. Vertical transmission of syphilis remains a major public health problem in Brazil. Various diseases that can be transmitted during the puerperal pregnancy cycle, syphilis is the one with the highest rates of transmission, syphilis is once again a silent epidemic progressing in Brazil. Most troubling is that most infected people have no knowledge of transmitting the disease to others. Congenital syphilis is the result of hematogenous dissemination of *Treponema pallidum*, a highly pathogenic spirochete, of the untreated pregnant woman or inadequately treated for her concept, by transplacental route. There is a possibility of direct transmission of *T. pallidum* through the contact of the child through the birth canal if there are maternal genital lesions. Prenatal care with highly qualified and quality professionals is of great importance because it is the moment that syphilis can be diagnosed and treated in the pregnant woman, thus avoiding vertical transmission. The objective of this study was to evaluate the knowledge of health professionals in a tri - border region between the Northeastern states of Minas Gerais, the extreme south of Bahia and the north of Espírito Santo. This study will be based on a review of published literature, and field research, data collection through a questionnaire applied to professionals working in public health in the geographic area comprising the triple border of the Northeast states of Minas Gerais, the extreme south of Bahia and North of Espírito Santo. This paper aims to elucidate the importance of these professionals, especially nurses and physicians who perform prenatal consultations in the use of their scientific knowledge, since quality prenatal care is one of the most important indicators for diagnosis and treatment of syphilis in the gestation.

Key words: Congenital syphilis. Knowledge. Health professionals. Health policies.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: *Treponema pallidum*. Fonte: Public Health Image Library, Susan Lindsley, and the National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention..... 30
- Figura 2: Lesões ósseas, articulares provocadas pela sífilis congênita em recém-nascido. Fonte: (NICOLAU, 2015; LOURENÇO, 2016) 39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Sexo Dos participantes da pesquisa.....	61
Gráfico 02: Idade dos participantes da pesquisa.....	62
Gráfico 03: Categoria profissional dos participantes da pesquisa.....	62
Gráfico 04: Renda total mensal dos participantes da pesquisa e dos familiares.....	63
Gráfico 05: Conhecimento dos profissionais sobre sífilis congênita.....	64
Gráfico 06: Conhecimento dos profissionais de que a sífilis congênita é uma doença reemergente.....	65
Gráfico 07: Opinião dos profissionais acerca do conhecimento das famílias, do que é a sífilis congênita.....	66
Gráfico 08: Conhecimento dos profissionais se a sífilis congênita tem cura ou não...	67
Gráfico 09: Conhecimento dos profissionais se já atendeu gestante que teve o bebê com a sífilis congênita.....	68
Gráfico 10: Orientação dos profissionais a comunidade na realização do teste rápido para sífilis.....	69
Gráfico 11: Profissional pesquisado tem conhecimento de gestante que teve o bebê com a sífilis congênita.....	69
Gráfico 12: Conhecimento dos profissionais sobre a classificação da sífilis congênita.....	70
Gráfico 13: Conhecimento dos profissionais com relação ao parto prematuro com sífilis congênita.....	71
Gráfico 14: Relação de mortes de bebês por mães infectadas por sífilis durante a gestação.....	71
Gráfico 15: Conhecimento dos profissionais sobre a transmissão da infecção da gestante para o bebê.....	72
Gráfico 16: Conhecimento dos profissionais acerca do modo de transmissão da sífilis.....	73
Gráfico 17: Conhecimento dos profissionais se a transmissão ocorre via sexual.....	74
Gráfico 18: Conhecimento dos profissionais sobre os sinais e sintomas que o RN pode apresentar logo após o nascimento.....	74
Gráfico 19: Conhecimento dos sintomas que uma criança com sífilis congênita pode apresentar na fase tardia.....	75

LISTA DE SIGLAS

SINA	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
RNS	Récem nascidos
SC	Sífilis congênita
HIV	Imunodeficiência humana.
PHPN	Programa de humanização de parto e nascimento
SUS	Sistema único de saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
LCR	Lícor céfalo raquidiano
IGM	IgG são anticorpos produzidos pelo organismo em resposta a um micro-organismo invasor
Igg	São anticorpos que o organismo produz quando entra em contato com algum tipo de micro-organismo invasor
RX	Imagens das estruturas do corpo humano.
EV	Endovenosa
IM	Intra muscular
IST	Infecção sexualmente transmissível
OMS	Organização mundial de saúde
ACS	Agentes comunitário de saúde
TEC	Técnicos de enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	28
1.2 JUSTIFICATIVA	28
1.3 OBJETIVOS	28
1.3.1 Objetivo Geral	28
1.3.2 Objetivo Específico	28
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	24
2 REVISÃO DA LITERATURA	30
2.1 CONCEITUAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	30
2.2 FATORES DE RISCO PARA SÍFILIS CONGÊNITA	34
2.3 SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE E TARDIA	36
2.4 SÍFILIS EM GESTANTE	36
2.5 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO DO RN	38
2.6 INTERPRETAÇÃO CONJUNTA DOS TESTES SOROLÓGICOS DA MÃE E DO RECÉM NASCIDO(RN)	40
2.7 INTERPRETAÇÃO DO HISTÓRICO DE TRATAMENTO MATERNO.....	41
2.8 INTERPRETAÇÃO DA RADIOGRAFIA DE OSSOS LONGOS E EXAME DE LÍQUOR (LCR)	41
2.9 TRATAMENTO DO RN	42
2.10 QUADRO - TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	43
3 ACOMPANHAMENTO DO RN	44
3.1 ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA ANTES E DURANTE A GRAVIDEZ	45
3.2 ANTES DA GRAVIDEZ.....	46
3.3 DURANTE A GRAVIDEZ	45
3.4 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS	53
3.5 CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	54
3.6 PROFISSIONAIS PESQUISADOS, E COMPETÊNCIAS FRENTE A SÍFILIS CONGÊNITA	56
3.7 METODOLOGIA E INSTRUMENTOS	58
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	59

4 APRESENTAÇÃO E DICUSSÃO DOS RESULTADOS.....	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
5.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO	79
5.2 RECOMENDAÇÕES.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	81
APÊNDICE	85
ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, há certo consenso quanto ao fato da sífilis ter sido uma doença desconhecida no Velho Mundo até o final do século XV, porém sua origem geográfica continua causando polêmicas. Sabe-se que no ano de 1495, quando a cidade de Nápoles foi cercada por tropas francesas comandadas pelo Rei Carlos VIII, as tropas espanholas foram enviadas à cidade para reforçar a sua defesa. Após a tomada da cidade pelos franceses, surgiu em suas tropas uma doença, causadora de muitas mortes e que, por intermédio de mercenários, rapidamente espalhou-se pela Europa. (CARRARA et.al.1996.)

Existem algumas teorias sobre a origem da sífilis: Uma delas conta que a doença pode ter sido documentada por Hipócrates na Grécia Antiga, em 600 antes de Cristo. Outra diz que ela já era uma doença antiga no Velho Mundo, mas era confundida com lepra e sofreu mutações que a tornaram mais contagiosa no século 16. A origem da sífilis tem sido discutida, há mais de cinco séculos, desde a documentação da primeira epidemia desse agravo, em 1495, na Europa.

Nesta época uma catástrofe estourou entre as tropas do líder francês Charles VIII durante a queda de Nápoles. Em seu retorno, a tropa teria disseminado a doença pela Europa. Essa epidemia ocorreu concomitantemente ao retorno de Colombo e de seus homens do novo mundo, sendo causa de reflexão quanto à sua origem nas Américas. Alguns relatos informam que os povos indígenas do Novo Mundo sofriam de uma doença similar e, que os sintomas desta doença, tinham sido observados em homens que integravam a expedição de Colombo (HARPER et al. 2008).

A primeira epidemia de IST foi causada pela sífilis. Há muitas teorias para o seu surgimento. No início, a doença espalhou-se entre os desprovidos socialmente. Depois, chegou a afetar até reis e monges. Sem cura e mesmo tratamentos paliativos na época, há muitos relatos sobre pessoas com dores agudas por dia, apresentavam sinais e sintomas, na pele na região genital, até então não havia o conhecimento do modo de transmissão, as pessoas acabavam ficando isoladas ou se isolando pelo medo do contato, e pelo preconceito sofrido.

Estudos recentes apontam que tudo começou em 1509, com um jovem soldado alemão chamado Ulrich von Hutten, acometido por uma doença até então nunca vista enquanto morava na Itália. Ele sofreu com seus sintomas por uma década. O paciente deixou registrado que “apareciam pequenas feridas pelo corpo, parecendo bolinhas. Esses furúnculos tinham um cheiro horrível. Quem chegasse perto achava que seria contaminado pela doença. A cor era verde escura. O aspecto visual das erupções chegava a ser mais feio e pior que a própria dor, mesmo que tocar nelas fosse igual a colocar a pele no fogo”.

Menos de meio século antes dos sintomas atingirem o soldado, a Europa ainda não estava curada do trauma da peste bubônica que havia dizimado trinta por cento de sua população. A IST vem num breve momento de paz e tranquilidade no Velho Continente. Diversas doenças surgiram na época, provavelmente devido às guerras e à vulnerabilidade trazida pela fome. A sífilis levou a população ao pânico. Não havia registro de nada parecido na literatura médica. O nível de terror e preocupação foi similar ao do HIV séculos mais tarde.

Um marco no tratamento da sífilis foi a descoberta de sua forma de transmissão, pelo contato sexual. No início, as mulheres foram acusadas pelo surgimento da doença, pelo contexto histórico da fragilidade das mulheres. Também se acreditou que era um castigo divino. A velocidade de contaminação foi absurda, chegando à Escócia, Rússia e Hungria. Há teorias de que a sífilis tenha chegado à Europa por meio de Cristóvão Colombo, na volta das navegações.

Muitos afirmam que há evidências para provar que a sífilis é uma doença europeia. Em 1905, finalmente, a bactéria causadora da sífilis foi identificada. A descoberta do *Treponema pallidum* por Schaudinn & Hoffmann em 3 de março de 1905 durante a gestação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; HORVÁTH, 2011). Alguns anos depois o primeiro tratamento foi descoberto apenas 38 anos mais tarde, com a descoberta da penicilina, encontrou-se uma cura definitiva para a doença. A sífilis é um agravo que assombra a humanidade ao longo de sua história. As duas guerras mundiais foram decisivas para a disseminação da doença, entretanto, uma década após o início do tratamento com a penicilina, a incidência de sífilis reduziu até quase erradicação. Nos

dias atuais, a sífilis é considerada uma doença reemergente que vem atingindo grandes proporções com o aumento da incidência (MATTEI et al., 2012).

“As espiroquetas são bacilos espiralados e flexíveis, móveis e delgados, anaeróbio facultativo, podendo ser visualizados na microscopia de campo escuro ou por imunofluorescência” (LEVINSON 2016).

Apesar da antiga origem da sífilis em todo o mundo, ela ainda é considerada um importante problema de saúde pública, representando um desafio para muitos países inclusive o Brasil. Aqui em nosso país a sífilis tem chamado a atenção das autoridades em saúde pública há alguns anos. Dados do relatório estatístico anual do ministério da saúde informa que, em apenas 6 anos, o número de infectados com a bactéria causadora da doença cresceu mais de 2.000%, passando de 3822 em 2010 para 87593 em 2016. A maior causa deste surto, informa o boletim, é que, desde 2014, o Brasil tem encontrado dificuldade de adquirir alguns insumos necessários à fabricação da penicilina.

A sífilis voltou a ser uma epidemia no Brasil, e o alto número de infectados preocupa especialistas da saúde. O relaxamento da população no uso de preservativos e a falta de conclusão dos tratamentos por parte dos pacientes dificultam o combate à doença, que se tornou uma das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) mais recorrentes entre jovens adultos, gestantes e idosos no país. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS – a sífilis atinge atualmente cerca de 5,6 milhões de pessoas no mundo todo e os números registrados em 2017 já são maiores do que os computados em 1949, quando o acesso aos tratamentos contra a doença ainda era difíceis na maior parte do Planeta. Somente entre mulheres gestantes, há uma incidência de 1 milhão de novos casos todos os anos.

Apesar de apresentar testes diagnósticos sensíveis e tratamento efetivo de baixo custo, ela ainda é considerada um importante problema de saúde pública mundial não só pelo aumento crescente dos casos na população geral, mas também em gestantes, uma vez que nessa situação a infecção pode ser transmitida ao feto com graves implicações.

A sífilis é uma doença de transmissão sexual com distribuição mundial, considerada um importante problema de saúde pública. Sendo de notificação compulsória no Brasil, progressivamente a congênita desde 1986, a sífilis em gestante a partir de 2005 e a adquirida em 2010 (BRASIL, 2016).

CONCEITO DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, causada pela agente etiológico *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*, bactéria gram-negativa, em forma de espiroqueta, gerando uma infecção crônica sistêmica (BERMAN, 2004; FERREIRA, 2013; BRASIL, 2017). A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) com formato de espiroquetas (delgadas, gram negativas). É um agravo sistêmico, de evolução lenta e crônica. O processo de transmissão ocorre a partir do contato direto com as lesões que pode ocorrer por meio de transfusão sanguínea, contato sexual, transmissão vertical (gestantes e parturientes) e através de acidentes com material biológico contaminado (REINEHR et al., 2017).

Segundo Pereira (2015), uma Doença Sexualmente Transmissível – DST, é uma alteração no equilíbrio de um organismo provocada pela infecção de um agente biológico (protozoários, bactérias, vírus ou fungos) e é transmitida através do contato sexual, sendo assim a sífilis caracterizada como uma IST. É uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905 (BRASIL, 2016).

O *T. pallidum* é um microrganismo espiralado, com o corpo fino, gira em torno do seu eixo e possui um movimento muito característico de vai e vem, o que propicia a penetração no organismo humano com maior facilidade (Pires, Oliveira, Rocha, & Santos, 2014).

Essa motilidade peculiar do *T. pallidum* dá a ele maior capacidade de aderir às células do hospedeiro, aumentando a sua virulência, resultando em uma alta capacidade de

invasão e rápido estabelecimento no organismo do hospedeiro. No entanto, quando exposto ao meio ambiente, ou a ação de sabão ou desinfetantes, o patógeno possui baixa resistência. Em superfícies úmidas, é capaz de sobreviver por até 10 horas (HORVATH, 2011). Atualmente, as formas clínicas da sífilis adquirida podem ser classificadas de acordo com o tipo de manifestação clínica sendo classificada como sífilis primária, secundária, latente e tardia ou terciária (BRASIL, 2015 a; BRASIL, 2015).

PATOGENIA

A penetração do *T. pallidum*, é realizada por abrasões cutâneas decorrentes da relação sexual. Após a penetração pela mucosa, o *T.pallidum* atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. Como resultado da resposta imunológica localizada ocorre uma erosão e ulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta no ataque imune circulante que pode depositar em qualquer órgão. Porém, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade das células é tardia, dando mais abertura ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos (AVELLEIRA et al.,2016).

EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS NO BRASIL

No mundo, observa-se que a sífilis é uma infecção reemergente, como verificado na Itália e nos Estados Unidos da América, chamando a atenção para a necessidade de rastreamento para todas as gestantes durante o pré-natal e tratamento em tempo hábil, com o objetivo de conter a infecção congênita. Na América Latina, na África e em países da Ásia permanece elevada sua incidência e seu controle tem como foco a assistência pré-natal (TRIDAPALLI, 2012; MATTEI, 2012, LAFETÁ, MARTELLI JÚNIOR, SILVEIRA & PARANAIBA, 2016).

Acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90,0% deles nos países em desenvolvimento. As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 mil mortes

fetais por ano no mundo. Na região da América Latina e Caribe, a prevalência da sífilis nos recém-nascidos e de 3,1%, oscilando entre 1,0% no Peru e 6,2% no Paraguai, na Bolívia, a prevalência da sífilis gestacional e de 7,2%, com a taxa de transmissão vertical de 15,7%. Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em parturientes varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25,0%. (Campos, Araújo, Melo & Gonçalves, 2010).

Uma das metas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) era a redução da incidência da sífilis congênita para cifras inferiores a 0,5 por 1.000 nascidos vivos (NV) até 2015. Infelizmente isso não ocorreu, as taxas continuaram subindo nos últimos anos. O recente aumento dos casos de sífilis se deu por conta do desabastecimento de penicilina benzatina que afeta países de todo o mundo, desde 2014, devido à falta de matéria-prima para a sua produção. No ano de 2016 as autoridades da área da saúde, em caráter emergencial, adquiriram 2,7 milhões de frascos de penicilina benzatina, com prioridade na prescrição para grávidas e seus parceiros (Coelho, 2016).

O Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha como uma estratégia que visa alcançar, entre outros objetivos, a redução do número de óbitos de mulheres e de crianças no país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, como é o caso da sífilis congênita, principalmente no que diz respeito à má qualidade dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2013). No entanto, a representatividade desta doença no cenário epidemiológico do Brasil ainda é preocupante e coloca indagações sobre essa qualidade do controle da sífilis durante as ações do pré-natal.

Apesar de se tratar de uma doença de fácil diagnóstico e de se ser totalmente evitável, quando o tratamento da gestante e do seu parceiro é realizado de forma adequada continua sendo um fator determinante na morbimortalidade materna e perinatal. A eliminação da sífilis congênita é uma prioridade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, visando atingir uma meta de até 0,5 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos até 2015, em 2007 a organização lançou a estratégia: “Eliminação global da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para a ação”, focada em 4

pilares: assegurar o compromisso político de manter um programa para eliminação da doença; aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materno-infantis; realizar testes diagnósticos. Mas infelizmente não atingiu o objetivo pois continua crescente o número de casos em todo o mundo.

Estas ações foram implementadas e estão em andamento em todos os continentes. Em 2016, a OMS estipulou como metas a redução global de 90% da incidência do *Treponema pallidum* e no máximo 50 casos de sífilis congênita por 100 mil nascidos vivos em 80% dos países até 2030. Prevalências de sífilis na gravidez, aferidas por testes rápidos, foram estimadas em 1,0% em Lima (Peru), 1,36% no Amazonas (Brasil), 9,2% em Lusaka (Zâmbia) e 10,9% em Kampala (Uganda) (OMS 2016).

No Brasil, a sífilis em gestantes é uma doença de notificação obrigatória desde 2005 e é realizada através de formulário específico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. No período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no SINAN, 169.546 casos de sífilis em gestantes no país e a taxa de detecção da doença tem apresentado tendência de aumento a cada ano. Os principais fatores de risco para sífilis gestacional são a falta de informação/conhecimento das pacientes, o início tardio ou inexistente do acompanhamento pré-natal, teste para sífilis não realizado ou realizado tardiamente nas gestantes e a falta de adesão do parceiro sexual ao tratamento.

A ocorrência da sífilis em gestantes também está associada a mulheres jovens, com pouca escolaridade e baixa renda. No Brasil, dados do SINAN notificados de 2005 a 2016, demonstraram que 51,6% das gestantes com sífilis tinham de 20 a 29 anos. Sobre a escolaridade, dados de notificações de 2007 a 2016, concluíram que 20,9% das gestantes com sífilis tinham primeiro grau de escolaridade incompleto.

TRANSMISSÃO DO *TREPONEMA PALLIDUM*

Os casos de sífilis congênita representam um indicador perverso das lacunas ainda existentes no sistema de saúde vigente, incapaz de identificar mulheres mais vulneráveis e oferecer-lhes acesso e qualidade no cuidado pré-natal, evitando assim

essa síndrome tão maléfica aos Recém-nascidos (RNs), que é altamente tratável, e muito fácil de se interromper essa cadeia para não haver a transmissão para o feto. Mas são muitas as barreiras encontradas no nosso sistema para se preencha essas lacunas existentes, com eficácia e eficiência. A prevenção da transmissão vertical da sífilis é uma das medidas de saúde pública mais rentáveis para prevenção da sífilis congênita.

A transmissão da doença é predominantemente pelo contato sexual. O contágio é maior nos estágios iniciais da infecção, sendo reduzido gradativamente à medida que ocorre a progressão da doença (OMS, 2015). A sífilis é uma doença infectocontagiosa, crônica, silenciosa, que avança de forma preocupante, exclusiva do ser humano, transmitida predominantemente por via sexual, grande parte dos infectados não sabe que está transmitindo a doença para outras pessoas. A sífilis tem sido considerada, historicamente, uma afecção passível de controle no âmbito da atenção básica.

A transmissão vertical da sífilis ocorre quando o *T. pallidum*, presente na corrente sanguínea da gestante infectada, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo maior nas infecções recentes. Estima-se que a transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, seja superior a 70% quando estas se encontram na fase primária ou secundária da doença, reduzindo-se para 10% a 30% na fase latente ou na sífilis terciária. Desfechos negativos podem ser evitados se a gestante receber tratamento com antibióticos durante os dois primeiros trimestres, mas os tratamentos após esta data ou a falta deles podem ocasionar mortalidade fetal ou nascimento de criança infectada. (LAFOND & LUKEHART 2006).

SÍFILIS DECAPITADA

A Sífilis decapitada é adquirida pela transfusão sanguínea, já que não apresenta a fase primária e tendo início diretamente na fase secundária da doença devido ao *T. pallidum* ter o contágio direto com sangue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O risco de transmissão transfusional de Sífilis na população é baixo devido ao preenchimento de um questionário antes da doação e exames laboratoriais, excluem os pacientes doentes que são grupos de risco. Mesmo que ocorram falhas, o risco de contágio é baixo, pois a bactéria morre rapidamente durante as condições normais de armazenamento do sangue (HEIR HE; JENUM PA, 2010).

Não existe vacina contra a sífilis, e a infecção pela bactéria causadora não confere imunidade protetora. Isso significa que as pessoas poderão ser infectadas tantas vezes quantas forem expostas ao *T. pallidum* (Brasil, 2016). A transmissão por transfusão sanguínea, embora possível, é rara, devido à triagem rigorosa das bolsas de sangue quanto à presença de agentes infecciosos, como o *T. pallidum*, e pelo pouco tempo de sobrevivência da bactéria fora do organismo humano, especialmente em baixas temperaturas, como as usadas para a conservação das bolsas de sangue (ADEGOKE & AKANNI, 2011).

SÍFILIS ADQUIRIDA RECENTE

A sífilis adquirida recente pode durar entre duas a seis semanas, e se caracteriza por ter uma evolução em menos de um ano. Já a sífilis adquirida tardia tem sua evolução em um tempo maior que um ano. No que diz respeito a sífilis primária, ocorre após o contato sexual infectante, ocorre um período de incubação com duração entre 10 a 90 dias. A primeira manifestação é caracterizada por uma erosão ou úlcera no local de entrada da bactéria que é denominada “cancro duro”, sendo geralmente única, indolor, com base endurecida e rica em treponemas. Esse estágio desaparece de forma espontânea, independentemente de tratamento (BRASIL, 2015).

