

FACULDADE ATENAS

LUCIANA PEREIRA XAVIER

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE
PORTADORA DE SÍFILIS: a busca pela prevenção da sífilis
congenita**

Paracatu

2018

LUCIANA PEREIRA XAVIER

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE PORTADORA DE SÍFILIS: a
busca pela prevenção da sífilis congênita

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof^a. Priscilla Itatianny de Oliveira Silva

Paracatu

2018

LUCIANA PEREIRA XAVIER

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE PORTADORA DE SÍFILIS: a
busca pela prevenção da sífilis congênita

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a. Priscilla Itatianny de Oliveira Silva.

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, _____ de _____ de _____.

Prof^a. Priscilla Itatianny de Oliveira Silva
Faculdade Atenas

Prof^a. Msc. Monyk Karol Braga Gontigo
Faculdade Atenas

Prof^a. Msc. Lisandra Rodrigues Risi
Faculdade Atenas

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A Orientadora Priscila pela oportunidade e apoio elaboração deste TCC.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

Nos últimos anos, foi observado um aumento constante de casos de sífilis por todo o Brasil, em especial casos de sífilis em gestantes que acarreta a sífilis congênita e traz graves consequências para o feto. A sífilis é uma doença bacteriana seu agente etiológico é o treponema pallidum, a doença é sexualmente transmissível. A sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e de fácil tratamento, porém quando não tratada pode comprometer a pele, órgãos internos e até o sistema nervoso central. Em gestantes a transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, se houver a transmissão da sífilis para o feto há uma grande possibilidade de ocorrer um aborto espontâneo. O trabalho desenvolvido será uma revisão bibliográfica do tipo de pesquisa explicativa. É de suma importância que a equipe de enfermagem esteja atenta para os sinais e sintomas que a sífilis apresenta, para que assim tenham sucesso na prevenção da sífilis congênita, pois a falha no diagnóstico precoce é o maior problema no aumento dos índices de contaminação desta patologia.

Palavras-chave: Sífilis, Gestante, Assistência de Enfermagem, Sífilis Congênita.

ABSTRACT

In recent years, there has been a steady increase in syphilis cases throughout Brazil, especially cases of syphilis in pregnant women that causes congenital syphilis and causes serious consequences for the fetus. Syphilis is a bacterial disease its etiologic agent is the treponema pallidum, the disease is sexually transmitted. Syphilis is a disease that is easy to diagnose and easy to treat, but when left untreated can compromise the skin, internal organs and even the central nervous system. In pregnant women transmission can occur at any stage of gestation and at any stage of the disease, if syphilis is transmitted to the fetus there is a high possibility of a miscarriage. The work developed will be a bibliographic review of the type of explanatory research. It is very important that the nursing team is aware of the signs and symptoms that syphilis presents, so that they can succeed in the prevention of congenital syphilis, since failure in early diagnosis is the major problem in increasing the contamination indexes of this pathology .

Key words: Syphilis, Pregnant woman, Nursing care, Congenital syphilis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA	9
1.2 HIPOTHESES	9
1.3 OBJETIVOS	10
1.3.1 OBJETIVO GERAL	10
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.4 JUSTIFICATIVA	10
1.5 METODOLOGIA	11
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	11
2 SÍFILIS	12
3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCOEM GESTANTES PORTADORAS DE SÍFILIS	16
4 FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS DA SÍFILIS CONGENITA	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa produzida por uma bactéria, o *Treponema pallidum*, é uma doença sexualmente transmissível, que quando não tratada pode evoluir a estágios que comprometem a pele, órgãos internos como o coração, fígado e sistema nervoso central. A sífilis congênita é decorrente disseminação hematogênica da bactéria para o feto, em caso de gestantes não tratadas ou que não foram tratadas adequadamente. A transmissão ocorre em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença e também pode ocorrer transmissão direta no canal do parto. Havendo a transmissão da sífilis congênita, cerca de 40 % dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. (PROGRAMA, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017, p. 5):

“No Brasil, 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 a administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados”.