SÍFILIS SECUNDÁRIA

Em pacientes não tratados, o surgimento do segundo estágio da doença costuma ocorrer entre seis semanas e seis meses após a infecção inicial. O cancro primário pode ainda estar presente quando as lesões secundárias clinicamente aparentes ocorrerem. A principal característica da sífilis secundária é uma erupção na pele, não

irritável e distribuída uniformemente, que pode ser macular, popular ou papulo-escamosa. É frequentemente observada na palma das mãos e na planta dos pés.

A erupção pode ser acompanhada de linfadenopatia, febre, dor de cabeça e mal-estar generalizado. Em áreas quentes e úmidas, como a vulva ou região perianal, a erupção muitas vezes se torna maior e forma uma estrutura elevada semelhante a uma verruga, conhecida como condiloma lata, e, em regiões mucosas, forma lesões superficiais brancas acinzentadas serpiginosas, conhecidas como úlceras em “rastro de caracol” (OMS, 2015).

SÍFILIS LATENTE

Se caracteriza por ser aquele período em que não se observa sinal ou sintoma clínico da doença, havendo, no entanto, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente e latente tardia (BRASIL, 2015)

Definida por teste sorológico treponêmico positivo, porém sem evidências clínicas da doença. É classificada em sífilis latente precoce quando ocorre em menos de 1 ano após a infecção primária, e sífilis latente tardia quando ocorre a partir de 1 ano após a infecção primária, podendo durar até 10 anos. A maioria das recorrências ocorre no período de sífilis latente precoce. Sífilis terciária: doença inflamatória lentamente progressiva que pode afetar qualquer órgão e produzir doença clínica 5-30 anos após a infecção inicial. Geralmente, é subdividida em: Sífilis cardiovascular: resulta do acometimento da vasa *vasorum* da aorta seguido por formação de aneurisma. Há predileção pela aorta ascendente com consequente fraqueza do anel valvar e regurgitação aórtica. Goma sífilítica: lesão *granulomatosa* não específica que pode ocorrer em qualquer tecido, porém é mais comum no sistema esquelético, pele e mucosas. Tem importância clínica devido à intensa destruição local que provoca.

SÍFILIS TERCIÁRIA

A sífilis terciária é, normalmente, considerada o estágio destrutivo da doença. Ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, podendo surgir entre 2 a 40 anos depois do início da infecção. A sífilis terciária é considerada rara, devido ao fato de que a maioria da população recebe indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *T. pallidum* e que levam à cura da infecção.

Quando presente, a sífilis nesse estágio manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais (Brasil, 2015; OMS, 2015).

SÍFILIS CONGÊNITA

Conhecida há mais de 500 anos, a sífilis é uma doença que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*. É, na maioria das vezes, uma doença de transmissão sexual, embora possa ser transmitida por transfusão de sangue contaminado, por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária para o feto ou pelo canal do parto, o que configura a sífilis congênita (SC).

Houve a popularização do uso de crack e cocaína e à maior liberação sexual. Observa-se tendência mundial no reaparecimento da sífilis entre a população em geral e, particularmente, da SC, tornando-a um desafio para a Saúde Pública. Nos Estados Unidos, entre 1987 e 1989, houve um aumento de 100% dos casos de SC notificados ao Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Geórgia.

Foi realizado no mesmo ano o estudo dos fatores que levaram ao recrudescimento da sífilis, tanto congênita quanto adquirida, e novas estratégias para o controle epidemiológico da doença foram traçadas. Passou-se a investir na busca ativa de casos de sífilis em áreas de risco, no tratamento com base presuntiva de possíveis

parceiros sexuais, além da mudança da conceituação de SC e da aplicação de programas em larga escala para a prevenção da AIDS e, secundariamente, de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Nos países subdesenvolvidos, a sífilis e sua forma congênita nunca deixaram de ser problema de saúde pública, ocorrendo em 10 a 15% das gestantes, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na África subsaariana, os índices alarmantes de SC estão intimamente associados à ausência de adequada assistência pré-natal e de esforços governamentais, como aponta um recente estudo realizado em Botswana. As pesquisas indicam também que em alguns países pobres, como o Haiti, houve uma concentração de esforços para controle da transmissão vertical do HIV, com desvio da atenção a outras doenças. Assim, ocorrem mortes por SC após o término da terapia de prevenção da transmissão vertical do HIV.

No Brasil, a sífilis durante a gestação ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido uma ocorrência relevante de SC. Embora o Ministério da Saúde (MS) tenha lançado, em 1993, o Projeto de Eliminação da SC com o objetivo de reduzir sua incidência para um caso ou menos a cada 1.000 nascidos vivos, as metas governamentais não foram atingidas. E sugerem uma baixa qualidade da assistência pré-natal no país, por falta das políticas adequadas e efetivas e o adequado suporte aos profissionais para realizar o diagnóstico e tratamento cumprindo com efetividade o protocolo do (MS).

As ocorrências de sífilis congênita (SC) vêm crescendo consideravelmente no Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, em 2016 foram quantificados 19.846 casos de sífilis congênita em neonatos, tendo a incidência de 6,8 casos/1000 nascidos vivos, sendo 96,5% na primeira semana de vida (BRASIL, 2017). Este crescimento significativo pode ser gerado pelo aumento da utilização de testes rápidos, melhoramento do sistema de vigilância, ou pela redução do uso de preservativos e resistência a penicilina (BRASIL, 2017).

A sífilis congênita (SC), foco deste estudo, é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum* por via transplacentária, a partir da infecção da mãe não tratada ou

inadequadamente tratada. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto (BRASIL, 2006). A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina. Este estudo se justifica em virtude do crescimento do número de casos diagnosticados de sífilis congênita nos últimos anos, o presente estudo concretizou um panorama microrregional em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde que trabalha na saúde pública, e milita diariamente com esta patologia, A produção deste diagnóstico possibilitará a criação ou melhoria das políticas públicas voltadas para a prevenção, proteção e controle da sífilis congênita, criará intercâmbio interestadual, como troca de experiências multilaterais, bem como a capacitação dos recursos humanos envolvidos. Existe relação entre a falta de treinamento, capacitação, matéria prima para o tratamento, políticas públicas eficazes e conseqüentemente pouco conhecimento dos profissionais de saúde, com o grande número de casos evidenciado de sífilis congênita? O objetivo do estudo é identificar o conhecimento dos profissionais de saúde residentes em uma tríplice fronteira dos estados do Nordeste de Minas Gerais, Extremo Sul da Bahia e Norte do Espírito Santo, em relação a sífilis congênita. Diagnosticar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema sífilis congênita, foi avaliado as diferenças de conhecimento entre os profissionais residentes nos diferentes estados, foi confeccionado um E-book em PDF, com orientação aos profissionais da saúde sobre a sífilis e a sífilis congênita; a dissertação foi transformada em um projeto de extensão no Campus UNEC de Nanuque e por fim foi escrito pela autora um poema, e gravado em formato de vídeo sobre a sífilis congênita que poderá ser utilizado para trabalhar no projeto de extensão, e qualquer educação continuada para profissionais que atuem no atendimento à população no que diz respeito à sífilis congênita.

No próximo capítulo iremos ver detalhadamente sobre a sífilis congênita, veremos também as competências em relação a sífilis congênita de cada profissional pesquisado, a metodologia, resultado, discussão, produto e considerações finais.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Existe relação entre a falta de treinamento, capacitação, matéria prima para o tratamento, políticas públicas eficazes e conseqüentemente pouco conhecimento dos profissionais de saúde, com o grande número de casos evidenciado de sífilis congênita?

1.2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica em virtude do crescimento do número de casos diagnosticados de sífilis congênita nos últimos anos.

O presente estudo concretizou um panorama microrregional em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde que trabalha na saúde pública, e milita diariamente com esta patologia em uma tríplice fronteira.

A produção deste diagnóstico possibilitará a criação ou melhoria das políticas públicas voltadas para a prevenção, proteção e controle da sífilis congênita.

Criará intercâmbio interestadual, como troca de experiências multilaterais, bem como a capacitação dos recursos humanos envolvidos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo do estudo é identificar o conhecimento dos profissionais de saúde residentes em uma tríplice fronteira dos estados Nordeste de Minas Gerais, Extremo Sul da Bahia e Norte do Espírito Santo em relação a sífilis congênita.

1.3.2 Objetivos Específicos

Diagnosticar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema sífilis congênita;

Avaliar as diferenças de conhecimento entre os profissionais residentes nos diferentes estados;

Confeccionar um E-book em PDF, com orientação aos profissionais da saúde sobre a sífilis e a sífilis congênita;

Transformar a dissertação em um projeto de extensão no Campus UNEC de Nanuque;

Criar um poema, escrito e em formato de vídeo sobre a sífilis congênita que poderá ser utilizado para trabalhar no projeto de extensão, e outros campos de forma lúdica.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esse trabalho é dividido em cinco capítulos: No primeiro encontra-se a introdução, onde foi caracterizada a área do estudo, a contextualização do tema, o problema e a justificativa e a delimitação dos objetivos.

No segundo capítulo, é apresentado o referencial teórico onde se conceitua a infecção e patologia sinais e sintomas, fatores de risco, sífilis precoce, tardia e em gestante a epidemiologia, suas complicações diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

No terceiro capítulo é descrita a metodologia, de forma clara e detalhada e os instrumentos para a produção dos dados além do panorama da população estudada.

No quarto capítulo são apresentados e discutidos os resultados, sugeridos as formas, e apresentadas as ações educativas.

Enfim no quinto capítulo, são feitas as considerações finais embasada no que foi buscado na literatura e os resultados obtidos com a pesquisa.

Nos anexos, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário utilizado, imagens dos sinais e sintomas nas devidas fases que a infecção apresenta.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITUAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita é uma infecção do feto em decorrência da passagem do *Treponema pallidum* (Figura 1) pela placenta, sendo mais grave quanto acomete a gestante no primeiro trimestre de gestação, caracterizando as principais causas de aborto em todo o mundo segundo a Organização Mundial da Saúde (LAFETA et al., 2016). As infecções congênitas pelo *T. pallidum* diminuíram, no entanto, ainda é alarmante o número de crianças infectadas. O cenário mundial da sífilis congênita demonstra o recrudescimento da doença. Os Estados Unidos da América (EUA) apresentaram uma taxa de sífilis congênita durante 2006-2008 de 10,5 casos por 100.000 nascidos vivos, demonstrando um aumento de 18%, e uma diminuição durante 2008-2011 para 8,5 casos (CDC, 2012).



Figura 1: *Treponema pallidum*. Fonte: Public Health Image Library, Susan Lindsley, and the National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention.

A sífilis é uma doença milenar que vem imperando sobre todas as tentativas de sua eliminação. Apesar da eficácia da penicilina no tratamento e cura, as gestantes

acometidas não são tratadas ou são inadequadamente tratadas. Quando acomete a gestante, a sífilis pode provocar a sífilis congênita (SC), que é responsável por aproximadamente 40% das taxas de mortalidade perinatal, 25% de natimortalidade, 14% de mortes neonatais, além acarretar graves consequências para o concepto.

A sífilis congênita é uma enfermidade de notificação compulsória para destinação de vigilância epidemiológica através da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986. A SC é provocada através da transmissão vertical, da gestante contaminada para o feto. A transmissão do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional em a mulher se encontre, porém, é mais comum no primeiro trimestre da gestação no qual fluxo placentário está mais ativo (BERMAN, 2004; BRASIL, 2006; FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

A contaminação do feto pela transmissão vertical tem maior probabilidade na sífilis primária que varia entre 70-100% dos casos, pois há um maior número de *T. pallidum* no sangue. A possibilidade de contaminação do feto decresce com a evolução da doença na mãe, na sífilis secundária a probabilidade cai para 40% e na fase latente é de 10% (WICHER; WICHER, 2001; BERMAN, 2004; FEITOSA; ROCHA; COSTA; 2016).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de carácter sistêmico, exclusiva do ser humano, de transmissão é sexual, sanguínea e vertical (de mãe para filho). Estima-se que a sífilis afete um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças (BRASIL,2017).

Considerando a sífilis como um desafio de saúde pública, especialmente a sífilis congênita (por se tratar de um agravo evitável, de diagnóstico e tratamento gratuito). A sífilis congênita (SC) é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum* por via transplacentária, a partir da infecção da mãe não tratada ou inadequadamente tratada. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto (BRASIL, 2006). A infecção da criança pelo *T. pallidum* a partir da mãe acarreta o desenvolvimento da sífilis congênita (OMS, 2015; BRASIL, 2015).

A sífilis congênita resulta da transmissão hematogênica do *T. pallidum* através do cordão umbilical da mãe contaminada para o feto ou durante o parto a partir de lesões presentes no canal de parto. A probabilidade de contaminação está em função dos estágios da doença na mãe, assim sendo, a fase inicial da doença é o período de maior risco porque há mais espiroquetas na circulação materna. A estimativa é de uma chance de 70-100% de contaminação nas fases primária e secundária, caindo para 40% na fase latente inicial e 10% na tardia.

Cerca de metade dos casos ocorre o aborto espontâneo. Das crianças infectadas que chegam a termo, metade aproximadamente são assintomáticas ao nascer e, quando o agravo se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é denominada sífilis congênita precoce e após tardia (BRASIL, 2006). O feto normalmente é infectado no útero pela via transplacentária, porém a infecção do líquido amniótico também pode ocorrer. O risco de infecção para o neonato varia de acordo com o estágio da infecção materna, sendo a transmissão durante a sífilis primária e secundária muito comum (LOWDERMILK et al., 2012).

A prevalência de sífilis congênita é um evento sentinela em saúde porque reflete a eficácia tanto dos programas de controle, quanto dos serviços que oferecem assistência pré-natal. Essa doença tem recebido grande atenção de organismos de saúde pública internacionais e brasileiros. Apesar disso, os dados disponíveis revelam que sífilis congênita continua sendo problema de saúde relevante, principalmente nos países em desenvolvimento, onde ocorrem 90% dos casos.

As manifestações clínicas no primeiro caso são lesões na face, extremidades, fissuras na boca e ânus. Além disso, há comprometimento de órgãos internos como baço, ossos dentre outros. Na tardia as lesões são mais graves e irreversíveis como o palato em formato de oliva, alteração no formato dos ossos e outras. A anamnese é complexa uma vez que em muitos casos o diagnóstico é possível a partir de análise de exames radiológicos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Desde que tornou-se obrigatória, a notificação evidenciou um aumento de cerca de 32,7% entre os anos de 2014 e 2015 nos casos de sífilis adquirida e de 20,9% em

gestantes e de 19% a congênita (BRASIL,2016). De 1998 a junho de 2018, foram notificados no SINAN 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 83.800 (44,5%) eram residentes na Região Sudeste, 57.422 (30,5%) no Nordeste, 20.922 (11,1%) no Sul, 15.898 (8,4%) no Norte e 10.403 (5,5%) no Centro Oeste. As fichas de notificação compulsória da sífilis congênita e sífilis na gestação encontram-se disponíveis nos sites do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (www.crt.saude.sp.gov.br) e no Centro de Vigilância Epidemiológica (www.cve.saude.sp.gov.br).

No Brasil, nos últimos dez anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2007, a taxa era de 1,9 caso/1.000 nascidos vivos e, em 2017, a taxa foi mais de quatro vezes maior do que a taxa de 2007, passando para 8,6 casos/1.000 nascidos vivos. Dados do *Boletim Epidemiológico da Sífilis 2018* mostram que a taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 44,1 para cada grupo de 100 mil habitantes, em 2016, para 58,1/100 mil em 2017. No mesmo período, a sífilis em gestantes cresceu de 10,8 casos por mil nascidos vivos para 17,2. Já a sífilis congênita, passou de 21.183 casos em 2016 para 24.666 em 2017. O número de óbitos por sífilis congênita foi de 206 casos em 2017, enquanto em 2016, haviam sido 195. Os maiores percentuais de casos de sífilis congênita, em 2017, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade.

Estudos evidenciam que apesar do aumento da cobertura pré-natal no país, a assistência na rede SUS apresenta inúmeras falhas em seus componentes mais básicos preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), resultando em baixa qualidade da assistência, o que explica a persistência de resultados perinatais desfavoráveis, como a sífilis congênita (DOMINGUES, 2011) Tal inobservância da sífilis na gestação influencia significativamente no aumento do número de casos de sífilis congênita, necessitando, portanto, da efetivação das diversas políticas públicas vigentes com o intuito de controlar e até erradicar a sífilis congênita; de ações eficazes e de novas pesquisas voltadas para a prevenção desta doença de fácil controle (COSTA et al., 2013).

Em relação à sífilis congênita, intervenções educativas poderão ser consideradas eficazes, visto que pretende sensibilizar e promover uma melhoria do conhecimento, atitude e prática das gestantes quanto ao controle da sífilis congênita, promovendo, dessa forma, o seu empoderamento e possibilitando que as mesmas possam modificar sua percepção de saúde e adotar práticas de promoção da saúde, colaborando para um maior controle desse agravo durante a gestação.

É importante destacar que novas tecnologias estão chegando ao setor de saúde e imprimem mudanças nas atribuições das diversas categorias profissionais. Nesse contexto, a Enfermagem precisa atualizar os seus conhecimentos e incorporar tais avanços em sua prática clínica. Entre as múltiplas atuações do enfermeiro, podem ser destacadas as ações promotoras de saúde, tornando-se imperativo que os enfermeiros busquem o desenvolvimento de novas tecnologias para o aprimoramento da sua prática no contexto da transmissão vertical das infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis (LIMA, 2014)

2.2 FATORES DE RISCO PARA SÍFILIS CONGÊNITA

Os fatores de risco para a aquisição de sífilis por mulheres em idade fértil e em gestantes são: baixo nível socioeconômico, múltiplos parceiros, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas, promiscuidade, prostituição, degradação do ser humano, abandono da escola entre outros. Em relação aos fatores de risco para sífilis congênita, acrescentam-se: ausência de assistência pré-natal ou pré-natal deficiente, gestantes adolescentes onde a própria gestação já é uma surpresa e junto com a mesma vem o diagnóstico da sífilis e essas meninas grávidas não têm nenhuma informação, que é uma doença que elas não têm ideia do que seja, do contágio, e de como se trata. Não sabem sequer os riscos que isso pode trazer para a saúde delas e dos RNs. Muitas vezes não tem parceiro fixo, o tratamento fica inadequado pelo fato das barreiras sociais.

A população jovem de hoje, por não ter vivido tanto a epidemia de sífilis nas décadas anteriores, quanto o início da epidemia do HIV, ou pelo fato de existir tratamento para prolongar a vida das pessoas portadoras do vírus HIV eventualmente pode estar se

descuidando dos métodos de prevenção. Dados do Ministério da Saúde revelam números preocupantes. Em 2010, foram notificados 1.249 casos de sífilis adquirida, a que se pega através da relação sexual sem camisinha. Em 2015, apenas cinco anos depois, esses números saltaram para 65.878, um aumento de mais de 5.000%.

Em 2012, o Boletim Epidemiológico Brasileiro da Sífilis revelou um aumento na taxa de incidência dos casos de sífilis congênita em menores de um ano. Em geral, no país, as maiores proporções de casos de sífilis congênita ocorrem em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade (52,7%), possuem escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta (25,8%), e realizou pré-natal (74,5%). Dentre as gestantes que fizeram o pré-natal em 2011, 86,6% foram diagnosticadas com sífilis durante a gravidez, e só 11,5% tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2012).

Para Magalhães et al., (2013), a sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico. Embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, esses resultados sinalizam que pouca escolaridade e baixa renda podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde. O estudo sinaliza também a assistência pré-natal inadequada como um motivo significativo para a persistência da transmissão vertical da sífilis nessa população.

Outro estudo revela uma maior vulnerabilidade social e reprodutiva dessas mulheres o que oportuniza o aumento da prevalência da sífilis. Além de associar ocorrência de sífilis na gestação está à cor, ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas piores, aos antecedentes de risco obstétrico, ao início tardio do acompanhamento pré-natal e ao número insuficiente de consultas. Considerando os objetos este estudo trata da assistência pré-natal como estratégia para enfrentamento do problema. Além de mostrar a necessidade urgente de revisão dos procedimentos adotados e maior responsabilização dos profissionais perante um problema evitável (DOMINGUES et al., 2013).

Uma assistência pré-natal deficiente leva à ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis e pode resultar em um aumento no número de casos da sífilis congênita. Após o nascimento os custos com o tratamento da sífilis congênita são

bem maiores pois ocorre o prolongamento da hospitalização bem como a realização de exames serão muito mais dispendiosos do que se a sífilis materna tivesse sido tratada em tempo hábil. Além do trauma para o RN com tão pouca massa muscular ser submetido a um tratamento prolongado.

2.3 SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE E TARDIA

Caracteriza-se por sífilis congênita precoce, aquela que se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, e por sífilis congênita tardia, aquela que se manifesta após os dois anos de vida (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006; BRASIL, 2015). O diagnóstico da sífilis congênita precoce e tardia é realizado por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna, da avaliação clínico- laboratorial e de estudos de imagem na criança (Peeling & Ye, 2004; Brasil, 2015).

Toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal. Uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre. É obrigatório ainda a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade.

A sífilis congênita tardia manifesta-se após os dois primeiros anos de vida, assim como a sífilis precoce deve ter uma avaliação cautelosa tanto da mãe quanto da criança. As características básicas desta fase são: tibia em “Lâmina de Sabre”, como demonstrado na figura 4, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela” (BRASIL, 2006; FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016)

2.4 SÍFILIS EM GESTANTE

A inclusão da sífilis na gestação como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado. A vigilância epidemiológica da sífilis na gestação tem como objetivo controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, acompanhar

adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle.

É considerado caso de sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica (VDRL) reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem. Em conformidade com a Resolução SS nº41 de 24 de março de 2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto). A notificação é obrigatória.

A sífilis na gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices morbimortalidade intrauterina. Estima-se que leve, em pelo menos 50% das gestações acometidas (entre 10% e 15% de todas as gestações), a desfechos perinatais adversos. (MAGALHÃES, KAWAGUCHI, DIAS, & CALDERON, 2011). A exposição à doença acarreta sérias implicações para mulher e seu conceito, sendo causa de grande morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de metade dos casos, como abortos, natimortalidade, neomortalidade, além de complicações precoces e tardias nos nascidos vivos. (MESQUITA ET AL., 2010).

De acordo com Organização Mundial de Saúde a assistência ao pré-natal com início tardio se configura como um obstáculo para o controle da sífilis na gestação, pois associa-se à menor número de consultas e à menor realização de exames de rotina (DOMINGUES et. al.,2012). O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de que as equipes de Atenção Básica realizem os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e sífilis. Para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Esses

testes rápidos estão inseridos no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2013).

A sífilis congênita trata-se de um agravo que é considerado como marcador de qualidade de assistência à saúde materno-fetal. A realização do diagnóstico e o fácil manejo clínico e terapêutico permitiriam reduzir o risco de transmissão vertical (BRASIL, 2012). Realizar testes sistematicamente com as gestantes no mínimo duas vezes na gestação (no início do pré-natal e próximo à 30ª semana) se torna imprescindível para evitar a transmissão vertical da sífilis e outras doenças, assim como, realizar também no momento da internação hospitalar, no parto, porque além de interromper a evolução da infecção e suas sequelas irreversíveis, possibilita o tratamento precoce da criança (BRASIL,2012).

2.5 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO DO RN

A sífilis congênita é uma infecção de vários órgãos, que pode causar morte fetal ou neonatal, sequelas neurológicas e esqueléticas. Considerando-se que a maioria das crianças (mais de 60%) é assintomática ou apresenta poucos sinais ao nascer, os profissionais devem basear-se na história materna para determinar se o RN possui risco de ser portador de sífilis congênita.

Quando sintomáticos ao nascer, os RN podem apresentar as seguintes manifestações, em ordem decrescente de frequência: hepatoesplenomegalia, prematuridade, restrição do crescimento intrauterino, lesões cutaneomucosas (pênfigo palmo plantar, exantema maculopapular, rinite serossanguinolenta), lesões ósseas (periostite, osteíte ou osteocondrite, que podem causar dor e pseudoparalisia dos membros), adenomegalia generalizada, lesões pulmonares (pneumonia alba), lesões renais (síndrome nefrótica), edema, hidropsia, meningoencefalite assintomática e anemia.

Manifestações clínicas que ocorrem após o nascimento são arbitrariamente divididas em precoces (que aparecem nos primeiros 2 anos de vida) e tardias (após 2 anos de

vida). As manifestações da sífilis congênita precoce são semelhantes àsquelas dos RN, devendo-se valorizar a descarga nasal que geralmente ocorre uma a duas semanas após o exantema maculopapular e se associa à hepatoesplenomegalia e icterícia. A sífilis congênita tardia apresenta-se com lesões ósseas, articulares, dentárias (Figura 2), neurológicas e oculares, que são progressivas e prejudicam o desenvolvimento.

Os achados laboratoriais mais frequentes na sífilis congênita incluem alterações radiológicas de ossos longos e alterações no líquido cefalorraquídeo (LCR), hematológicas (anemia, leucopenia ou leucocitose e trombocitopenia) e de enzimas hepáticas. O diagnóstico de meningoencefalite é baseado nas alterações sorológicas, citológicas e/ou bioquímicas do LCR, sendo utilizadas para diagnóstico de neurosífilis. Essas alterações geralmente estão presentes nas crianças sintomáticas, mas também podem ocorrer nas assintomáticas.



Figura 2: Lesões ósseas, articulares provocadas pela sífilis congênita em recém-nascido.
Fonte: (NICOLAU, 2015; LOURENÇO, 2016)

O diagnóstico de sífilis congênita em RN sintomáticos é possível quando os antecedentes e exames laboratoriais maternos confirmam a infecção ativa ou quando se demonstra o treponema em lesões, secreções, tecidos, placenta ou cordão umbilical (pela microscopia de fase de campo escuro ou teste de inoculação em coelhos). Em RN assintomáticas, a história e os testes sorológicos maternos em combinação com os testes sorológicos e exames complementares no RN devem ser considerados para nortear a conduta.

Deve-se, no entanto, considerar que a detecção de anticorpos no RN, por meio dos testes sorológicos mais facilmente disponíveis, pode refletir somente os anticorpos maternos transferidos passivamente. Testes para detecção de anticorpos IgM e IgA antitreponema ou teste da reação da polimerase em cadeia (PCR) para detecção de sequências nucleotídicas do treponema não são amplamente disponíveis.

Na sífilis congênita é necessária uma avaliação clínica e epidemiológica criteriosa da mãe e do recém-nascido. Os testes sorológicos devem ser avaliados com muito critério, pois na maioria dos casos a infecção é assintomática e a presença dos anticorpos na criança pode ser confundidos com a passagem passiva por via transplacentária de anticorpos IgG maternos (BRASIL, 2006; LINS, 2014).

A avaliação complementar do RN com suspeita de sífilis congênita deve incluir: VDRL (realizado em sangue periférico do RN e não no sangue do cordão umbilical), radiografia de ossos longos (metáfises e diáfises de tibia, fêmur e úmero), líquido cefalorraquidiano (VDRL, celularidade e proteinorraquia) , hemograma, dependendo das manifestações clínicas: dosagem de bilirrubinas, enzimas hepáticas , Rx de tórax, função renal, etc.

2.6 INTERPRETAÇÃO CONJUNTA DOS TESTES SOROLÓGICOS DA MÃE E DO RECÉM NASCIDO (RN)

Os títulos de VDRL podem ajudar na interpretação. Geralmente são elevados nas infecções recentes, (>1:16, >1:32), apesar de poderem ser menores ou até negativos nas infecções maternas muito recentes. Quando estiver disponível mais de um teste no período pré-natal, pode-se identificar a conversão de negativo para positivo ou incremento dos títulos. Nas infecções latentes ou anteriormente tratadas, os títulos são usualmente menores (< 1:8) e estáveis com o passar do tempo. O teste VDRL negativo no RN não exclui a possibilidade de sífilis congênita. Se não há outros elementos sugerindo sífilis congênita, deve-se repetir o teste com intervalo de 30 dias para confirmar a ausência de infecção.

No RN pré-termo extremo pode ocorrer resultados falso-negativos. Nesses RN, pode não ter havido passagem de anticorpos maternos em concentrações suficientes para detecção e ainda não ter ocorrido síntese própria de anticorpos. Por outro lado, títulos de anticorpos no RN quatro vezes maiores que os valores da mãe (ou duas diluições maiores) sugerem que o RN esteja produzindo anticorpos e, portanto, esteja infectado. No entanto, esse achado é infrequente.

2.7 INTERPRETAÇÃO DO HISTÓRICO DE TRATAMENTO MATERNO

Em 1928 Fleming, fez a descoberta de um bactericida proveniente do fungo *Penicilium notatus* que modificou a história das infecções e conseqüentemente da sífilis. O antibiótico penicilina, fruto da descoberta, age interferindo na síntese do peptidoglicano, um componente da parede celular do *T. pallidum* permitindo entrada excessiva de água o que acaba destruindo o microrganismo (SGARIONI, 2008).

Uma ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo. Esquemas alternativos (não penicilínicos) podem ser encontrados em Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, Ministério da Saúde do Brasil, 2005. Toda vez que ocorrerem as seguintes situações, o tratamento materno deve ser considerado inadequado: Uso de terapia não penicilínica, ou penicilínica incompleta (tempo e/ou dose), instituição de tratamento dentro dos 30 dias anteriores ao parto ou término da terapia preconizada menos de 30 dias antes do parto, manutenção de contato sexual com parceiro não tratado, ausência de confirmação de decréscimo dos títulos reagínicos, evidência de reinfecção (incremento dos títulos reagínicos em pelo menos quatro vezes).

2.8 INTERPRETAÇÃO DA RADIOGRAFIA DE OSSOS LONGOS E EXAME DE LÍQUOR (LCR)

A importância da avaliação dos ossos longos deve-se ao fato de que são encontradas lesões em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de sífilis congênita. Podem também representar a única alteração em RN sem outros sinais de infecção (em 4 a 20% dos casos). Sinais radiológicos de periostite, osteíte ou osteocondrite podem ser facilmente identificados. Alterações liquóricas também

são mais comuns em crianças portadoras de outras manifestações. O exame pode identificar alterações em pequena proporção de crianças assintomáticas e auxiliar na orientação do tratamento e seguimento. No entanto, sua indicação tem sido questionada por alguns em locais onde sua realização seja difícil.

A detecção de VDRL positivo no LCR confirma o diagnóstico de neurosífilis, porém sua ausência não o exclui. Os seguintes valores obtidos no LCR são considerados como limítrofes da normalidade: RN - células brancas: 25/mm³; proteínas: 150mg/dl. Crianças > 28 dias - células brancas 5/mm³; proteínas 40mg/dl.

A meningoencefalite é frequente nas crianças sintomáticas e menos frequente nas assintomáticas. A notificação e a investigação de todos os casos detectados, incluindo os natimortos e os abortos por sífilis, são obrigatórias em todo o território nacional. As instruções para notificação podem ser encontradas no site do Ministério da Saúde do Brasil.

2.9 TRATAMENTO DO RN

Nos casos de neonatos com sífilis congênita com alterações clínicas, laboratoriais e radiológicas instaura-se um esquema de tratamento com penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa (EV), a cada doze horas nos primeiros sete dias de vida, após os sete dias manter a medicação a cada oito horas durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, intramuscular, durante 10 dias (BRASIL, 2006).

Caso o neonato apresentar alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina com dosagem de 50.000 UI/Kg/dose por via EV, a cada doze horas nos primeiros sete dias de vida, posteriormente aos sete dias de vida, permanecer com a medicação a cada oito horas durante dez dias (BRASIL, 2006)

Todo RN com sífilis congênita confirmada ou provável deve ser tratado e acompanhado até a confirmação da cura. O regime terapêutico preferencial em casos de infecção provável é o uso de penicilina cristalina, podendo-se utilizar a penicilina

procaína, preferencialmente nos casos com exame de LCR normal. A penicilina G benzatina pode ser utilizada nos casos de infecção pouco provável. Os regimes de tratamento estão resumidos no Quadro 1.

2.10 QUADRO - TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

RN ATÉ 4 SEMANAS DE IDADE:	PRESCRIÇÃO
Penicilina G Cristalina (EV)	50.000UI/Kg/dose, 2 doses por dia (12/12 horas) na 1a semana 3 doses por dia (8/8 horas) entre a 2a e a 4a semanas Duração do tratamento: 10 dias
Penicilina G Procaína (IM)	50.000UI/Kg/dose, dose única diária, 10 dias
Crianças com idade maior que 4 semanas	
Penicilina G Cristalina (EV)	50.000UI/Kg/dose, 4/4 horas, 10 dias
Penicilina G Procaína (IM)	50.000UI/Kg/dose, 12/12 horas, 10 dias
Penicilina G Benzatina (IM)	50.000UI/Kg/dia, dose única

Fonte: BRASIL, 2006

3 ACOMPANHAMENTO DO RN

É importante que todos os RN tratados para sífilis congênita confirmada ou suspeita sejam acompanhados, para assegurar que o tratamento foi efetivo. Os testes sorológicos reagínicos devem ser verificados a cada 2–3 meses após o tratamento, até que sejam documentados dois títulos negativos com intervalo mínimo de 30 a 40 dias entre eles. Em RN sintomáticos adequadamente tratados no período neonatal, as manifestações clínicas resolvem-se em três meses. Nesses RN, os testes reagínicos devem declinar até a idade de 3 meses e negativar em até 6 meses. No entanto, a resposta sorológica pode ser mais lenta em crianças tratadas após o período neonatal. Títulos estáveis ou que mostrem elevação (de quatro vezes) sugerem falha terapêutica e a criança deve ser reavaliada e tratada.

Os testes treponêmicos não devem ser usados para avaliar a resposta ao tratamento, pois podem persistir positivos, apesar da terapêutica adequada. Diferentemente, os anticorpos treponêmicos passivamente adquiridos da mãe negativam-se após a idade de 15 meses. A persistência desses, após 18 meses de idade, é diagnóstico de sífilis congênita e deve ser acompanhado de teste reagínico positivo. Se houver alterações líquóricas no início do tratamento, deve-se repetir o LCR 3 a 6 meses após o final do mesmo tratamento, para documentação da normalização desse exame. A persistência de alterações indica a necessidade de reavaliação clínica, laboratorial e terapêutica.

Outras avaliações necessárias para a verificação da extensão do acometimento incluem exames oftalmológico (fundoscopia), neurológico e de acuidade auditiva periodicamente a cada 6 meses e até os 2 anos (ou mais se necessário). A sífilis congênita adequadamente tratada evolui para a cura. Todos os esforços devem ser empregados para garantir o seguimento adequado e a documentação da cura. Todas as mães devem ser esclarecidas sobre os riscos de não identificação, tratamento e seguimento inadequados de uma criança com sífilis. Sequelas neurológicas (déficit de aprendizado, retardo mental), deformidades ósseas e dentárias, surdez, perda visual pode ocorrer de modo insidioso e comprometer o desenvolvimento da criança.

3.1 ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA ANTES E DURANTE A GRAVIDEZ

A prevenção da sífilis congênita insere-se nas ações para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis de maneira geral, nas medidas de identificação e no tratamento de gestantes infectadas por sífilis e na prevenção da reinfeção das mesmas. É muito importante a realização da triagem sorológica no primeiro trimestre de gestação, com repetição no terceiro trimestre e no momento do parto. Essa triagem pode ser difícil de ser realizada em grupos populacionais de maior risco, tais como adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana, que com maior frequência não realizam acompanhamento pré-natal. O sucesso da prevenção da sífilis congênita, portanto, reside na organização dos serviços de saúde, que devem visar à ampla cobertura das necessidades e especificidades populacionais.

A melhor prevenção da sífilis congênita é feita pelo tratamento adequado da gestante sífilítica e de seu parceiro, o que implica a necessidade, em termos amplos, de uma boa assistência médica à população e, em termos mais restritos, de garantir o acesso e freqüência indispensável ao cuidado pré-natal. Deve-se lembrar que a sífilis congênita é considerada como um evento marcador da qualidade da assistência pré-natal de uma população, em termos epidemiológicos. Nesse sentido, esforços para o desenvolvimento de exames rápidos para o diagnóstico da sífilis, que permitam o tratamento ou o início dele no momento em que a gestante é atendida no pré-natal, poderiam diminuir, e muito, a incidência da infecção congênita em locais pobres, cuja população tem acesso restrito à educação e aos serviços de saúde.

De acordo com Conway, somente por meio de um esforço unificado, bem financiado e organizado, que incorpore de fato os pilares necessários para a erradicação da sífilis congênita nas políticas públicas nacionais, o peso dessa doença será retirado dos ombros de mulheres e crianças. Apenas quando isto se tornar realidade, estaremos começando a cumprir as resoluções da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde de 1948 e, de fato, melhorando a saúde das mulheres e das crianças.

3.2 ANTES DA GRAVIDEZ

Uso regular de preservativos; redução do número de parceiros sexuais; diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros; realização do teste sorológico em mulheres com intenção de engravidar e, tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros. Participação em grupos operativos de planejamento familiar, para receber todo aconselhamento da equipe multiprofissional, conscientização da própria mulher acerca do autocuidado, e do cuidado com os eu possível conceito sobre os cuidados com na prevenção da saúde.

3.3 DURANTE A GRAVIDEZ:

Diagnóstico precoce de sífilis materna no pré-natal (realizar o teste sorológico no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta e outro no início do terceiro trimestre da gravidez); tratamento imediato dos casos diagnosticados em gestantes e seus parceiros (evitando a reinfecção da gestante), orientando para que os pacientes evitem relação sexual até que o seu tratamento (e o do parceiro com a doença) se complete, monitorando a gestante através do controle de cura mensal por meio do teste sorológico. Orientações acerca de culturas, e das emoções do casal levando-os a entender que a prioridade no momento é a saúde de todos da família principalmente interromper o ciclo da doença para que não ocorra a transmissão vertical.

Com o objetivo de combater os altos índices de mortalidade materna e de promover a saúde materno-infantil, o governo brasileiro investe no incentivo a realização da assistência pré-natal de todas as gestantes na atenção básica à saúde, visto que por meio deste atendimento, o profissional de saúde pode detectar, precocemente, intercorrências clínicas que possam trazer prejuízos à mulher e ao seu filho, orientar a mulher para que sua gestação transcorra tranquilamente, bem como torná-la apta para o cuidado consigo, com seu filho e com sua família. Um dos profissionais que se destaca na atenção pré-natal é o enfermeiro, o qual presta esta assistência em conjunto com os outros profissionais da equipe multidisciplinar, sendo estes médicos, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentre outros.

A sífilis congênita é uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada. A persistência de alta incidência da doença e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento considerável da cobertura de assistência pré-natal e do número médio de consultas com a instalação do SUS, indica que a qualidade da assistência é insatisfatória (DOMINGUES et al., 2013a) A educação em saúde deve ser utilizada como um instrumento diferencial de promoção da saúde e estímulo ao autocuidado na assistência pré-natal como preconizado pelo PHPN. A atenção individualizada e direcionada ao cliente proporciona um acolhimento mais humanizado, receptividade e aceitação das informações, pois como ressalta Freire (1997):

A Organização Mundial da Saúde apoia-se em quatro pilares para alcançar a eliminação da sífilis congênita: o processo deve ser impulsionado pelo país, considerando as condições culturais, epidemiológicas e de cuidados pré-natais específicas; deve-se adotar uma abordagem integrada, ligada a outros serviços de saúde para mães e recém-nascidos; aplicar uma abordagem baseada em direitos, dando às mulheres o direito à informação, aconselhamento e confidencialidade e a melhor utilização possível dos recursos disponíveis através da parceria e colaboração entre os serviços (OMS, 2008)

Em 2011, após o lançamento da estratégia “Rede Cegonha”, estabeleceu-se a implantação dos testes rápidos de triagem da sífilis no âmbito da Atenção Básica, no intuito de promover um diagnóstico precoce desse agravo nas gestantes e o início oportuno das ações de prevenção, com vistas à eliminação da sífilis congênita, bem como à redução de óbitos materno-infantis evitáveis (BRASIL, 2015a).

Tem-se como definição de caso de sífilis em gestante: gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal; gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio (BRASIL, 2015).

Diante das várias falhas observadas na assistência, tais como o início tardio do pré-natal, quebra na continuidade do cuidado com mudança de unidade de saúde durante a assistência, dificuldades no diagnóstico da sífilis, falhas no tratamento da gestante e, principalmente, do parceiro; além de falta de orientações sobre a doença e sobre uso de preservativos, verifica-se que a qualidade e efetividade da assistência para a redução da transmissão vertical da sífilis está muito aquém do preconizado pelas políticas ministeriais visando a erradicação da sífilis congênita (DOMINGUES et al., 2013).

Diante de um diagnóstico de sífilis durante a gestação, há a recomendação de orientar, tratar e realizar controle de cura tanto na gestante quanto no seu parceiro. No entanto, verifica-se que a maioria das mulheres mães de uma criança com sífilis congênita afirmam a realização do tratamento da sífilis durante o pré-natal, mas não há o tratamento concomitante do parceiro e nem tampouco o controle da infecção como medida de prevenção da ocorrência da sífilis congênita (SILVA et al., 2010).

Daí se percebe importância da presença do parceiro nas consultas de pré-natal, assim como a sua convocação e tratamento juntamente com a gestante, visto que a literatura aponta como o principal fator de falha no tratamento da gestante, a falta e/ou a inadequação do tratamento do mesmo. A inclusão do parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para a abordagem do problema e é determinante para a cura eficaz da mãe e, conseqüentemente, para interrupção da cadeia de transmissão (MAGALHÃES et al., 2013).

Verifica-se que os profissionais referem bastante dificuldade para realizar a convocação do parceiro, no entanto, tal intervenção é de suma importância para que se interrompa a cadeia de transmissão das IST. No caso do não comparecimento das parcerias sexuais comunicadas, o profissional precisa realizar outras atividades, conforme a disponibilidade de cada serviço, tais como comunicação por cartão. Caso as parcerias sexuais não atendam à comunicação por cartão em um prazo de até 15 dias, ou o caso-índice não queira entregar os cartões (mas forneça dados de identificação das parcerias).

Recomenda-se realizar a comunicação por meio de correspondência, ou outros meios de comunicação que garantam a confidencialidade da informação, como contato telefônico e/ou eletrônico, ou até mesmo a utilização de algumas redes sociais. Quando se esgotarem todos os recursos disponíveis, havendo acesso ao endereço, deve-se realizar a busca ativa (BRASIL, 2015).

Em relação à importância do sexo seguro com a utilização do preservativo em todas as relações sexuais, não se pode desconsiderar a dificuldade do uso do preservativo, especialmente em relações estáveis; entretanto, deve existir nos serviços de saúde uma postura diferenciada, que favoreça o acolhimento e identificação conjunta com a paciente de estratégias de negociação com o parceiro, uma vez que a reinfeção pode perpetuar a sífilis (CAMPOS et al., 2012).

Vale lembrar que, o tratamento adequado da sífilis na gestação considerado toda terapêutica de acordo com o estágio da doença, realizado com penicilina G benzatina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro sexual com sífilis tratado concomitantemente (BRASIL, 2015).

Muitas mulheres não revelam o diagnóstico de sífilis para o seu parceiro, pois o estigma da doença tem repercussões negativas para as pessoas, suas famílias e a comunidade. Isso provoca isolamento social e implica em relutância para a revelação do diagnóstico mesmo quando se pretende, deseja ou necessita fazê-lo. Um dos principais motivos para a decisão de não revelação do diagnóstico entre mulheres com sífilis é o temor de serem rejeitadas e a preocupação com o que os outros pensarão se forem identificadas como portadoras da doença. Mantendo-se dessa forma, a cadeia de transmissão da doença (CAVALCANTE et al., 2012).

Diante de tais dificuldades, tornam-se necessárias estratégias inovadoras utilizando as tecnologias disponíveis visando o manejo clínico adequado da gestante e seu (s) parceiro(s), incluindo o aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção. Assim, poderá haver aumento da adesão ao tratamento e redução da vulnerabilidade das mulheres e seus parceiros para interrupção da cadeia dessa grave doença a sífilis

evitando assim essa síndrome tão desagradável que afeta os RNs de mães infectadas não tratadas ou tratadas de forma incorreta ou incompleta.

Para enfrentamento dessas dificuldades, os profissionais de saúde precisam estar devidamente capacitados para estabelecer uma relação de confiança com os casais com diagnóstico de sífilis para garantir a qualidade do atendimento e a adesão ao tratamento. Para tanto, deve-se promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações, e o poder de persuasão no convencimento da importância do tratamento de ambos para que o RN nasça saudável rompendo todas as barreiras sociais e culturais.

Sabe-se que a mudança de comportamento envolve o desenvolvimento de habilidades pessoais que concorram para a manutenção ou melhora da condição de saúde, sendo o desenvolvimento dessas habilidades uma das competências do profissional promotor de saúde (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

A mudança de comportamento ainda é um dos grandes desafios para a prevenção e promoção da saúde. Apesar da mudança de comportamento e do estilo de vida ser uma decisão pessoal, a mesma pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada (DIAS; NONATO, CHAVES, 2010).

A figura materna possui um papel fundamental na prevenção de complicações no ciclo gravídico-puerperal, tais como a transmissão vertical de doenças infectocontagiosas. Mas o companheiro precisa ser envolvido nesse processo, principalmente quando a quebra da cadeia de transmissão da doença depende do seu tratamento concomitante com a gestante, como é o caso da sífilis. Nessa circunstância é importante que haja auto eficácia ou confiança por parte do casal em suas habilidades para desempenhar satisfatoriamente os cuidados para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

A sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico. Embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, sinalizam que pouca escolaridade e baixa renda podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos

serviços de saúde, percebe-se uma maior incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita em estratos sociais de menor escolaridade e em grupos raciais tradicionalmente mais desfavorecidos socioeconomicamente. A maioria das gestantes brasileiras tem tido acesso a pelo menos quatro consultas de pré-natal; no entanto, ainda são importantes as variações de acesso segundo características socioeconômicas, como nível de instrução e raça/cor (ARAÚJO et al., 2012).