Um pré-natal de qualidade é um grande aliado a efetividade no combate a sífilis congênita, a rotina da assistência de pré-natal como testes rápidos são essenciais para diagnóstico e o tratamento precoce da doença. Óbitos por sífilis congênita em crianças menores de cinco anos podem ser evitados quando os recursos assistenciais disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) são utilizados por profissionais capacitados (DOMINGUES, 2013).

É preconizado pelo Ministério da Saúde que a gestante tenha no mínimo 6 consultas, uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre, é recomendado que as consultas sejam mensais até a 36ª semana de gestação a partir daí consultas com intervalos de 15 dias (BRASIL, 2008).

Na 1ª consulta já devem ser realizados os primeiros testes rápidos para diagnosticar ou descartar quaisquer complicações. Gestantes diagnosticadas com sífilis precisam de uma assistência e tratamento emergencial. O tratamento é

realizado principalmente com penicilina benzatina e dependerá do estágio da doença para a prescrição da dose (GERAIS, 2008).

De acordo com o Boletim Epidemiológico Sífilis do Ministério da Saúde:

“A penicilina benzatina foi reconhecida pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2016, como um medicamento essencial para controle da transmissão vertical de sífilis, e globalmente vem apresentado escassez há alguns anos” (BRASIL, 2016, p. 3).

Após confirmação da infecção o enfermeiro deverá efetuar a notificação compulsória:

“A notificação compulsória de gestante com sífilis em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria no 33 de 14 de julho de 2005. No Brasil, na última década, observou-se um aumento de notificação de casos de sífilis em gestante que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação da distribuição de testes rápidos. Neste contexto, a política de saúde denominada Rede Cegonha, instituída em 2011, contribuiu para a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis em gestante no país” (BRASIL, 2017, p. 3).

O tratamento deve ser realizado pela gestante e seu parceiro, e é essencial a utilização do preservativo durante o tratamento para que não haja uma nova infecção durante a gestação (DUARTE, 2007).

1.1 PROBLEMA

Qual a importância da assistência de enfermagem a gestante portadora de sífilis e prevenção da ocorrência da sífilis congênita?

1.2 HIPÓTESES

Acredita-se que a gestante portadora de sífilis deve receber um pré-natal de qualidade com uma frequência maior de consultas diminuindo os intervalos entre os encontros, o profissional da saúde deve acompanhar todo o tratamento para que este seja realizado com efetividade.

Observa-se que o controle da sífilis congênita pode ser alcançado com efetividade, com a oferta de um pré-natal adequado de qualidade. O enfermeiro após identificar a infecção deve realizar as orientações de enfermagem com a entrevista e encaminhar a gestante a um médico para a prescrição do tratamento.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar ações de enfermagem a gestante portadora de sífilis que visam prevenir e amenizar a ocorrência da sífilis congênita.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as consequências, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita;
- b) Avaliar a assistência ao pré-natal de alto risco em gestantes portadoras de sífilis;
- c) Identificar fatores de risco e medidas preventivas da Sífilis Congênita;

1.4 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde:

“No período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no Sinan um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste. Em 2015, o número total de casos notificados no Brasil foi de 33.365, dos quais 14.959 (44,8%) eram residentes na região Sudeste, 6.240 (18,7%) na região Nordeste, 6.005 (18,0%) na região Sul, 3.518 (10,5%) na região Norte e 2.643 (7,9%) na região Centro-Oeste” (BRASIL, 2016, p. 5).

Em uma gestante infectada pela sífilis e não tratada ou tratada incorretamente pode haver aborto espontâneo, natimortalidade e morte perinatal que ocupa 40% dos casos, já em 50% dos casos as crianças infectadas podem ocorrer prematuridade ou baixo peso geralmente são assintomáticas, apresentando sintomas a partir do 3º mês de vida (BRASIL, 2015).

O papel do enfermeiro e da equipe de enfermagem no acompanhamento do pré-natal da gestante portadora de sífilis é muito importante, assim este estudo justifica-se, pois, visa subsidiar políticas públicas específicas que visam a educação continuada dos enfermeiros na busca pelo acompanhamento qualificado destas gestantes.