Tais características corroboram o perfil nacional de mulheres com sífilis na gestação, as quais são, predominantemente, jovens, com grau de escolaridade inferior quando comparadas às gestantes em geral e pardas (BRASIL, 2015). Estudos apontam a correlação entre a ocorrência de sífilis congênita e a qualidade insatisfatória do pré-natal constatando-se que esse agravo consiste em uma condição evitável, desde que corretamente diagnosticada e tratada durante o acompanhamento na gestação. Logo, torna-se prioritária uma avaliação precisa do uso da assistência pré-natal e das barreiras associadas ao seu acesso para o desenvolvimento de programas de saúde pública específicas capazes de melhorar a qualidade dessa assistência à saúde materno-fetal (HAWLEY et al., 2014).

Em relação ao número adequado de consultas, para possibilitar a análise da adequação desse aspecto, consideraram-se as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil que desde 2011, com a Estratégia Rede Cegonha, passou a sugerir a realização de no mínimo sete consultas para uma gestação a termo (BRASIL, 2011). Em estudo do tipo caso-controlé verificou-se que quantitativo insatisfatório de consulta de pré-natal apresentou associação estatística com a ocorrência de sífilis congênita, indicando que a realização de um número inferior a sete consultas potencializa as chances de ocorrência desse agravo (MENDES, 2016).

O tratamento da sífilis em gestantes é relativamente simples e a prevenção da sua transmissão para o recém-nascido é 100% eficaz mediante a administração de penicilina benzatina, o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto. No entanto, para que esse tratamento aconteça conforme manda o protocolo, e para que todas as gestantes com sífilis sejam tratadas, deve-se garantir um acesso ao pré-natal; o início do pré-natal não deve ser tardio, porque a prevenção

da transmissão da sífilis só é garantida quando o tratamento termina até um mês antes do nascimento do bebê.

A qualidade do pré-natal deve ser assegurada; a garantia do acesso à detecção da sífilis na gestante deve ser a mais precoce possível, com a disponibilização dos testes rápidos para sífilis em unidades básicas de saúde ou laboratórios que consigam fornecer o diagnóstico em até uma semana; o tratamento com penicilina deve ser iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde; O fornecimento da penicilina benzatina às unidades de saúde deve ser garantido e ininterrupto; e os parceiros com sífilis das gestantes devem aderir imediatamente ao tratamento, em concomitância com o tratamento das mulheres (BRASIL, 2015).

Evidencia a importância do envolvimento e participação ativa do parceiro durante a assistência pré-natal, para que os mesmos se sintam sujeitos ativos na prevenção de agravos que podem trazer repercussões negativas para o seu filho, como é o caso da sífilis.

De uma forma geral, percebe-se que apesar de a sífilis ser uma doença antiga e curável, as mulheres enfrentam grandes dificuldades ao adquirirem a doença, sofrendo com a descoberta da IST, com a realização do seu tratamento e todas as implicações no seu relacionamento familiar e conjugal. A sífilis traz repercussões ao relacionamento conjugal da mulher e está muitas vezes, encontra-se fragilizada e temerosa quanto às implicações da doença na sua vida com o parceiro (CAVALCANTE et al., 2012).

Além disso, torna-se fundamental uma capacitação das equipes da Estratégia Saúde da Família, as quais, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro da doença, visto tratar-se da porta de entrada do sistema de saúde, possibilitando maior proximidade entre os profissionais e os usuários, especialmente os parceiros de gestantes infectadas, para conseguir sua adesão ao tratamento (COSTA et al., 2013). O tratamento de ambos os parceiros é muito importante na prevenção para impedir que ocorra a re-infecção, garantindo que o ciclo seja interrompido. O tratamento correto e completo também é considerado uma forma

eficaz de controle, pois interrompe a cadeia de transmissão. A principal forma de prevenção é o uso de preservativos no ato sexual.

3.4 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

O *T. pallidum* dissemina-se através da placenta, cordão umbilical, membranas e fluido amniótico para o feto. Ocasionalmente, o RN pode ser infectado pelo contato com lesão genital materna. O aleitamento materno não resulta em transmissão, a não ser que haja lesão na mama. A transmissão pode ocorrer em qualquer período da gestação, sendo mais comum nos trimestres finais. O risco de infecção fetal é menor e o acometimento pela doença é menos grave quanto maior a duração da infecção materna. Mães com sífilis primária ou secundária ou com sífilis adquirida nos últimos quatro anos, não tratadas, representam o maior risco de prematuridade, morte perinatal (18–40%) e infecção congênita (70–100%) quando comparadas àquelas com sífilis latente adquirida há mais de quatro anos, em que o risco de infecção congênita é de 23 a 40%.

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), exclusiva do ser humano, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical (Horvath, 2011; Brasil, 2015). A infecção da criança pelo *T. pallidum* a partir da mãe acarreta o desenvolvimento da sífilis congênita (OMS, 2015; Brasil, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima no mundo mais de 1 milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia. Ao ano, estima aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A presença da sífilis aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em especial, a sífilis na gestação leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo, e coloca um adicional de 215 mil crianças em aumento do risco de morte prematura (Brasil, 2016).

Entre os fatores de riscos que contribuem para que a prevalência de sífilis se mantenha, está baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas lícitas e ilícitas, e abandono da escola (Guinsburg & Santos, 2010). O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. Sífilis volta a ser uma epidemia, apesar do tratamento rápido, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros.

Nos últimos anos, o aumento no número de casos de sífilis esteve relacionado não apenas à falta do medicamento, mas também à redução das campanhas de prevenção e combate, assim como pela redução no uso de preservativos durante as relações sexuais e pela resistência de gestantes a fazer o tratamento por conta dos efeitos colaterais. O aumento do número de casos notificados não significa piora do diagnóstico, mas a melhora da expertise. Fora isso, há toda a questão do investimento na transmissão vertical, da gestante com o parceiro. Da garantia do sexo seguro, do acompanhamento e tratamento da mãe juntamente com o seu parceiro.

Em razão da condição prioritária atribuída à prevenção da transmissão vertical da sífilis, o Ministério elaborou a agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, construção coletiva de associações de classe e várias áreas do Ministério da Saúde, para seu enfrentamento no país. A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (Brasil. Portaria no 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827).

3.5 CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada:

- a) Captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- b) Realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- c) Realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém diagnosticadas ou em seguimento);
- d) Instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do (s) seu (s) parceiro (s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- e) Documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante;
- f) Notificação dos casos de sífilis congênita. Além disso, as medidas de controle, envolvendo a realização do VDRL, devem abranger também outros momentos, nos quais há possibilidade da mulher infectar-se, ou, estando infectada, transmitir a doença para o seu filho: antes da gravidez e na admissão na maternidade, seja para a realização do parto ou para curetagem pós-aborto, seja por qualquer outra intercorrência durante a gravidez.

Aumento da sífilis congênita, sífilis gestacional e sífilis adquirida em todas as regiões do Brasil, e destaca o desconhecimento sobre a doença - não só em relação ao risco, como em relação às consequências da infecção: “Há comprometimentos muito sérios do sistema nervoso central, com doença neurológica, com quadros de demência, manifestações auditivas, oculares, com manifestações cardíacas e ósseas. É importante lembrar que não existe uma vacina. A única forma de prevenir a sífilis é através do sexo seguro”.

A transmissão ocorre principalmente por via sexual, mas também da mãe para o filho, durante a gravidez. A falta de tratamento pode causar cegueira, demência e má formação, no caso de fetos. O tratamento é rápido, assim como o diagnóstico, que pode ser feito com um teste rápido, com resultado pronto em dez minutos. No caso da sífilis primária, uma única dose de penicilina benzatina intramuscular já é suficiente para a cura, para não haver a transmissão para congênita.

A ineficácia do impacto das campanhas de uso de preservativos e da sua ampla disponibilização parece ser um dos fatores do recrudescimento dos casos de sífilis. Houve também o desabastecimento de penicilina que afetou a evolução individual da doença e a possibilidade de cura. A ideia é que muitos fatores de risco estão envolvidos no atual crescimento do número casos. Vale ressaltar que o crescimento da epidemia se iniciou antes de se tornar evidente a falta do medicamento.

Para o ano de 2018, o DIAHV estará implantando projeto de resposta rápida à sífilis nas redes de atenção, que tem como objetivo reduzir a sífilis adquirida e em gestantes, e eliminar a sífilis congênita no Brasil mediante o fortalecimento da vigilância epidemiológica, gestão e governança, assistência, educação e comunicação, constituindo uma resposta integrada e colaborativa que articule os pontos de atenção à saúde, os setores sociais e a comunidade para fortalecer a resposta a esses agravos.

3.6 PROFISSIONAIS PESQUISADOS, E COMPETÊNCIAS FRENTE A SÍFILIS CONGÊNITA

A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

SÃO ENFERMEIROS

O titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei; o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei; O titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o enfermeiro está legalmente e tecnicamente apto a conduzir o pré-natal de risco habitual, tendo como principais funções: realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias; solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico; realizar atividades educativas com grupos de gestantes; realizar visita domiciliar, quando for o caso; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; realizar coleta de exame citopatológico , dentre outras ações (BRASIL, 2012).

SÃO TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

O titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente; O titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

SÃO AUXILIARES DE ENFERMAGEM

O titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente; O titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956; O titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do Art. 2º. da Lei nº2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

SÃO MÉDICOS

O exercício da Medicina é regido pelas disposições legais, LEI Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013. O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem. O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

SÃO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O agente comunitário de saúde passa a ter como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A lei 13.708, DE 14 DE AGOSTO DE 2018. Regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

3.7 METODOLOGIA E INSTRUMENTOS

Realizou-se um estudo por meio de pesquisa exploratória, descritiva, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de uma microrregião sobre a sífilis congênita, através de um levantamento bibliográfico, para pesquisa de campo, utilizou-se como instrumento um questionário com perguntas fechadas, com uma amostragem de 300 profissionais de ambos os sexos e idades trabalhadores da área da saúde pública, sendo 100 do Sul do Espírito Santo, os municípios pesquisados no estado do Espírito Santo pertencem às Mesorregião Litoral Norte Espírito-Santense, Microrregião Montanha (Montanha, Mucurici, Pinheiros e Ponto Belo), regiões que possuem sua economia baseada na agropecuária e extração vegetal. Em Minas Gerais, foram 100 sujeitos, os municípios pesquisados no estado de Minas Gerais fazem parte da Mesorregião do Vale do Mucuri, Microrregião Nanuque, situados na porção leste do estado (Carlos Chagas, Nanuque e Serra dos Aimorés), sendo considerada, juntamente com o Vale do Jequitinhonha, a região mais pobre do estado, com sua economia voltada à pecuária de corte e agricultura de subsistência, sem qualquer expressão industrial. E 100 dos sujeitos da pesquisa estão situados no extremo Sul da Bahia, os municípios de Lajedão, Ibirapoã, Medeiros Neto e Teixeira de Freitas. O território rural está localizado na região nordeste e é composto por 13 municípios, tem grande aptidão para o turismo com suas praias, investimentos em fruticulturas, o setor mineral, o granito, o município de Teixeira de Freitas onde em sua grande maioria foi realizado a pesquisa o extremo sul se destaca no setor agropecuário, é a segunda maior região em atração de investimentos e está concentrada a produção de celulose do estado, compreendendo assim a tríplice fronteira. A pesquisa teve a finalidade de verificar o conhecimento desses profissionais

sobre a sífilis congênita, posteriormente foi analisado\ avaliado o perfil socioeconômico e as diferenças de conhecimento entre os profissionais residentes nos diferentes estados. Tal conhecimento é de essencial importância para a implementação de ações educativas, preventivas e curativas.

Foi utilizado para a busca os descritores dos assuntos: Sífilis Congênita: artigos, livros, dissertações, bem como, bancos de teses e dissertações de universidades via internet, além dos sistemas de bibliotecas eletrônicas, Scielo, Bireme. Além de documentos oficiais, cartilhas, legislações e manuais dos Ministérios da Saúde e OMS.

Foi construído um termo de consentimento livre e esclarecido onde garantiu o anonimato dos sujeitos. Em seguida os questionários foram respondidos gradativamente de acordo a disponibilidade dos sujeitos em seus locais de trabalho. Depois de respondidos e devolvidos, os instrumentos foram codificados e os resultados apresentados em forma de dados estatísticos sob forma de gráficos e por fim, a exposição dos resultados, discussão e considerações finais.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu às exigências contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré.

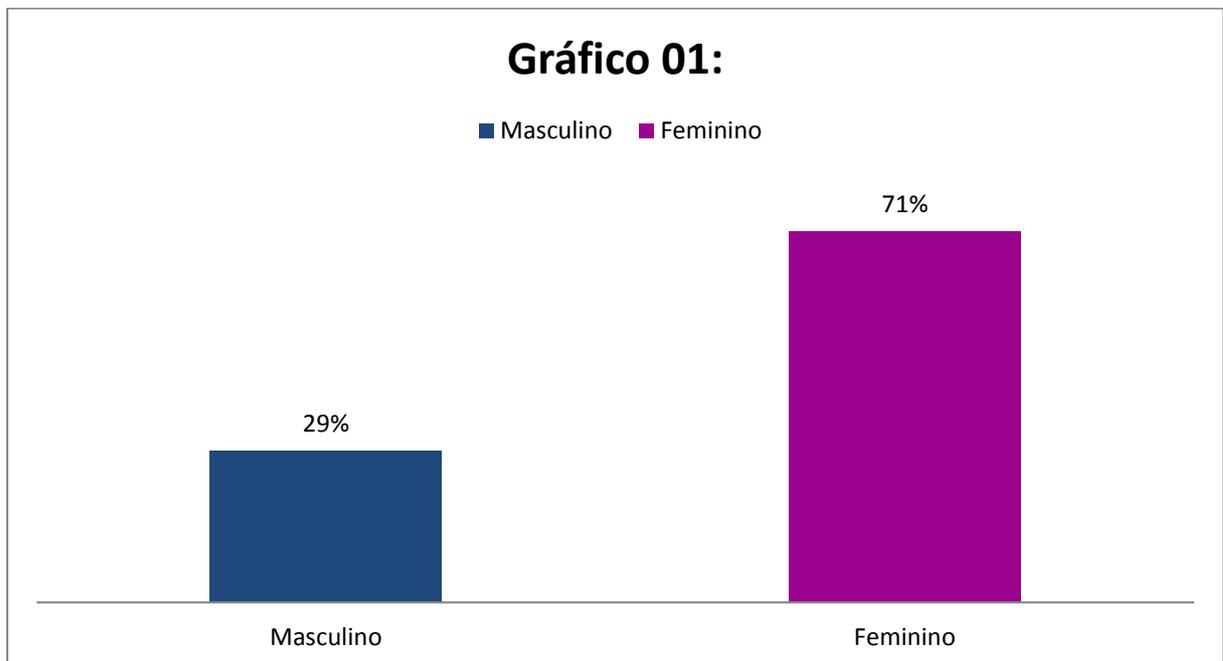
Este trabalho se justifica em virtude do crescimento e do número de casos diagnosticados de sífilis congênita nos últimos anos, o presente estudo produziu um panorama multiregional em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde que trabalha em uma tríplice fronteira e milita diariamente com esta patologia, a produção deste diagnóstico possibilitou a criação ou melhoria das políticas públicas voltadas para a prevenção, proteção e controle da sífilis congênita, criará intercâmbio interestadual como troca de experiências multilaterais, bem como a capacitação dos recursos humanos envolvidos neste contexto.

O interesse em analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema sífilis congênita surgiu da expectativa de aportar conhecimentos mais sólidos e consistentes sobre a temática. Tem-se ainda o objetivo de contribuir com uma fonte de conhecimento inovador que poderá ser consultado até mesmo pelo celular, um eboock digital e impresso para esse público. Assim como uma poesia para levar de forma lúdica o tema nos projetos de extensão que serão realizados na cidade de Nanuque, Tais conhecimento deve contribuir de forma relevante na educação continuada desses profissionais e da comunidade.

4 APRESENTAÇÃO E DICUSSÃO DOS RESULTADOS

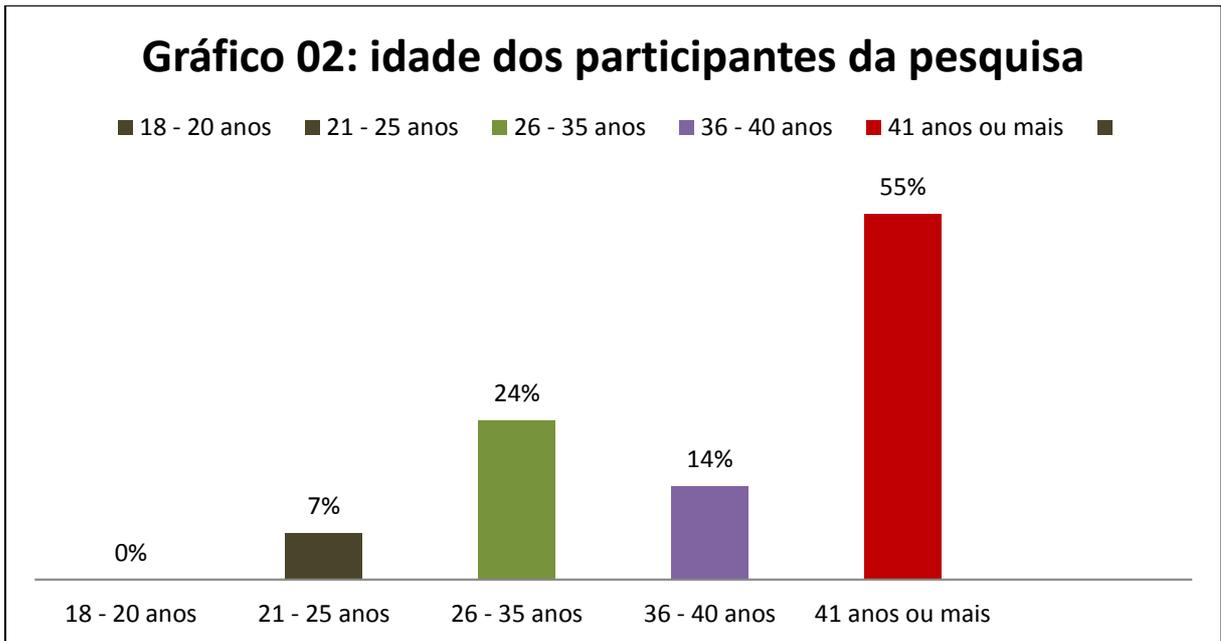
Percebe-se no gráfico um que 29% são do sexo masculino e a grande maioria 71% do sexo feminino, demonstrando assim a grande tendência da participação feminina no mercado de trabalho tem se ampliado nos últimos anos, contudo, as condições de trabalho e a remuneração ainda precisam melhorar.

No Brasil, é crescente a participação da mulher no mercado de trabalho e é notório o aumento de sua importância na economia. Na tríplice fronteira pesquisada não foi diferente.

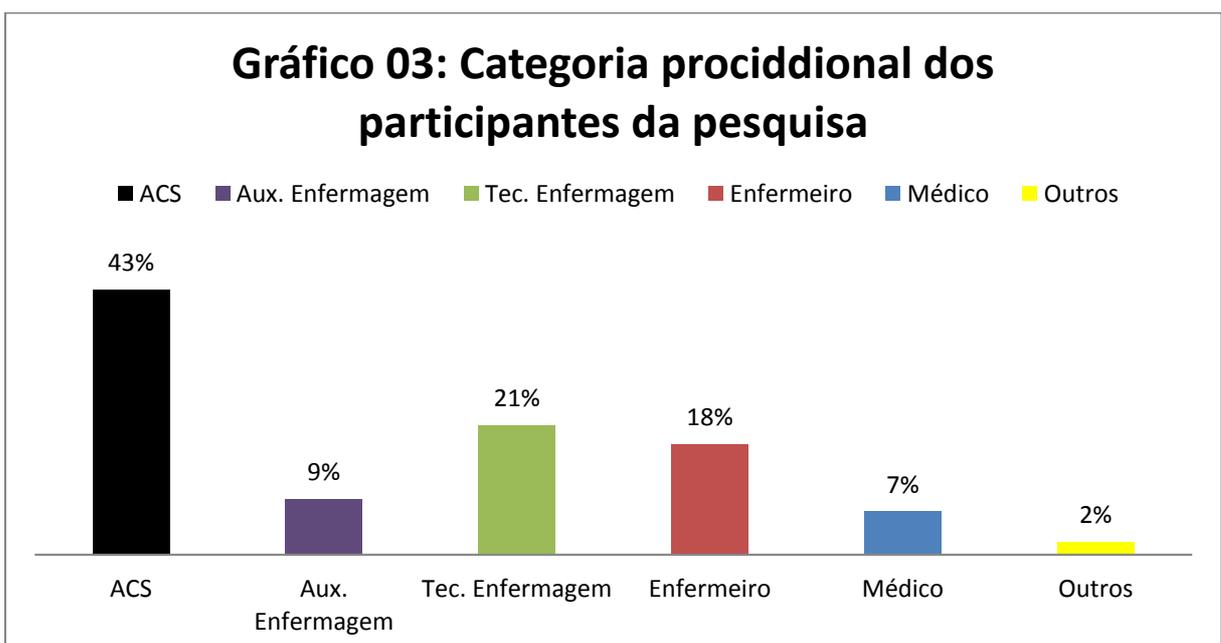


De acordo com o gráfico dois 7% tinham idade entre 21 e 25 anos; 24% com idade entre 26 a 35 anos; 14% de 36 a 40 anos e 55%.

Uma parcela mais significativa dos pesquisados tinham idade acima de 41 anos. Demonstra a tendência nacional onde o país está envelhecendo, normal que os cargos sejam ocupados por pessoas acima de 41 anos. O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade.

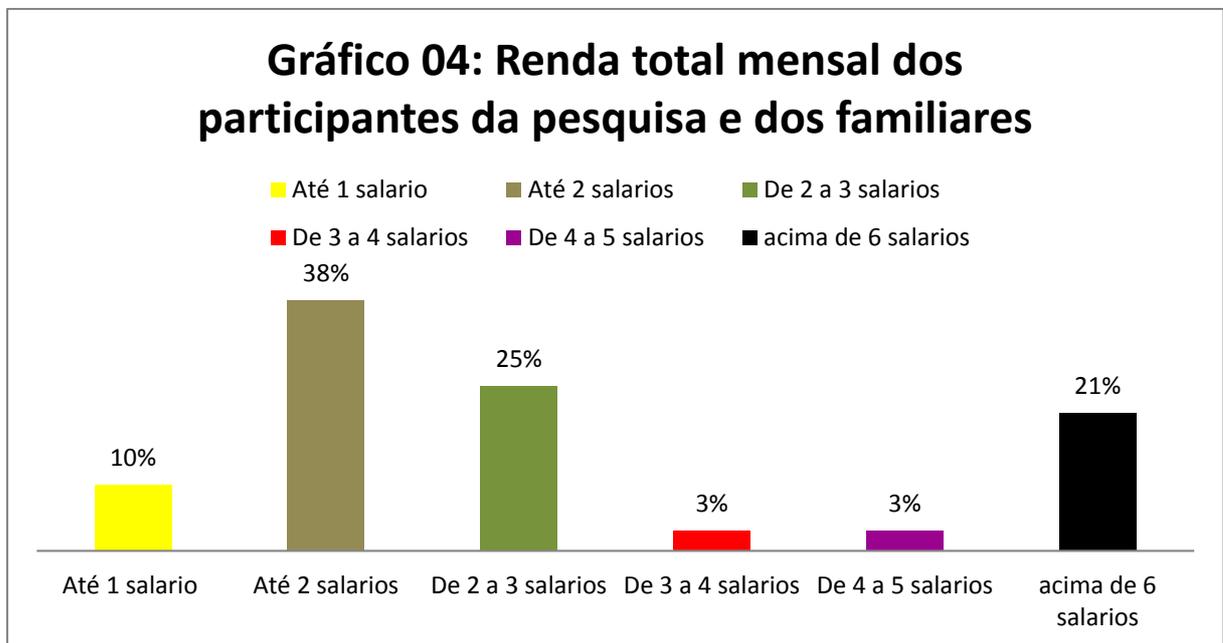


No gráfico três 43% são agentes comunitários de saúde; 9% são auxiliares de Enfermagem; 21% são técnicos de Enfermagem; 18% dos pesquisados são Enfermeiros; 7% médicos; 2% outros profissionais que não faziam parte do público alvo, mas que se encontravam nas instituições e quiseram responder a pesquisa. Demonstrou que os maiores quantitativos são de ACS, pois a pesquisa em sua maior parte foi realizada na atenção básica a saúde, exatamente onde o maior número, é de ACS.



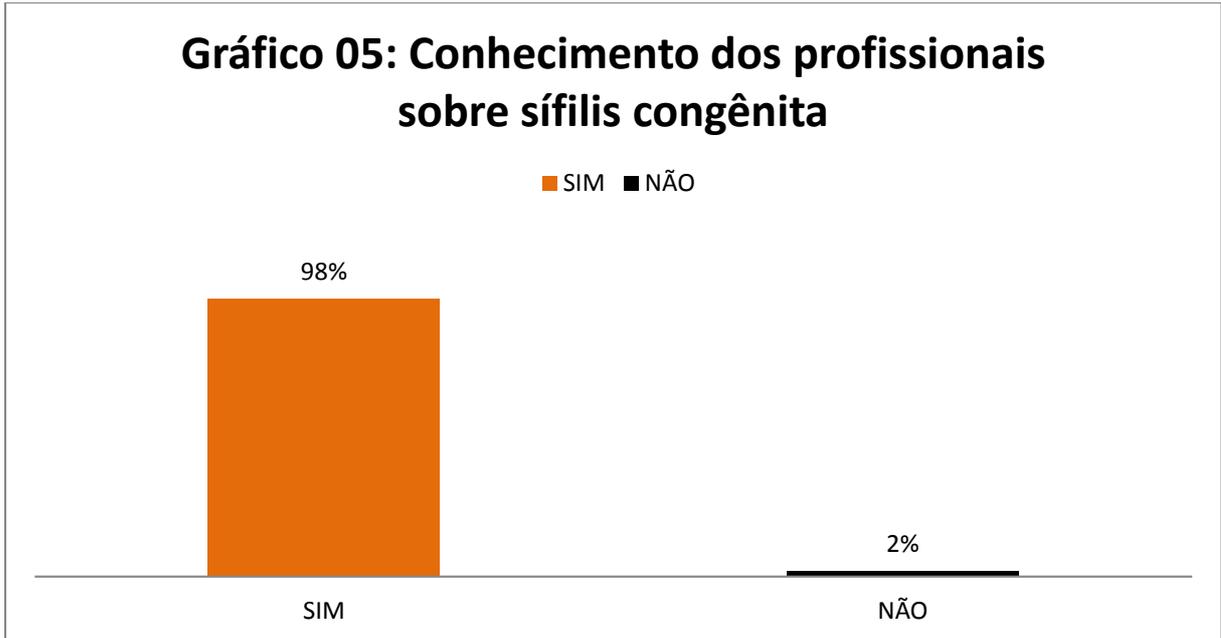
No gráfico quatro 10% deles responderam que a renda é até um salário mínimo; 38% até dois salários mínimo; 3% de três a quatro salários mínimo; 3% de quatro a cinco salários mínimo; e 21% responderam que ganham acima de seis salários mínimo.

A renda mensal familiar per capita é a soma total da renda bruta no mês de todos aqueles que compõem a família, dividida pelo número de seus integrantes. O rendimento domiciliar per capita do Brasil ficou em R\$ 1.373 em 2018, de acordo com dados divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) A renda dos pesquisados ficou igual a renda média de todos os brasileiros até dois salários.



No gráfico cinco foram questionados acerca do conhecimento da sífilis congênita 98% disseram ter conhecimento do que se trata, 2% responderam que não sabem do que se trata.

A realização de capacitação frequente é muito importante, para que a cada dia mais os profissionais deem a devida importância ao controle da sífilis e tenham mais adesão aos protocolos, favorecendo assim uma valorização e conscientização dos mesmos, como parte ativa no processo de combate da cadeia epidemiológica, para que haja a diminuição das taxas de sífilis (SCHMEING, 2012). (SCHMEING, 2012).



No gráfico seis foi perguntado, se eles têm conhecimento de que a sífilis congênita é uma doença reemergente 71% responderam que sim; 29% que não.

A emergência e reemergência das doenças infecciosas

Doenças infecciosas emergentes e reemergentes são aquelas cuja incidência em humanos vem aumentando nas últimas duas décadas ou ameaça aumentar num futuro próximo.

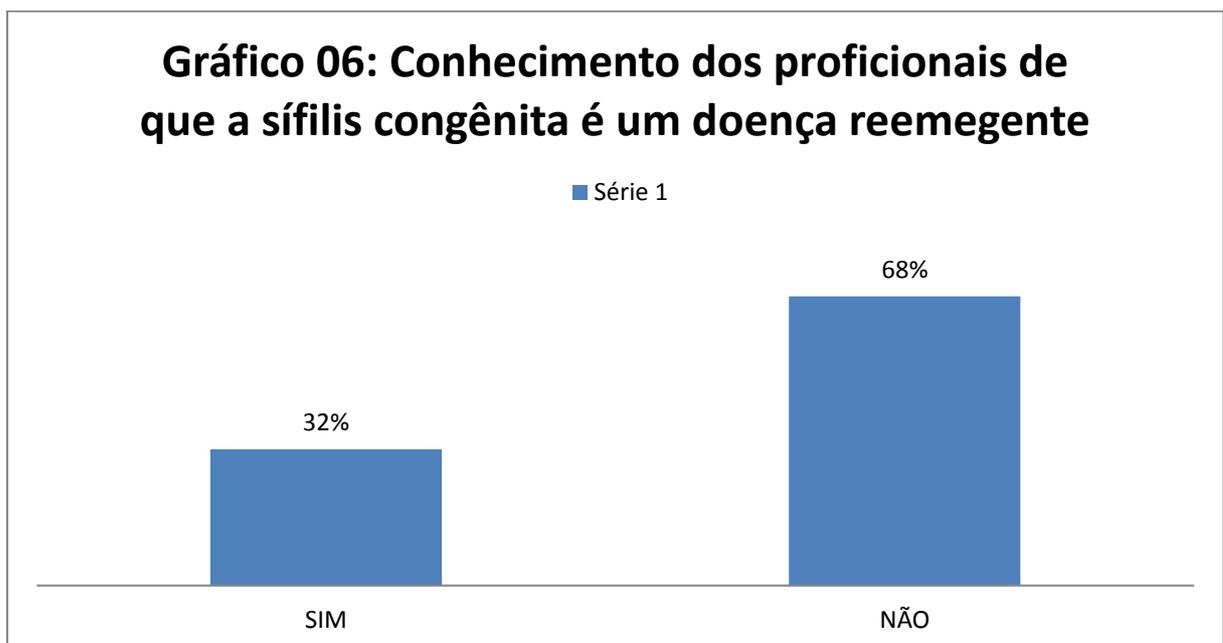
Ao tentar especificar mais esta noção, verificam-se dois principais focos de atenção: o surgimento ou identificação de novos problemas de saúde e novos agentes infecciosos; e a mudança no comportamento epidemiológico de doenças já conhecidas, incluindo a introdução de agentes já conhecidos em novas populações de hospedeiros suscetíveis.

Um número muito grande de fatores estariam envolvidos na determinação da emergência e reemergência de doenças infecciosas. No sentido de facilitar sua discussão, esses fatores podem ser agrupados em sete grandes grupos:

- fatores demográficos;
- fatores sociais e políticos;

- fatores econômicos;
- fatores ambientais;
- fatores relacionados ao desempenho do setor saúde;
- fatores relacionados às mudanças e adaptação dos microrganismos e manipulação de microrganismos com vistas ao desenvolvimento de armas biológicas.

Em seguida serão discutidos resumidamente cada um desses grupos de fatores, buscando-se inclusive demonstrar exemplos de situações de emergência e reemergência de doenças nas quais estes fatores tiveram papel importante. Convém ressaltar que, na maioria das situações, múltiplos fatores atuam simultaneamente em sua determinação.



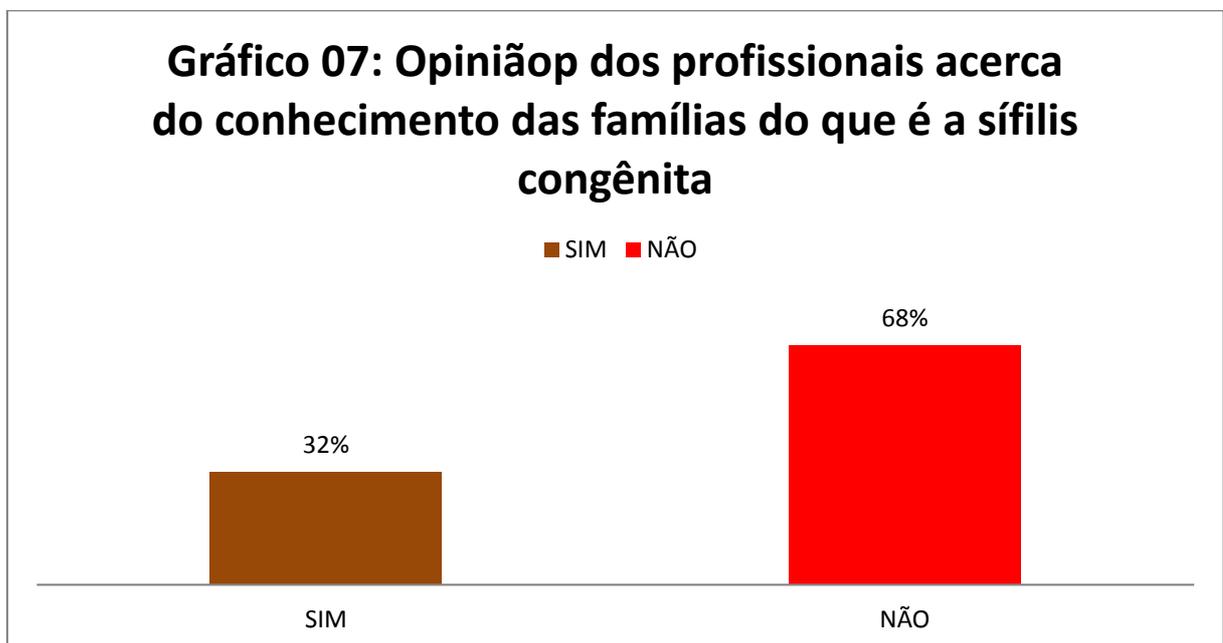
Percebe-se no gráfico sete que minoria de 32% responderam que sim se eles acham que a família e a comunidade têm conhecimento do que é a sífilis congênita e 68% que não.

Além disso, deve-se considerar que apesar da excelente razão custo-efetividade das ações de prevenção da sífilis congênita, as mesmas demandam abordagens complexas por envolverem questões relativas ao comportamento sexual. Isso significa

que o enfrentamento da sífilis congênita não depende apenas de conhecimentos biomédicos, recursos humanos e materiais, pois envolve intervenções não somente sobre aspectos biológicos, mas também comportamentais e socioculturais (ARAÚJO et al., 2012).

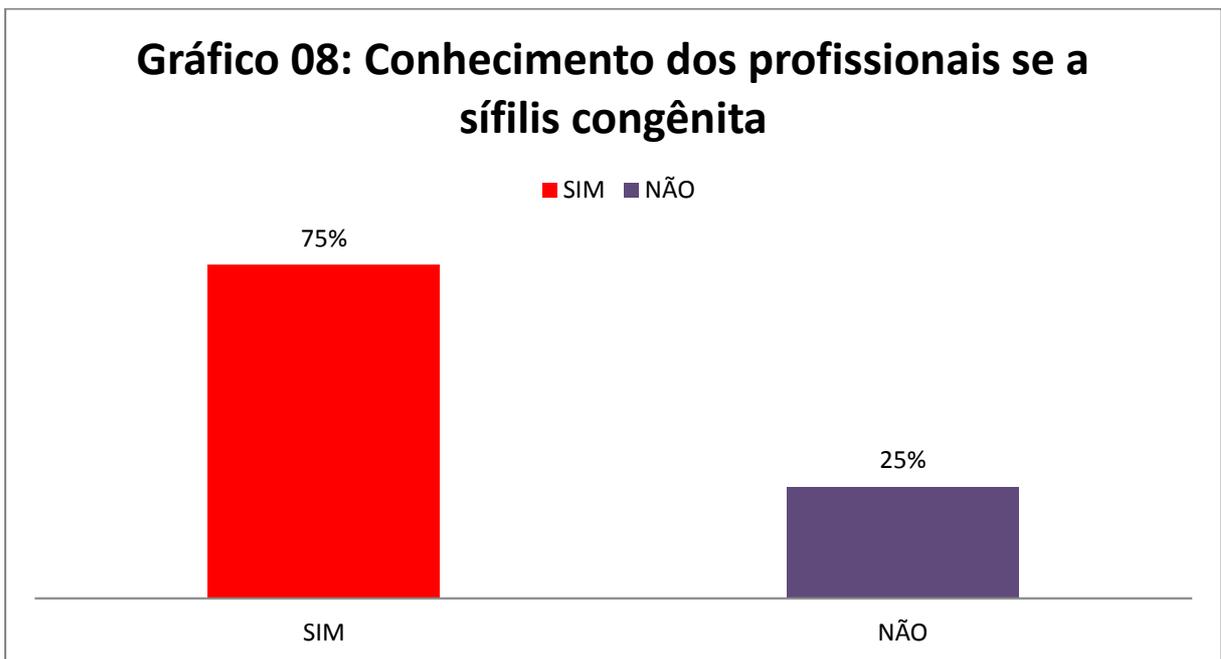
Estudos apontam a falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro como o principal fator de falha no tratamento da gestante (MAGALHÃES et al., 2013).

O papel do profissional de saúde passa do simples ato de orientar para o de promover a conscientização do indivíduo em relação à situação em que vive e como suas escolhas influenciam na sua saúde (SOUSA et al., 2010). Ao profissional cabe o papel de mostrar as possibilidades, despertando o interesse e motivação necessária para a adoção de novas práticas (PRADO; HEIDEMANN; REIBNITZ, 2012). Somente a qualificação das ações realizadas durante a assistência pré-natal permitirá a redução da transmissão vertical dessa doença.

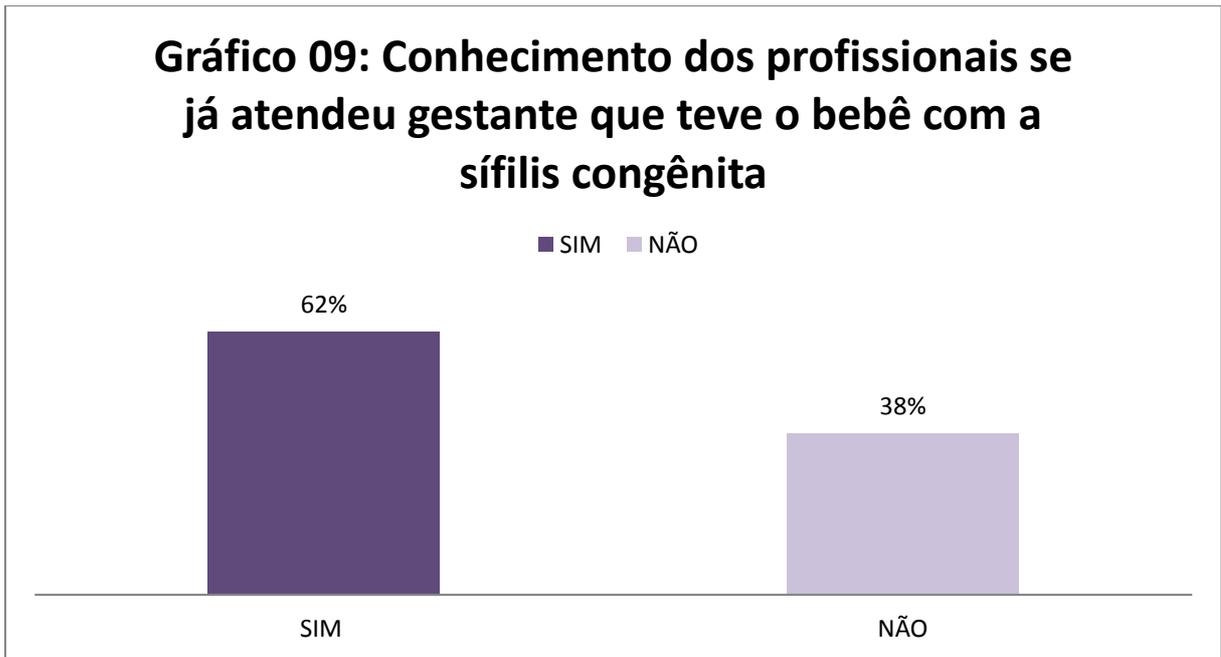


No gráfico oito foi perguntado se a sífilis congênita tem cura, 75% respondeu que sim e 25% que não. O gráfico mostra que boa parcela dos profissionais afirmaram não ter o devido conhecimento da cura da sífilis. É necessário organizar melhor os serviços de saúde, capacitar os profissionais que atuam na assistência pré-natal para captar e

acolher as gestantes precocemente, assim como desenvolver novas estratégias que facilitem a comunicação entre os profissionais e os usuários, para que os mesmos sejam capazes de fazer escolhas quanto à mudança de comportamento baseada em informações adequadas. Além disso, desde o segundo semestre de 2014, houve problemas no abastecimento da matéria prima e do diluente para a fabricação da medicação, fato que dificultou o estabelecimento do tratamento adequado da mulher e seu parceiro (BRASIL, 2015a).



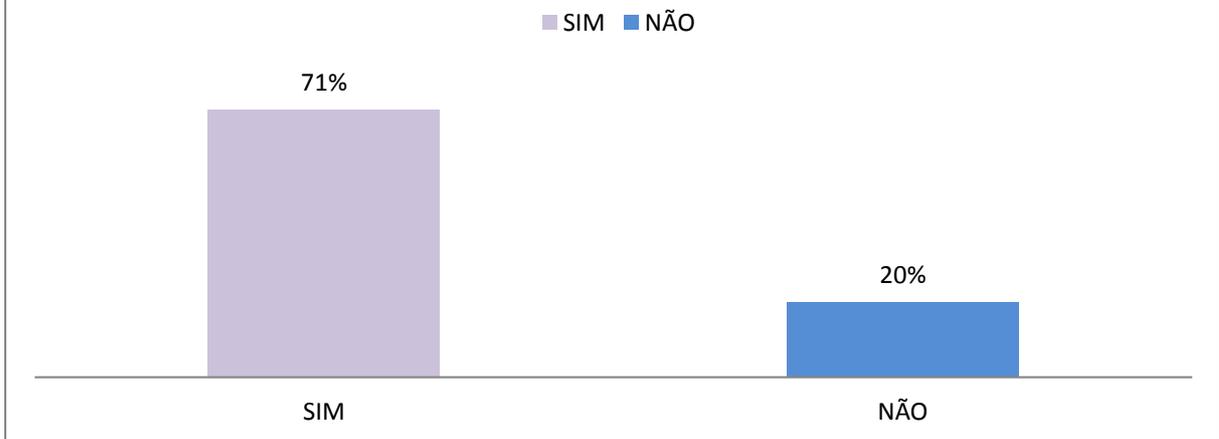
Já no gráfico nove foi perguntado se eles conhecem alguma mãe que teve o bebê com sífilis congênita 62% responderam que sim 38% não. É importante realizar atualização e treinamento dos esquemas de tratamento e manejo dos doentes aos profissionais da área de saúde, para que todos possam realizar o controle e tratamento corretamente.



No gráfico dez, mostra se eles enquanto profissionais da área da saúde já orientaram a comunidade onde atuam a realizar o teste rápido para a sífilis, 71% responderam que sim, 20% que não e 9% não responderam ou souberam responder.

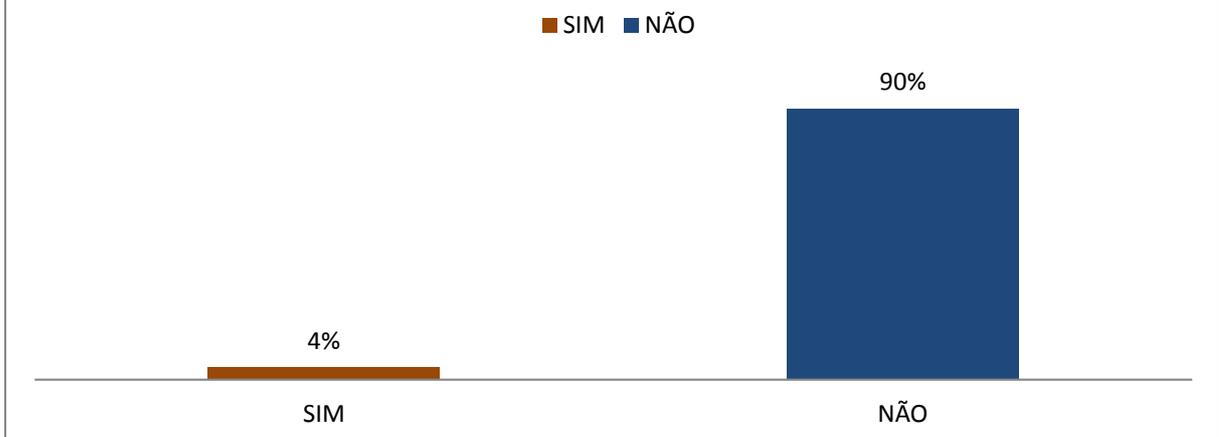
As ações para a prevenção da sífilis congênita estão diretamente relacionadas à atuação do profissional de enfermagem no que se refere à orientação educacional sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a importância do sexo seguro. Domingues et al., (2013) defendem que estratégias inovadoras, que incorporem melhorias na rede de apoio diagnóstico, são necessárias para enfrentamento da sífilis na gestação, no manejo clínico da doença na gestante e seus parceiros e na investigação dos casos como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.

Gráfico 10: Orientação dos profissionais a comunidade na realização do teste rápido para sífilis

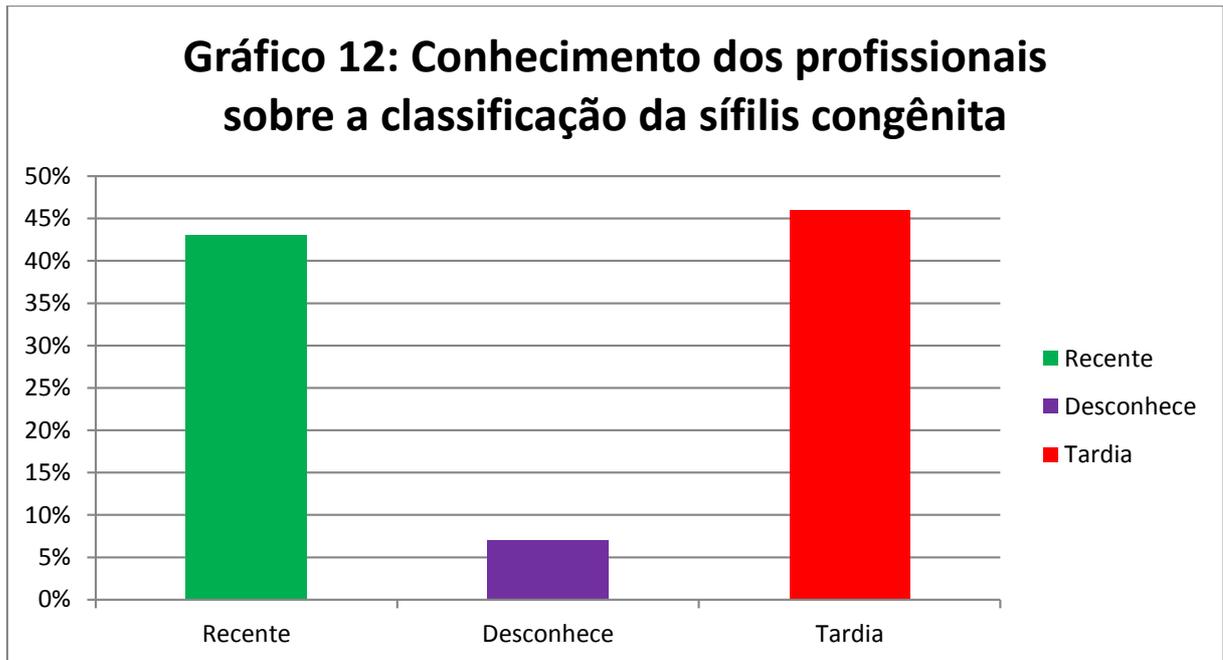


No gráfico onze percebe-se que 4% dos mesmos tinham conhecimento do número de casos de sífilis congênita anual no município, 96% responderam que não. O gráfico mostra a falta de capacitação do próprio município para com os profissionais em divulgar os resultados da sífilis para realizar um trabalho que visa o combate e diminuição dos números de caso.

Gráfico 11: Profissional pesquisado tem conhecimento de gestante que teve o bebê com sífilis congênita



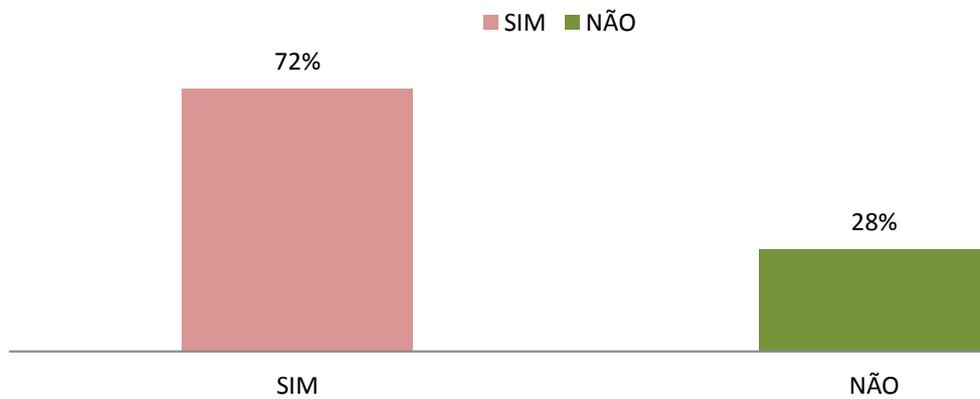
No gráfico doze mostra se a sífilis congênita pode ser classificada em recente e tardia 43% responderam que ela pode ser classificada em recente 46% responderam que ela pode ser classificada em tardia 7% responderam desconhecer sobre o assunto e 4% não responderam. Neste gráfico uma pequena parcela relatou não ter conhecimento sobre a classificação da infecção.



No gráfico treze mostra se o parto prematuro tem relação com a sífilis congênita 72% responderam que sim 28% que não.

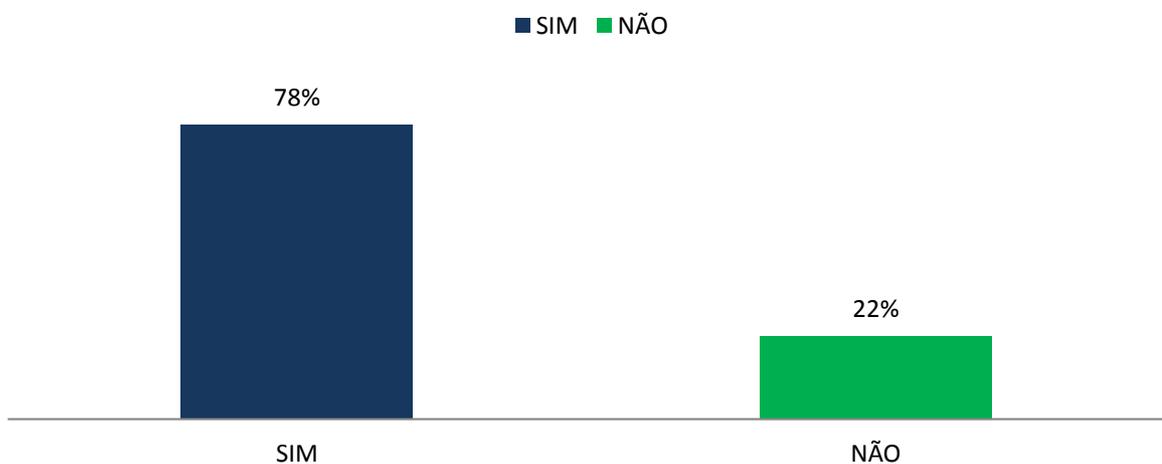
Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), embora a transmissão também possa ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode haver consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN (Brasil, 2015).

Gráfico 13: Conhecimento dos profissionais com relação ao parto prematuro com sífilis congênita



No gráfico quatorze mostra se mortes de bebês tem relação com mães infectadas pela sífilis durante o período gestacional 78% responderam que sim, 22% não. A contaminação do feto pode ocasionar abortamento, óbito fetal e morte neonatal em 40% dos conceptos infectados ou o nascimento de crianças com sífilis. Aproximadamente 50% das crianças infectadas estão assintomáticas ao nascimento. Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* pelo contato da recém-nato com lesões genitais maternas no canal de parto.

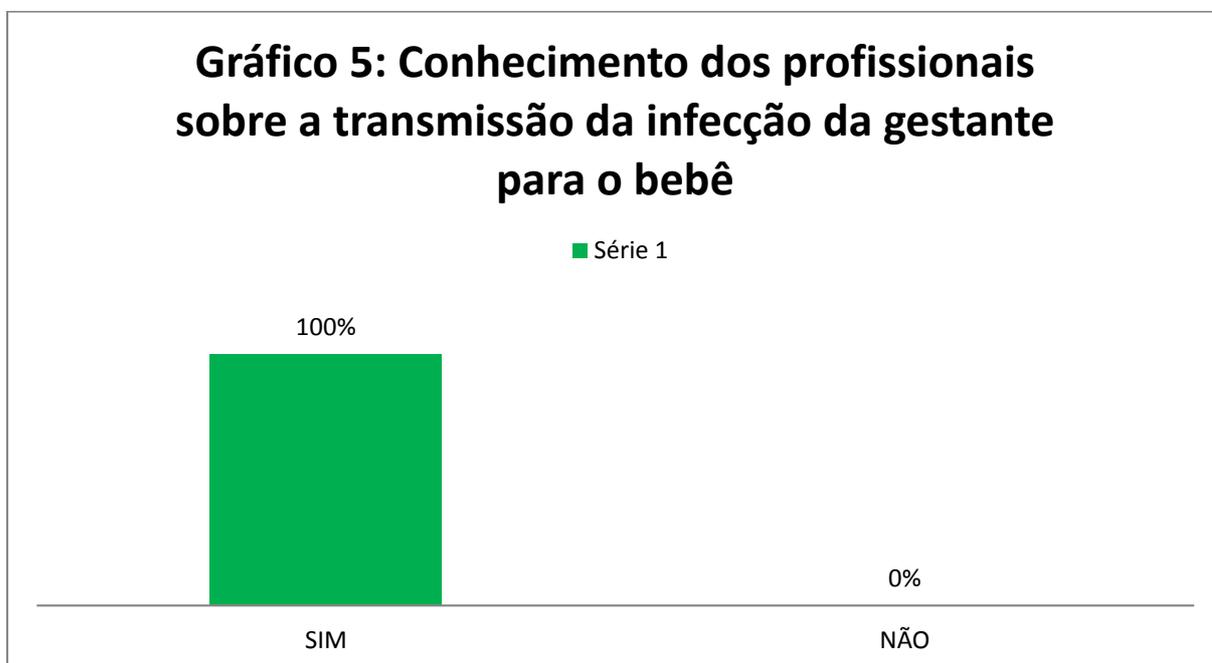
Gráfico 14: Relação de mortes de bebês com mães infectadas por sífilis durante a gestação



No gráfico quinze mostra se a mãe infectada passa para o bebê durante a gestação e 100% responderam que sim.

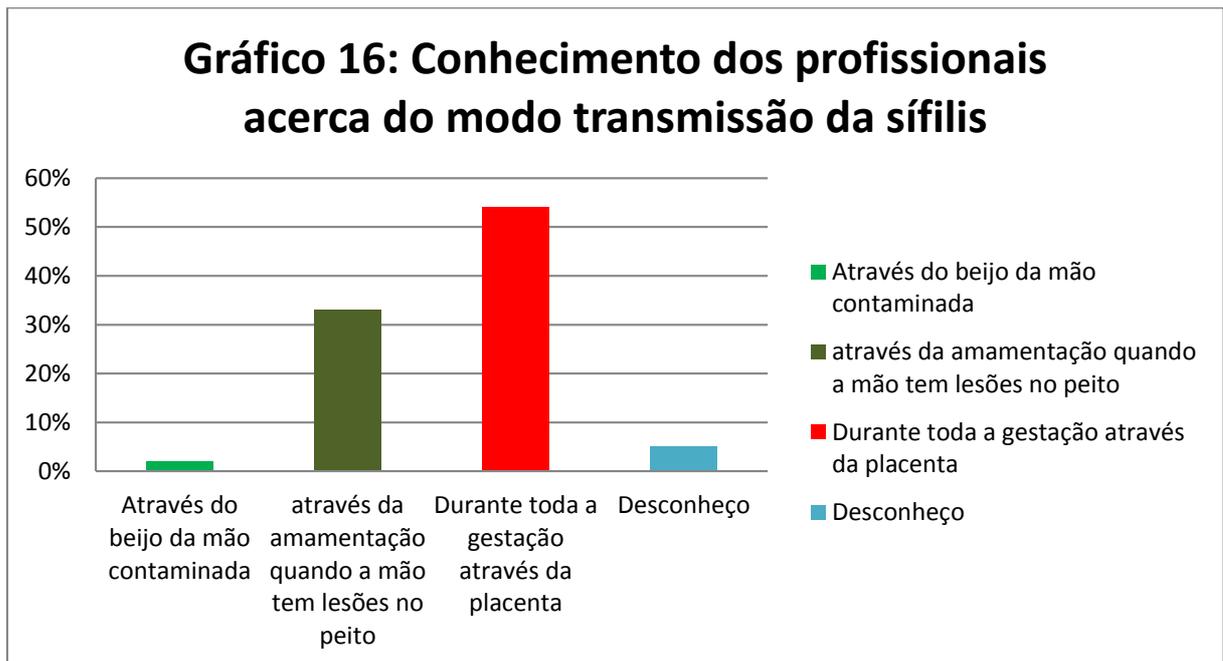
Neste caso demonstrou que todos os pesquisados tem conhecimento da transmissão da mãe para o feto. A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o concepto por via transplacentária (transmissão vertical). A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Portanto, a transmissão será maior nas fases iniciais da doença, quando há mais espiroquetas na circulação.

A sífilis é uma doença profundamente grave, mesmo sendo simples o diagnóstico e tratamento, pois apresenta fácil disseminação e sinais e sintomas que se suprimem facilmente, e faz com que o indivíduo não busque o tratamento adequado, ampliando número de doentes através de relação sexual sem proteção.



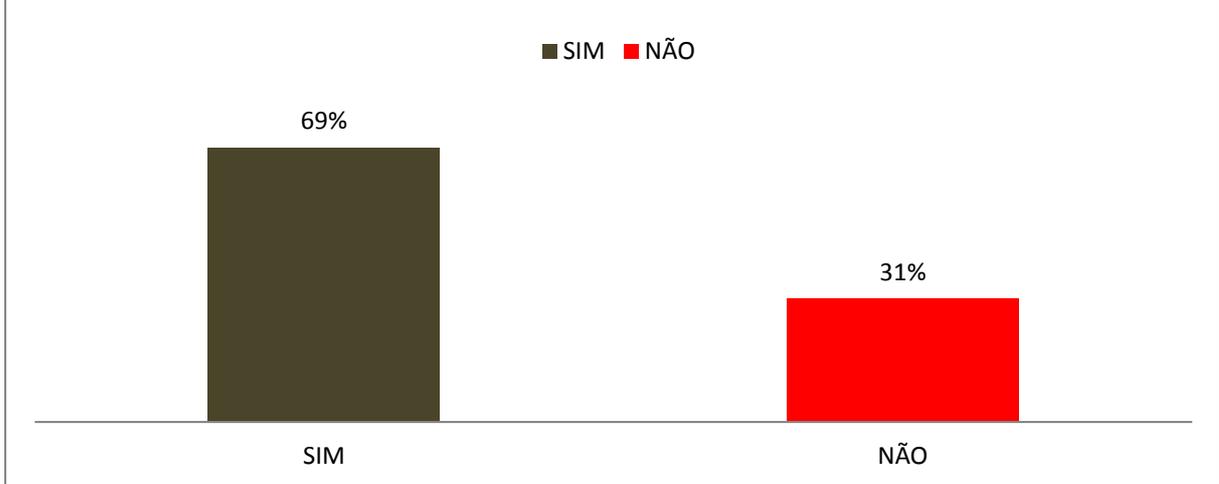
No gráfico dezesseis foi perguntado se a transmissão da sífilis ocorre através da amamentação da mãe com lesão na mama 33% responderam que sim, através do

beijo da mãe contaminada 2%, durante toda a gestação através da placenta 54% ou desconhece 5%. Para Magalhães (2013), a qualidade do pré-natal não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita. Os resultados reforçam que a redução da ocorrência da sífilis no período gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita, somente será possível quando a adoção de medidas mais efetivas de prevenção e controle foi sistematicamente aplicada.



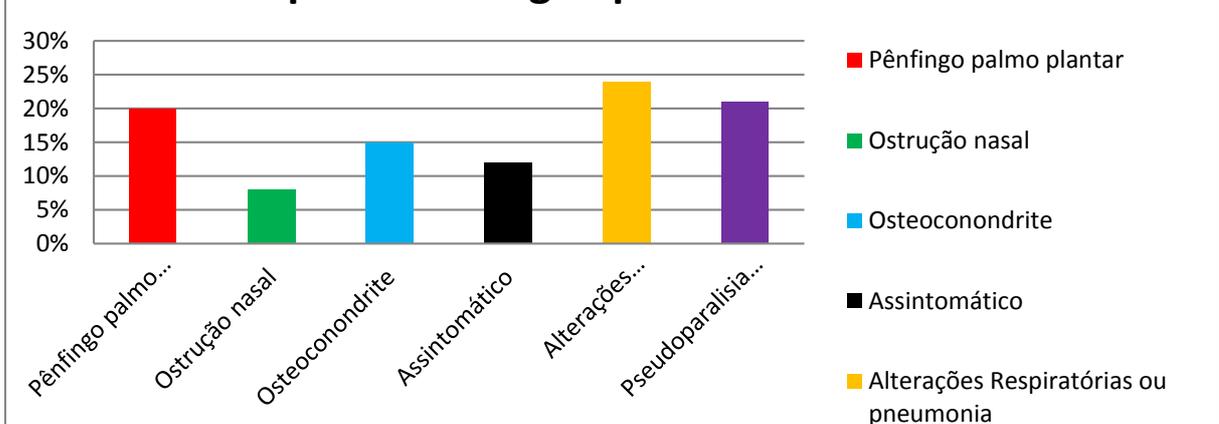
No gráfico dezessete quando foram perguntados se a forma de transmissão é sexual 69% responderam que sim, 31 % que não. Houve um grande desconhecimento dos pesquisados sobre a transmissão via sexual, o que reforça a necessidade de treinamento para os profissionais acerca da infecção.

Gráfico 17: Conhecimento dos profissionais se a transmissão ocorre via Sexual

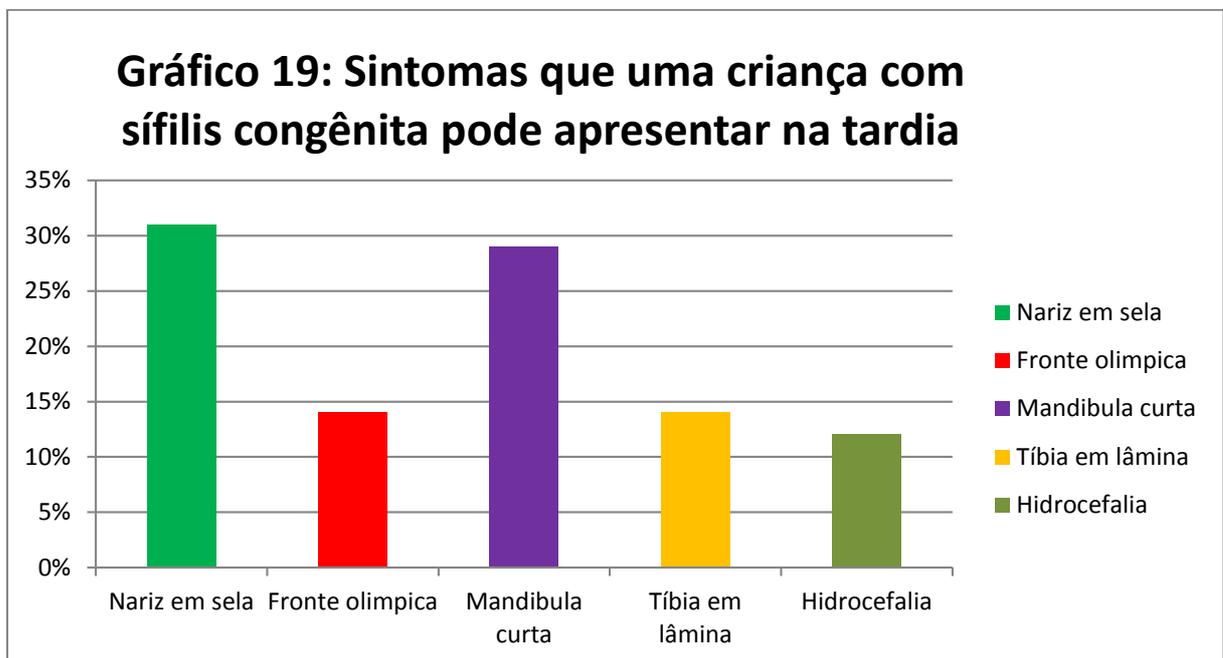


No gráfico dezoito foi perguntado quais os sinais e sintomas que o RN pode apresentar logo após o nascimento, que caracteriza sífilis congênita 20% responderam pênfigo palmo plantar, 8% obstrução nasal, 15% osteocondrite, 12% disseram que o RN é assintomático, 24% disseram que pode apresentar alterações respiratórias ou pneumonias e 21% disseram que podem ter pseudoparalisia dos membros. A grande maioria demonstrou falta de conhecimento pois em quase sua totalidade os RNs nascem sem sinais ou sintomas visíveis.

Gráfico 18: Conhecimento dos profissionais sobre os sinais e sintomas que o RN pode apresentar logo após o nascimento



No gráfico dezoito foi perguntado sobre os sinais e sintomas que uma criança com sífilis congênita tardia pode apresentar: 31% respondeu que pode apresentar nariz em sela, 14% frente olímpica, 29% mandíbula curta, 14% tibia em lâmina e 12% hidrocefalia. A sífilis congênita tardia manifesta-se após os dois primeiros anos de vida, assim como a sífilis precoce deve ter uma avaliação cautelosa tanto da mãe quanto da criança. As características básicas desta fase são: tibia em “Lâmina de Sabre”, como demonstrado na figura 4, articulações de Clutton, frente “olímpica”, nariz “em sela” (BRASIL, 2006; FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016)



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou investigar o conhecimento dos profissionais acerca da sífilis congênita, e foi possível perceber a fundamental importância desses profissionais na prevenção primária que envolve a educação da população sobre a importância e conscientização de hábitos seguros para evitar a transmissão da sífilis através do contato sexual de risco, evitando múltiplos parceiros e utilizando o preservativo. Cabe aos profissionais envolvidos realizar orientações além de aconselhar sobre a importância de realizar o teste rápido especialmente para aqueles que têm uma vida sexual ativa e gestantes.

Quando se tratar de um VDRL positivo cabe ao enfermeiro e médicos além da notificação do mesmo, efetuar a orientação dos parceiros sobre o esquema do tratamento além de delinear sobre a doença, esclarecendo as fases que a mesma apresenta e detalhando as características e a importância da intervenção terapêutica o mais precoce possível. Os desafios são muitos para melhorar o cenário da sífilis congênita no Brasil, desde capacitação e treinamentos, acesso fácil aos testes rápidos para garantir o diagnóstico precoce nas unidades de saúde da família e não no momento do parto, realização de notificação compulsória de todos os casos positivos e a garantia do tratamento adequado da gestante e parceiro.

O trabalho conjunto, que envolve desde as políticas públicas que legitimam as ações dos profissionais até os recursos para que essas ações ocorram para vencer os desafios abordados acima, através de informações a população no que se refere à prevenção e a detecção precoce dos sinais e sintomas da doença, cabe ressaltar que os profissionais de saúde pesquisados não apresentam conhecimentos satisfatórios fases que a mesma apresenta e detalhando as características e a importância da intervenção terapêutica o mais precoce possível.

Os desafios da enfermagem para melhorar o cenário da sífilis congênita no Brasil são muitos, desde capacitação e treinamentos, acesso fácil aos testes rápidos para garantir o diagnóstico precoce nas unidades de saúde da família e não no momento

do parto, realização de notificação compulsória de todos os casos positivos e a garantia do tratamento adequado da gestante e parceiro.

Estudos apontam que altas taxas de transmissão vertical e formas graves da doença, podem estar associadas à baixa qualidade da assistência. A ocorrência de sífilis congênita ainda apresenta níveis preocupantes e constitui-se um desafio para todas as esferas governamentais, profissionais de saúde e população em geral. A detecção precoce, o manejo adequado dos casos e a conscientização da população são os únicos métodos viáveis para promover o declínio dessa doença tão agressiva.

Estratégias inovadoras, que incorporem melhorias na rede de apoio diagnóstico, são necessárias para o enfrentamento da sífilis na gestação, no manejo clínico da doença na gestante e seus parceiros e na investigação dos casos como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal cada um, sendo essencial no desempenho do seu papel na luta a favor da redução da transmissão desta doença que além de letal, pode trazer sérias consequências para a gestante e bebê, caso não tratada.

A atuação dos profissionais que visam vencer os desafios abordados acima, através de informações a população no que se refere à prevenção e a detecção precoce dos sinais e sintomas da doença, cabe ressaltar que os profissionais de saúde pesquisados não apresentaram conhecimento satisfatório acerca das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para prevenção e controle da sífilis congênita. Concluiu-se que é necessária a capacitação desses profissionais, os quais, certamente, têm muito a colaborar na promoção de ações para que haja mudanças no quadro da doença.

Mororó et al (2015) descrevem as dificuldades que os enfermeiros possuem para exercerem suas ações frente à prevenção e tratamento da sífilis congênita. Os mesmos relataram que as condições socioeconômicas das famílias é um fator de risco, assim como a resistência das mães positivas para o VDRL ao seguimento do tratamento adequado e a recusa de parceiros.

Sousa et al (2014) corroboram ao afirmarem que existe de fato uma baixa qualidade pré-natal sendo estas, muitas vezes, geradas pelas razões apontadas por Mororó et al (2015) tais como o não retorno da gestante com diagnóstico positivo para sífilis na primeira consulta de pré-natal. Além disso muitas são tratadas, mas não seus parceiros e há aquelas cujo tratamento é realizado de modo incompleto. E um dos agravantes que os autores destacam é o fato de que muitas maternidades após o parto de pacientes que receberam o tratamento contra a sífilis na gestação, não serem mais acompanhadas após saírem da maternidade. Logo, a função educativa do profissional de enfermagem é primordial para a mudança deste quadro.

Segundo Andrade et al (2011) há uma carência de conhecimento no que se refere aos testes disponíveis para a identificação da sífilis o que dificulta o processo de selecionar o teste ideal a ser realizado conforme as fases da doença, em especial para as pacientes gestantes. Estes dados são corroborados por Silva et al (2015).

A sífilis é uma doença profundamente grave de notificação compulsória, mesmo sendo simples o diagnóstico e tratamento, pois apresenta fácil disseminação e sinais e sintomas que se suprimem facilmente, e faz com que o indivíduo não busque o tratamento adequado, ampliando o número de doentes através de relação sexual sem proteção.

Os casos de sífilis congênita aumentaram consideravelmente sendo um resultado da falha de acompanhamento pré-natal das gestantes ou da falta de tratamento ou tratamento inadequado das mães contaminadas. É fundamental que medidas profiláticas de caráter informativo/educativo sejam tomadas para minimizar os casos de sífilis no Brasil, como organização de “Dias D” para conscientização da população acerca da doença com palestras e distribuição de panfletos para a população, propagandas veiculadas em rádios e programas de televisão estimulando o uso de preservativos.

Além disso, é importante realizar constantes atualizações, treinamento dos esquemas e protocolos de tratamento para os profissionais de atenção direta aos pacientes com suspeita ou mais susceptíveis. O manejo dos doentes pelos profissionais da área de

saúde deve ser científico e eficiente, para que todos possam realizar o controle e tratamento corretamente.

Acreditamos que essa pesquisa poderá ser um meio de oportunizar a discussão sobre os tipos de sífilis: em adultos e gestante sobre as diferentes situações de transmissão, sinais e sintomas da sífilis em nosso país.

Caro profissional de saúde faça sua parte, essa realidade é passível de mudança.

5.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO

Ao se analisar o conhecimento da amostra sobre a sífilis congênita foi possível observar que um percentual significativo possui pouca informação ou completo desconhecimento sobre a infecção, o que acarreta consequências graves para as crianças e para a população em geral que na maioria das vezes desconhece ser portador do vírus.

Nesse contexto, são sugeridas ações educativas a serem implementadas para os profissionais dos municípios que compuseram a amostra. Para que sejam implementadas para a comunidade e suas famílias, ações de promoção proteção e recuperação da saúde.

Foi confeccionado um livro digital que ficará disponível nas mídias digitais You tube, facebook, instagram e sites, onde poderá ser impresso. Um ebook completo que aborda a sífilis adquirida, em gestante, e a sífilis congênita para que seja consultado em qualquer lugar, através do celular ou de forma física impresso, tirando as dúvidas dos profissionais acerca da infecção, para o bom atendimento aos usuários do SUS.

Foi criado uma poesia, para que de forma lúdica possa ser trabalhado com a população dos municípios participantes da pesquisa e também nos projetos de extensão, do curso de Enfermagem da UNEC campus Nanuque. A poesia também ficara disponível nas mídias digitais You tube, facebook, instagram e sites, facilitando o acesso para aplicabilidade de forma leve, lúdica nas ações de promoção à saúde.

Pretende-se dessa forma sensibilizar os profissionais para a importância de educar a população sobre a infecção sífilis.

5.2 RECOMENDAÇÕES

É importante que sejam realizadas campanhas educativas sobre a forma de prevenção e controle da sífilis, pois se a população tiver conhecimento diminuirá as chances de transmissão da infecção e conseqüentemente diminuirá os gastos com tratamento, para o sistema público, e a população principalmente as crianças terá mais qualidade de vida.

Sugere-se que mais pesquisas sobre esse agravo à saúde sejam realizadas, para detectar indivíduos infectados e tratar corretamente, evitando que a cadeia de transmissão prossiga o curso de infeccionar novos indivíduos o que evita a erradicação da infecção. Esse estudo certamente permitiu contribuir para o conhecimento sobre o problema, levar conhecimento sobre a infecção para os profissionais, que se dê a continuidade aprofundando os estudos sobre o tema. Vale ressaltar que tratou-se de dados primários onde foi abordada uma amostra grande e representativa da população estudada em cidades de pequeno e médio porte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 479-486, 2012.
- ARAÚJO, Suely Mara Vaz Guimarães de. Política ambiental no Brasil no período 1992-2012: um estudo comparado das agendas verde e marrom. 2013.
- BALTAZAR, Fabio Navarro et al. Entomologia forense e saúde pública: relevância e aplicabilidade. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online)**, v. 8, n. 87, p. 14-25, 2011.
- DE SOUZA, Luzia Antônia et al. Ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita: uma revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 8, n. 1, p. 108, 2018.
- CAETANO, Raquel Aparecida. **Incidência dos casos de sífilis no Município de Luz-MG**. 2018. Tese de Doutorado.
- CAVALCANTE, Jouberto de Quadros Pessoa; JORGE, NETO. Francisco Ferreira. **O empregado público**, v. 3, 2012.
- CARRARA, Sérgio. The symbolic geopolitics of syphilis: an essay in historical anthropology. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 3, n. 3, p. 391-408, 1996.
- COELHO, Charlotte. A síndrome de Down. **Revista Psicologia. PT–O Portal dos Psicólogos**, 2016.
- COELHO, Juliana Monteiro Ramos et al. Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ/Syphilis: an epidemiological overview of Brazil and the municipality of Volta Redonda/RJ. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 128-147, 2018.
- COOPER, Joshua M. et al. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil–Mais avanços são necessários! **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, 2016.
- DAMO, Arlei Sander; OLIVEN, Ruben George. O Brasil no horizonte dos megaeventos esportivos de 2014 e 2016. sua cara, seus sócios e seus negócios. **Horizontes antropológicos**, n. 40, p. 19-63, 2013.
- DA SILVA, Núbia et al. Conhecimento e Uso da Vegetação Nativa da Caatinga em uma Comunidade Rural da Paraíba, Nordeste do Brasil. **Boletim do Museu de Biologia Mello Leitão**, n. 34, 2014.
- DE EPIDEMIOLOGIA, Superintendência. Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Análise de situação de saúde de**

Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

DE SOUZA, Tomaz et al. Estudo de caso-georreferenciamento e análise dos casos de leishmaniose visceral canina no município de João Monlevade em 2016 e 2017. **Observatorio de la Economía Latinoamericana**, n. octubre, 2018.

DEMPSEY, Colette; BATTEL-KIRK, Barbara; BARRY, Margaret M. The CompHP core competencies framework for health promotion handbook. **Galway: Health Promotion Research Centre, National University of Ireland, 2011.**

DOROSHENKO, A.; SHERRARD, J.; POLLARD, A. J. Syphilis in pregnancy and the neonatal period. **International journal of STD & AIDS**, v. 17, n. 4, p. 221-228, 2006.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

FARIA, Nuno Rodrigues et al. Zika virus in the Americas: early epidemiological and genetic findings. **Science**, p. aaf5036, 2016.

GUINSBURG, Ruth et al. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. **Documento Científico-Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 20, 2010.

https://www.gentside.com.br/sifilis/a-historia-da-primeira-grande-epidemia-de-sifilis_art10987.html acesso em: 18. Dez. 2018

http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/24460/1/2016_tese_cccosta

<https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/participacao-feminina-no-mercado-trabalho.htm> acesso em: 20 de Agosto. 2019

<https://www.scielosp.org/article/rbepid/2002.v5n3/229-243/> acesso em: 24 de Setembro. 2019

LAFOND, Rebecca E.; LUKEHART, Sheila A. Bases biológicas da sífilis. **Clinical microbiology reviews**, v. 19, n. 1, p. 29-49, 2006.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.

Link para matéria: <https://www.nexojournal.com.br/grafico/2017/06/30/Os-n%C3%BAmeros-da-epidemia-de-s%C3%ADfilis-no-Brasil>

MACIEL, Ethel Leonor Noia. Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 423-426, 2016.

MAGALHÃES, Ana Fabrícia Braga et al. Raça Somalis brasileira: origem, características reprodutivas e desenvolvimento ponderal. **Embrapa Caprinos e Ovinos-Documents (INFOTECA-E)**, 2010.

MATTEI, Lauro. A reforma agrária brasileira: evolução do número de famílias assentadas no período pós-redemocratização do país. **Estudos Sociedade e Agricultura**, 2012.

MIRANDA, Fernanda Moura D.'Almeida et al. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 1018-1022, 2011.

MICHELOW, Ian C. et al. Central nervous system infection in congenital syphilis. **New England Journal of Medicine**, v. 346, n. 23, p. 1792-1798, 2002.

OMS-OLIU, Gemma; SOLIVA-FORTUNY, Robert; MARTÍN-BELLOSO, Olga. Edible coatings with antibrowning agents to maintain sensory quality and antioxidant properties of fresh-cut pears. **Postharvest biology and Technology**, v. 50, n. 1, p. 87-94, 2008.

RODRIGUES, Celeste S.; GUIMARÃES, Mark DC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, p. 168-175, 2004.

REGO, Walquiria G. Domingues Leão; PINZANI, Alessandro. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. Editora Unesp, 2013.

SALOOJEE, Haroon et al. A prevenção e gestão da sífilis congênita: uma visão geral e recomendações. **Boletim da Organização Mundial de Saúde**, v. 82, p. 424-430, 2004.

SARACENI, Valeria et al. Epidemiological surveillance of vertical transmission of syphilis: data from six federal units in Brazil/Vigilancia epidemiologica da transmissao vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil/Vigilancia epidemiologica de la transmission vertical de la sífilis: datos de seis unidades federativas de Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 41, n. 3, 2017.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1281-1289, 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 805-816, 2014.

TALEB, Alexandre et al. As condições de saúde ocular no Brasil: 2012. In: **As condições de saúde ocular no Brasil: 2012**. 2012. p. 162-162.

TORRES, Sandra. **Projeto de Intervenção: qualificação do processo de trabalho e das práticas profissionais do cuidado em sífilis através da educação permanente**. 2017.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 85-92, 2017.

WORKOWSKI, K. A.; BERMAN, S. M. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep.*, [S. l.], v.55, n. RR-11, p. 1-94, 2018.

© 2017 | Todos os direitos deste material são reservados ao NEXO JORNAL LTDA., conforme a Lei nº 9.610/98. A sua publicação, redistribuição, transmissão e reescrita sem autorização prévia é proibida.

APENDICE A

Poesia da sífilis

Santo Deus, reto juiz
Pai eterno, onipotente
Dai-me nessa hora exata,
Boa ideia em minha mente
Pois agora vou falar
De uma doença reemergente.

De tanto ver criancinhas
Com sífilis, logo ao nascer,
Resolvi algo fazer,
Não dava mais para ver essa situação,
Sem fazer uma investigação

E o conhecimento dos profissionais de saúde,
Eu quis saber
Para fazer o bom combate
O conhecimento tem que ter.
A decisão foi tomada
E logo eu me coloquei a pesquisar.

É bom prestar atenção,
Pois o bicho é sorrateiro
E mesmo antes de Cristo
ela veio primeiro.
Essa bactéria é terrorista
Para causar a sífilis,
Ela é especialista.

Teponema é nome dela
Do grupo da espiroqueta

Penetra no organismo humano
Dando as suas piruetas
Transmite através do sexo,
E a coisa fica preta.

Outras formas de transmissão
também pode se dá
E para o feto através da placenta,
O bicho pode passar

E através da transfusão,
o espiroqueta sorrateiro
vai na contra mão,
E ocorre a contaminação.

A sífilis é uma doença antiga,
Que quase se erradicou,
Mas assim como tantas outras,
Doença reemergente se tornou.

Estudos recentes apontam
Que tudo começou,
Com uma grande epidemia.
Lá em 1905, sem saber como se transmitia
E mesmo ficando isolados,
Os doentes, grande preconceito sofria.

Alguns chegaram a descrever
como as feridas apareciam
Como bolinhas verdes,
por seus corpos disseminariam.

No início, como sempre coitadas,
As mulheres foram acusadas
Por disseminarem a doença

Por serem a parte historicamente,
Fragilizada.

Para se falar do diagnóstico
Ou como ele se dá
Pode ser clínico,
epidemiológico ou laboratorial.
Microscopia de campo escuro
E o bicho se dá mal
Para isso é o bastante
O microscópio,
e um pouco de material.

Mas, o mais comum, minha gente
É o que o SUS cobre e com muita atenção
Se chama, VDRL
Um teste baseado numa reação de floculação
Mas pode dar falso positivo
E o quantitativo é necessário, então

O diagnóstico foi dado
Então, é só tratar
E as doses de penicilina
pode-se administrar
Para o bicho sorrateiro
Poder exterminar.

E no caso das gestantes
Os fetinhos se safar,
Pois através da placenta
Ele não mais poderá passar.

E agora caros colegas
Preste muita atenção
É hora de falar para os parceiros

E dá a orientação
Pois se tratar somente um
E o outro não
Continuará a cadeia
Sem interromper a transmissão.

E agora que todos já sabem
Como é grande a importância
Do tratamento, e de seus parceiros.
Sexo, só com segurança

Vale a pena destacar
Que quando esse diagnóstico se dá
Outras ISTs devemos investigar
Por isso, caros colegas
Com tanta infecção
E seus modos de transmissão
Os profissionais da saúde
Merecem capacitação
E não podemos deixar de falar
Da sonhada valorização.

E com essa pesquisa
Foi possível, com tanta discussão
Chegar a uma conclusão:
Que com a sífilis não se brinca;
O sexo tem que ser seguro;
Não tem outra opção.

Criancinhas não tem culpa
E não merece essa transmissão
E à sífilis, e sífilis congênita
Queridos profissionais
Devemos dizer não.

Figura 1. Sífilis congênita



Fonte: http://images1.wikia.nocookie.net/__cb20101202025425/infomedica/ptbr/images/d/dd/Figura5SC.jpg

Figura 2. Sífilis primária (cancro duro).



Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Figura 3 (pênfigo palmar) lesão secundária



Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

Figura 4 (pênfigo plantar) Lesão secundária



Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

Figura 5 (goma sífilítica) lesão terciária



Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

APÊNDICE B**Termo de compromisso livre e esclarecido**

Prezado profissional de saúde,

Você foi selecionado para participar da pesquisa para o Trabalho de conclusão de curso DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO e para publicação de um artigo científico. O objetivo é elaborar uma pesquisa sobre: **O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE SOBRE A SÍFILIS CONGÊNITA**. A proposta é diagnosticar o conhecimento desses profissionais, o que é fundamental para uma assistência de qualidade à saúde da população. Sua contribuição nos ajudará a compreender e analisar esse conhecimento em diversos aspectos. Há urgências de um melhor embasamento para que sejam traçadas estratégias políticas junto às autoridades governamentais e os profissionais de saúde. Sua participação é completamente voluntaria, não existindo nenhuma forma de remuneração. Se você concorda em participar da pesquisa, basta apenas responder o questionário. Assim solicitamos sua colaboração sendo o mais fidedigno possível em suas respostas. Todas as informações prestadas são sigilosas e os dados serão divulgados agregados guardando assim o absoluto sigilo das informações sem lhe causar prejuízos ou danos atuais ou futuros, com os vínculos profissionais de trabalho. Se você tiver qualquer dúvida em relação a pesquisa, poderá contatar a Estudante **Ruthenía Alves de Santana** (ruthalvessantana@hotmail.com) ou Prof. Orientador **Dr. Daniel Rodrigues Silva**, por e-mail omfvc@hotmail.com

() concordo () Não concordo Data ________\2018

Sujeito da pesquisa NOME_____

ANEXO A

ruthalvessantana@hotmail.com
Ruthenéia Alves de Santana

**INFORMAÇÕES TÉCNICAS PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE
A SÍFILIS ADQUIRIDA
E SÍFILIS CONGÊNITA**



AGRADECIMENTOS

A Deus por ter sido sustento e convicção de que seria possível, pois me permitiu chegar até aqui.

A Marco, meu esposo pelo companheirismo e incentivo.

Ao meu orientador, e grande incentivador na área acadêmica, Dr. Daniel Rodrigues.

Aos colegas do Hospital Renato Azervedo pelo broquel de sempre.

À Dra Ana Carolina pela ajuda

Gratidão vai além de muito obrigado ultrapassa gentilezas e é superior a qualquer interesse... Gratidão é virtude de quem reconhece em Deus e no outro o valor que ele tem e que ele faz sem exigir nada em troca... Quem agradece está apto a crescer

(Cecília Sfalsin)

A todos vocês minha gratidão.

Queridos, papai e mamãe,
transmita só amor aos seus filhos,
Não transmita sífilis.
(Ruthenéia Alves)

SUMÁRIO

Sífilis Adquirida	09
Sífilis em Gestante	14
Sífilis Congenita	19
Poesia	27
Referências	31

PREFÁCIO

Esse guia sobre a sífilis\ sífilis congênita foi criado com o objetivo de orientar profissionais de saúde como um manual prático e de grande resiliência. Certamente, e por essa razão se tornou esse ebook, digital e impresso para ser um veículo técnico de grande utilidade na militância dos profissionais de saúde que trabalha na saúde pública, e lida diariamente com esta patologia.

Como é especialmente dirigido aos Profissionais de Saúde, Enfermeiros, médicos em particular para aqueles que desempenham as suas funções nos serviços de saúde pública de nosso país, esta obra deve oferecer informações atualizadas sobre aspectos clínicos, epidemiológicos, laboratoriais, tratamento e medidas de prevenção e controle da sífilis\ sífilis congênita que em função de sua magnitude ou gravidade com que acomete a população brasileira apresentam potencial para, além de danos à saúde dos indivíduos, tornarem-se um importante problema de saúde pública. Atenta a relevância social desta publicação, entendemos ser oportuna.

Entre as razões para esta decisão destacam-se a recente produção de informações acerca da conduta diagnóstica e terapêutica que foi produzido durante a pesquisa sobre “O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA TRÍPLICE FRONTEIRA DA BAHIA ESPÍRITO SANTO E MINAS GERAIS ACERCA DA SÍFILIS CONGÊNITA”.

O propósito é possibilitar que no curso de sua rotina de trabalho os profissionais de saúde possam sempre ter à mão para consulta este manual, seja de forma impressa ou digital.

Esperamos que a participação de toda a classe de profissionais principalmente Enfermeiros e médicos que atuam diretamente na realização do pré-natal e em consultas diretas com a população no monitoramento e na detecção precoce dos casos de sífilis\sífilis congênita que dê maior importância no caso. Prevenir que crianças nasçam com sífilis congênita, e que resulte no aumento da sensibilidade dos mesmos em atuar de forma oportuna através de medidas individuais e coletivas de prevenção e controle da sífilis adquirida e sífilis congênita

Ruthenéia Alves de Santana

Atuando atualmente como Enfermeira coordenadora da assistência do Hospital Renato Azeredo, docente no curso de Enfermagem, na UNEC campus Nanuque.

INTRODUÇÃO

Reiterando o propósito de apresentar aos profissionais principalmente aos Enfermeiros e médicos do nosso país, informações essenciais e atualizadas acerca das sífilis adquirida e sífilis congênita que se apresentam como um problema de saúde pública de relevância para a população brasileira. Um livro apresentado de forma moderna acompanhando a tecnologia na forma digital que pode ser consultado pelo celular onde poderá trazer respostas práticas para os profissionais na atuação contra essa patologia.

Ruthenéia Alves de Santana

*Que o medo de cair
não impeça de voar.
Que o medo das feridas
não impeça de curar
E que o medo do toque
não lhe impeça de abraçar*

(Bráulio Bessa)

Sífilis Adquirida e Congênita

CID 10: A50

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

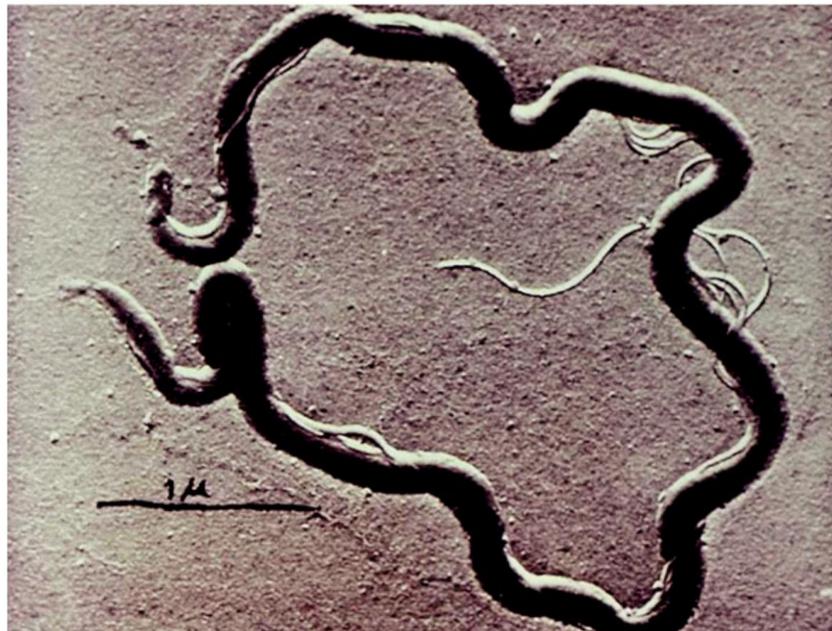


Figura 1: *Treponema pallidum*. Fonte: Public Health Image Library, Susan Lindsley, and the National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention.

SÍFILIS ADQUIRIDA RESCENTE

Esta forma compreende o primeiro ano de evolução, período de desenvolvimento imunitário na Sífilis não tratada, e inclui as Sífilis primária, secundária e latente precoce e tardia. A Sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro ou protossifiloma, que surge 10 a 90 dias (em média, 21 dias), ocorrendo adenite satélite. O cancro duro, usualmente, desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes. As reações sorológicas treponêmicas para Sífilis tornam-se positivas a partir da 3ª semana de infecção, concomitante ao aparecimento do cancro duro, e as reações sorológicas não treponêmicas tornam-se positivas a partir da 4ª ou 5ª semana após o contágio. A Sífilis secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 4 a 8 semanas do aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por exantema morbiliforme não-pruriginoso: a roséola. Posteriormente, podem surgir lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e os condilomas planos. As reações sorológicas são sempre positivas. No período de Sífilis latente precoce, não existem manifestações clínicas visíveis, mas há treponemas -localizados em determinados tecidos. Assim, o diagnóstico só é obtido pelas reações sorológicas. Pode ocorrer com frequência polimicroadenopatia, particularmente de linfonodos cervicais, epitrocleanos e inguinais.

Figura 2. Sífilis primária (cancro duro).
Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia
(AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).



SÍFILIS ADQUIRIDA TARDIA

É considerada tardia após o primeiro ano de evolução e inclui a Sífilis latente tardia. Ocorre em indivíduos infectados pelo treponema que não receberam tratamento adequado ou não foram tratados. Suas manifestações clínicas surgem após um período variável de latência (tardia). Compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. As reações sorológicas são positivas. A Sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Na Sífilis óssea, pode haver osteíte gomosa, periostite osteíte esclerosante, artralguas, artrites, sinovites e nódulos justarticulares. O quadro mais frequente de comprometimento cardiovascular é a aortite sífilítica (determinando insuficiência aórtica), aneurisma e estenose de coronárias. A Sífilis do sistema nervoso é assintomática ou sintomática com as seguintes formas: meningo-vascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, crise epileptiforme, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par, paralisia geral e tabes dorsalis.

Observação:

Pessoas com HIV/aids podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurossífilis mais precoce e em maior frequência. Para esses pacientes é sempre indicada a punção lombar.

Sinonímia

Lues, doença gálica, lues venérea, mal gálico, sífilose, doença britânica, mal venéreo e Peste sexual.

Agente etiológico

Treponema pallidum, espiroqueta de alta patogenicidade.

Reservatório - O homem.

Modo de transmissão – Na Sífilis Adquirida, é sexual. O contágio extragenital é raro. A transmissão não-sexual da Sífilis é excepcional, havendo poucos casos por transfusões de sangue e por inoculação acidental.

Período de incubação - De 10 a 90 dias (com média de 21 dias).

12

Diagnóstico - Clínico, epidemiológico e laboratorial. A identificação do *T. pallidum* confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação do treponema, que se apresenta móvel, porém a pesquisa direta se aplica somente a material retirado das lesões. O diagnóstico sorológico baseia-se fundamentalmente em reações não-treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. A prova de escolha na rotina é a reação de VDRL, uma microaglutinação que utiliza a cardiolipina. O resultado é dado em diluições e esse é o método para seguimento da resposta terapêutica, pois nota-se redução progressiva dos títulos. Sua desvantagem é a baixa especificidade, havendo reações falso-positivas, devido a outras patologias. Para confirmação diagnóstica, utiliza-se um teste treponêmico como o FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidade, sendo o primeiro a positivar na infecção, porém não é útil para seguimento. O comprometimento do sistema nervoso é comprovado pelo exame do líquido, podendo ser encontradas pleocitose, hiperproteínoorraquia e positividade das reações sorológicas.

Diagnóstico diferencial

Cancro primário: cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo e donovanose.

Sífilis secundária: farmacodermia, sarampo, rubéola, ptiíase rósea de Gilbert, eritema polimorfo, hanseníase wirchoviana e colagenoses.



Figura 3 (pênfigo palmar)
lesão secundária
Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)



Figura 4 (pênfigo plantar)
Lesão secundária
Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

Sífilis tardia: na presença de lesões gomosas, deve-se afastar tuberculose, leishmaniose, esporotricose entre outras doenças granulomatosas.



Figura 5 (goma sifilítica)
lesão terciária
Fonte: Anais Brasileiros de Dermatologia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Neurossífilis: aneurisma congênito, meningite tuberculosa, tumor intracraniano, distúrbios psiquiátricos e emocionais.

TRATAMENTO

Sífilis primária:

Penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, dose única (1.200.000UI, IM, em cada glúteo).

Sífilis recente secundária e latente: Penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, 1 vez por semana, 2 semanas (dose total de 4.800.000UI).

Sífilis tardia (latente e terciária): Penicilina G benzatina, 2.400.000UI, IM, 1 vez por semana, 3 semanas (dose total de 7.200.000UI).

Notificação - Não é doença de notificação compulsória

MEDIDAS DE CONTROLE Observar a correta forma de tratamento dos pacientes para contribuir com a interrupção da cadeia de transmissão (diagnóstico e tratamento adequados).

Orientações: ao paciente com DST para que observe as possíveis situações de risco em suas práticas sexuais, desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e adote comportamentos preventivos. Promoção do uso de preservativos; aconselhamento aos parceiros, e educação em saúde, de modo geral.

Observação: As associações entre diferentes DST são frequentes, destacando-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste, para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, essa opção deve ser oferecida ao paciente. Portanto, toda DST constitui-se em evento sentinela para a busca de outra doença sexualmente transmissível e possibilidade de associação com o HIV. É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde preconiza a “abordagem sindrômica” aos pacientes com DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em maior impacto na sua redução.

SÍFILIS EM GESTANTES

Descrição

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. Sua evolução é dividida em primária, secundária e terciária. A ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença.

A sífilis primária

Caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro, que surge de 10 a 90 dias (em média, 21 dias) após a infecção, ocorrendo adenite satélite. O cancro duro é caracterizado por lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, que desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes. As reações sorológicas treponêmicas para sífilis tornam-se positivas a partir da 3ª semana de infecção e as reações sorológicas não treponêmicas tornam-se positivas a partir da 4ª ou 5ª semana após o contágio.

A sífilis secundária

É marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por roséola. Posteriormente, podem surgir lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e condilomas planos, que desaparecem em aproximadamente 6 meses. As reações sorológicas são sempre positivas. Após o desaparecimento das lesões secundárias, a sífilis entra em um período de latência, não existindo manifestações clínicas visíveis, sendo o diagnóstico realizado exclusivamente por meio de testes laboratoriais.

A sífilis terciária

Pode demorar de 2 a 40 anos para se manifestar. Ocorre em indivíduos infectados pelo treponema que receberam tratamento inadequado ou não foram tratados. Compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras. As reações sorológicas são positivas. A sífilis tardia cutânea caracteriza-se por lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Na sífilis óssea, pode haver osteíte gomosa, periostite, osteíte esclerosante, artralguas, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares. O quadro mais frequente de comprometimento cardiovascular é a aortite sífilítica (determinando insuficiência aórtica), aneurisma e estenose de coronárias. A sífilis do sistema nervoso é assintomática ou sintomática com as seguintes formas: meningo-vascular, meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, crise epileptiforme, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par, paralisia geral e tabes dorsalis.

Período de infecção

O tempo de evolução é extremamente variável, geralmente interrompido com o tratamento; entretanto, a remissão espontânea da doença é improvável. A evolução da infecção treponêmica determinará lesões deformantes, com destruição tecidual em tecido ósseo e cutâneo-mucoso, além das graves sequelas neurológicas. Manifestações gerais e sinais de comprometimento simultâneo de múltiplos órgãos, como febre, icterícia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada, anemia, entre outros sinais, podem ser observados isolados ou simultaneamente, caracterizam o período toxêmico. O tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sintomas em poucos dias. As lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia.

Agente etiológico

O *Treponema pallidum* é uma espiroqueta de alta patogenicidade.

Reservatório

O homem

Modo de transmissão

A Sífilis Adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual: aproximadamente, um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis adquirirá a doença. O *T. pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, estando, entretanto, na dependência do estado da infecção na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais gravemente o feto será atingido. Inversamente, infecção antiga leva à formação progressiva de anticorpos pela mãe, o que atenuará a infecção ao conceito, produzindo lesões mais tardias na criança.

Período de incubação

Cerca de 21 dias a partir do contato sexual infectante.

Período de transmissibilidade

Na fase primária: média 21 dias: 100% de transmissibilidade.

Na fase secundária: entre 6 semanas e 6 meses: 90% de transmissibilidade.

Na fase terciária: mais de 1 ano: 30% de transmissibilidade.

Diagnóstico diferencial

Sífilis primária: Cancro Mole, Herpes genital, Linfogranuloma Venéreo, Donovanose, Câncer, Leishmaniose, Trauma.

Sífilis secundária: Farmarcodermias, Doenças exantemáticas não vesiculosas, Hanseníase, Colagenoses.

Sífilis terciária: Tuberculose, Leishmaniose, Aneurismas congênitos, Tumor intracraniano, Distúrbios psiquiátricos e emocionais.

Diagnóstico laboratorial

Microscopia direta: A pesquisa do *T. pallidum* em material coletado de lesão cutâneo-mucosa, de biópsia ou autópsia, é um procedimento que apresenta sensibilidade de 70 a 80%. A preparação e a observação em campo escuro, imediatamente após a coleta do espécime, permitem visualizar os treponemas móveis; quando a observação não pode ser realizada logo após a coleta, a imunofluorescência direta está indicada. Os fatores que diminuem a sensibilidade do teste são: coleta inadequada dos espécimes, tratamento prévio e coleta nas fases finais da evolução das lesões, quando a população de *T. pallidum* estará muito reduzida.

Sorologia treponêmica: Indicada para o diagnóstico e seguimento terapêutico, devido à propriedade de ser passível de titulação. A sensibilidade do teste, na fase primária, é de 78%, elevando-se nas fases secundária (100%) e latente (cerca de 96%). Com mais de 1 ano de evolução, a sensibilidade cai progressivamente, fixando-se, em média, em 70%. A especificidade do teste é de 98%. Após instituído o tratamento, o VDRL apresenta queda progressiva nas titulações, podendo resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção (cicatriz sorológica).

Sorologia treponêmica (FTA-abs TPH imunofluorescência): São testes específicos, úteis para confirmação do diagnóstico. A sensibilidade dos testes treponêmicos na Sífilis Adquirida é de 84% na fase primária, de 100% nas fases secundária e latente, e de cerca de 96% na sífilis terciária.

Tratamento

A penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações da sífilis. Não há relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à droga. A análise clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico.

18

Sífilis primária : uma dose total: Penicilina G benzatina 2.400.000UI IM Para controle de cura VDRL mensal.

Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução: Penicilina G benzatina 2.400.000 IM dá intervalo de uma semana e administra mais 2.400.000. (num total de 4.800,00 para o tratamento)

Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada: Penicilina G benzatina 2.400.000 IM dá intervalo de uma semana e administra mais 2.400.000. intervalo de mais uma semana e administra mais 2.400.000IM (num total de 7.200,00 para o tratamento).

SÍFILIS CONGÊNITA



Queridos, papai e mamãe,
transmita só amor aos seus filhos,
Não transmita sífilis.

(Ruthenéia Alves)

Descrição

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica. A Sífilis Congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. 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 dessa forma da doença. O quadro clínico da Sífilis Congênita é variável, de acordo com alguns fatores: o tempo de exposição fetal ao treponema, a carga treponêmica materna, a virulência do treponema, o tratamento da infecção materna, a coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Esses fatores poderão acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como Sífilis Congênita “sintomática” ou “assintomática” ao nascimento. A Sífilis Congênita é classificada em recente e tardia.

Sífilis Congênita recente: os sinais e sintomas surgem logo após o nascimento ou nos primeiros 2 anos de vida, comumente nas 5 primeiras semanas. Os principais sinais são baixo peso, rinite com coriza serosanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio. Podem ocorrer hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropsia, pseudoparalisia dos membros, fissura orofacial, condiloma plano, pênfigo palmoplantar e outras lesões cutâneas, icterícia e anemia. Quando ocorre invasão maciça de treponemas e/ou esses são muito virulentos, a evolução do quadro é grave e a letalidade, alta. A placenta encontra-se volumosa, com lesões e manchas amareladas ou esbranquiçadas.

Sífilis Congênita tardia: os sinais e sintomas são observados a partir do 2º ano de vida. Os principais sintomas são: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental.

Período de infecção: o tempo de evolução é extremamente variável, geralmente interrompido com o tratamento. A remissão espontânea da doença é improvável. A evolução da infecção treponêmica determinará lesões deformantes, com destruição tecidual em tecido ósseo e cutâneo-mucoso, além das graves sequelas neurológicas. Quando estão presentes lesões cutâneas e mucosas, ricas em treponemas, pode ocorrer contágio involuntário, quando do manuseio inadequado/desprotegido das crianças com Sífilis Congênita, por parte dos familiares e profissionais de saúde.

Período toxêmico: o quadro clínico é variável. Manifestações gerais e sinais de comprometimento simultâneo de múltiplos órgãos, como febre, icterícia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada, anemia, entre outros sinais, podem ser observadas isoladas ou simultaneamente. Manifestações graves ao nascimento, tais como pneumonia intersticial e insuficiência respiratória, com risco de vida, requerem especial atenção.

Remissão: o tratamento adequado dos casos diagnosticados promove a remissão dos sintomas, em poucos dias. As lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia.

Agente etiológico

Treponema pallidum, espiroqueta de alta patogenicidade.

Reservatório - O homem.

Modo de transmissão - A infecção fetal

é o resultado da disseminação hematogênica do *T. pallidum* por via transplacentária, em qualquer fase gestacional. Período de incubação - De 10 a 90 dias (com média de 21 dias).

**Período de transmissibilidade** –

A transmissão vertical pode ocorrer por todo o período gestacional. Acreditava-se que a infecção fetal não ocorresse antes do 4º mês de gestação. Entretanto, já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos abortados, ainda no 1º trimestre da gravidez.

Diagnóstico

Clínico, epidemiológico e laboratorial. A identificação do *T. pallidum* confirma o diagnóstico. A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação do treponema, que se apresenta móvel, porém a pesquisa direta se aplica somente a material retirado das lesões. O diagnóstico sorológico baseia-se fundamentalmente em reações não-treponêmicas ou cardiolipínicas e reações treponêmicas. A prova de escolha na rotina é a reação de VDRL, uma microaglutinação que utiliza a cardiolipina. O resultado é dado em diluições e esse é o método para seguimento da resposta terapêutica, pois nota-se redução progressiva dos títulos. Sua desvantagem é a baixa especificidade, havendo reações falso-positivas, devido a outras patologias. Para confirmação diagnóstica, utiliza-se um teste treponêmico como o FTA-abs, que tem alta sensibilidade e especificidade, sendo o primeiro a positivar na infecção, porém não é útil para seguimento. O comprometimento do sistema nervoso é comprovado pelo exame do líquido, podendo ser encontradas pleocitose, hiperproteinorraquia e positividade das reações sorológicas. O exame radiológico de ossos longos é útil como apoio ao diagnóstico da Sífilis Congênita.

Diagnóstico diferencial

Outras infecções congênicas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes).

TRATAMENTO

A penicilina é a droga de escolha para todas as formas de sífilis. Sífilis Congênita no período neonatal (antes de 28 dias) - Em qualquer circunstância, toda gestante deverá fazer VDRL quando da admissão hospitalar ou imediatamente após o parto; todo recém nascido cuja mãe apresente sorologia positiva para Sífilis deverá fazer VDRL de sangue periférico. Assim, todo Recém-nascidos de mães com sífilis tratada independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar esse exame, tratar o caso como neurosífilis) e outros exames, quando clinicamente indicados. De acordo com a avaliação clínica e de exames complementares: a) se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 50.000UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou Penicilina G Procaína, 50.000UI/ kg, dose única diária, IM, durante 10 dias;b) se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 50.000UI/kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas; c) se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa, deve-se proceder o tratamento com Penicilina G Benzatina, por via intramuscular, na dose única de 50.000UI/ kg. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o Esquema 1. Nas situações em que o Recém-nascidos for de mãe com sífilis realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se esse for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos

longos e análise do LCR: a) se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como no item 1 de recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas; b) se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como no item 2 de recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas; c) se for assintomático e o VDRL não for reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, deve-se proceder ao tratamento com Penicilina G Benzatina, IM, na dose única de 50.000UI/Kg; d) se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como no item 1 de recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas (sem alterações de LCR) ou no item 2 de recém-nascidos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas (se houver alterações no LCR).

Observações: No caso de interrupção por mais de um dia de tratamento, o mesmo deverá ser reiniciado. Efetuar exame oftalmológico (fundo de olho) em todas as crianças sintomáticas.

Seguimento: Ambulatorial mensal; realizar VDRL com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses, interrompendo quando negativar. Diante de elevações de títulos sorológicos ou não-negativação desses até os 18 meses, re-investigar o paciente.

SÍFILIS CONGÊNITA APÓS O PERÍODO NEONATAL: Crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de Sífilis Congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações, que, para a Penicilina G cristalina, deve ser de 4/4 horas, e para a Penicilina G procaína, de 12/12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados.

Poesia

Santo Deus, reto juiz
Pai eterno, onipotente
Dai-me nessa hora exata,
Boa ideia em minha mente
Pois agora vou falar
De uma doença reemergente.

De tanto ver criancinhas
Com sífilis, logo ao nascer,
Resolvi algo fazer,
Não dava mais para ver essa situação,
Sem fazer uma investigação.

E o conhecimento dos profissionais de saúde,
Eu quis saber
Para fazer o bom combate
O conhecimento tem que ter.
A decisão foi tomada
E logo eu me coloquei a pesquisar.

É bom prestar atenção.
Pois o bicho é sorrateiro
E mesmo antes de Cristo
ela veio primeiro.
Essa bactéria é terrorista
Para causar a sífilis,
Ela é especialista.

Teponema é o nome dela
Do grupo do espiroqueta
Penetra no organismo humano
Dando as suas piruetas
Transmite através do sexo,
E a coisa fica preta.

Outras formas de transmissão
também pode se dá
E para o feto através da placenta,
O bicho pode passar

E através da transfusão,
o espiroqueta sorrateiro
vai na contra mão.
E ocorre a contaminação.

A sífilis é uma doença antiga,
Que quase se erradicou.
Mas assim como tantas outras,
Doença reemergente se tornou.

Estudos recentes apontam
Que tudo começou,
Com uma grande epidemia.
Lá em 1905, sem saber como se transmitia
E mesmo ficando isolados,
Os doentes, grande preconceito sofria.

Alguns chegaram a descrever
como as feridas apareciam
Como bolinhas verdes,
por seus corpos disseminariam.

No início, como sempre coitadas,
As mulheres foram acusadas
Por disseminarem a doença
Por serem a parte historicamente,
Fragilizada.

Para se falar do diagnóstico
Ou como ele se dá
Pode ser clínico,
epidemiológico ou laboratorial.
Microscopia de campo escuro
E o bicho se dá mal
Para isso é o bastante
O microscópio,
e um pouco de material.

Mas, o mais comum, minha gente
E o que o SUS cobre e com muita atenção
Se chama, VDRL
Um teste baseado numa reação de floculação
Mas pode dar falso positivo
E o quantitativo é necessário, então.

O diagnóstico foi dado
Então, é só tratar
E as doses de penicilina
pode-se Administrar
Para o bicho sorrateiro
Poder exterminar.

E no caso das gestantes
Os fetinhos se safar,
Pois através da placenta
Ele não mais poderá passar.

E agora caro colegas
Preste muita atenção
É hora de falar para os parceiros
E da a orientação
Pois se tratar somente um
E o outro não
Continuará a cadeia
Sem interromper a transmissão.

E agora que todos já sabem
Como é grande a importância
Do tratamento e de seus parceiros.
Sexo, só com segurança

Vale a pena destacar
Que quando esse diagnóstico se dá
Outras ISTs devemos investigar
Por isso, caros colegas
Com tanta infecção
E seus modos de transmissão
Os profissionais da saúde
Merecem capacitação
E não podemos deixar de falar
Da sonhada valorização.

E com essa pesquisa
Foi possível, com tanta discussão
Chegar a uma conclusão:
Que com a sífilis não se brinca,
O sexo tem que ser seguro,
Não tem outra opção.

Criancinhas não tem culpa
E não merece essa transmissão
E à sífilis, e sífilis congênita
Queridos profissionais
Devemos dizer não.

REFERÊNCIAS

DE EPIDEMIOLOGIA, Superintendência. Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Análise de situação de saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.**

SALOOJEE, Haroon et al. A prevenção e gestão da sífilis congênita: uma visão geral e recomendações. **Boletim da Organização Mundial de Saúde**, v. 82, p. 424-430, 2004.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.

GUINSBURG, Ruth et al. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. **Documento Científico–Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 20, 2010.

PARASITÁRIAS, E DOENÇAS INFECCIOSAS.2004
Acesso 21 de setembro 2019

DE BOLSO, MANUAL. Sífilis Congênita
Acesso 21 de setembro. 2019

ruthalvessantana@hotmail.com
Ruthenéia Alves de Santana