1.5 METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido será uma revisão bibliográfica do tipo de pesquisa explicativa. Este tipo de estudo é “identificar os fatores que denominam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos”. (GIL, 2008)

“As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2008, p. 28).

Para sua realização foram utilizados acervo da faculdade Atenas artigos científicos, livros, revistas e sites relacionados ao tema. Utilizando as palavras-chave assistência de enfermagem, gestante portadora de sífilis, prevenção da sífilis, sífilis, sífilis congênita.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho é apresentado em quatro capítulos, sendo o primeiro capítulo apresenta a introdução, problema, hipótese, objetivo geral, objetivos específicos, justificativa, metodologia do estudo e estrutura do trabalho.

No segundo capítulo descreve as consequências, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita.

No terceiro capítulo fala sobre os programas de Atenção à Saúde que norteiam o atendimento das gestantes portadoras de sífilis.

E no quarto capítulo traz os cuidados de enfermagem a gestante portadora de sífilis e ao neonato portador de sífilis congênita.

2 SÍFILIS CONGÊNITA

Existe um alto índice de morte intrauterina nos casos de sífilis, 50% dos casos se apresentam em forma de aborto, natimorto e óbito neonatal, além das complicações nos recém nascidos (ALBUQUERQUE et al, 2014).

“Os sinais característicos da sífilis congênita em crianças menores de dois anos são: 10% a 40% delas são prematuras e com baixo peso ao nascer; 33% a 100% apresentam hepatomegalia, com ou sem esplenomegalia; 40% erupção cutânea em bolhas; e 75% a 100% têm alterações ósseas observadas aos raios X. As lesões ósseas representam de 70% a 100% das manifestações da sífilis congênita. Estima-se que em 25% das gestações ocorram aborto tardio ou óbito fetal, em 11% óbito neonatal, em 13% parto prematuro ou baixo peso ao nascer e 20% apresentem complicações da sífilis congênita. Cerca de 500 mil casos de óbitos fetais registrados anualmente em todo o mundo estão relacionados com sífilis congênita” (ALBUQUERQUE et. al, 2014, p. 1).

Sífilis congênita precoce apresenta sinais e sintomas nos primeiros dois anos de vida trazendo as seguintes complicações: hepatite, pancreatite, hepatoesplenomegalia, anemia miocardite, trombocitopenia, linfadenopatia generalizada, alterações ósseas como (ostecondrite, sinal de Wimberger e periostite diafisária), lesões mucocutâneas como (máculas pigmentadas, placas mucosas, exantema inexplicável que atinge planta dos pés e/ou palma das mãos), rinite persistente, síndrome nefrótica ou nefrite, alterações neurológicas (invasão assintomática do SNC, meningovascularite crônica, leptomeningite, hidrocefalia, paralisia dos nervos cranianos, enfarte cerebral, hipopituitarismo e convulsões), anomalias oftalmológicas como (cório-retinite, glaucoma ou uveíte e catarata), má estatoponderal e febre (ALBUQUERQUE et. al, 2014).

“As complicações da sífilis congênita precoce são as lesões cutâneo-mucosas, como exantema maculoso em face e extremidades, lesões bolhosas, condiloma latum, fissuras periorais e anais. A mucosa nasal apresenta rinite mucossanguinolenta” (ALBUQUERQUE et al, 2014, p. 1).

Sífilis congênita tardia: Os sinais e sintomas aparecem depois dos dois anos de idade. As complicações são: bossas frontais, nariz em sela, maxilares pequenos, macrognatia, palato com arco elevado, dentes de Hutchinson (incisivos superiores em forma de mola), molares em framboesa, fissuras periorais, derrames

articulares bilaterais nos membros inferiores, articulação de Clutton, sinais de Higouménakis (espessamento da porção esternoclavicular), tábica em sabre, queratite intersticial, escápulas aladas, alterações neurológicas (atraso mental, surdez, hidrocefalia, tabes juvenil). O RN com maior grau de infecção é assintomático e desenvolve a doença entre a segunda e sexta semana de vida. As manifestações clínicas da SC precoce se apresentam de formas variadas e com isso devem ter um diagnóstico diferenciado. (ALBUQUERQUE et al., 2014)

“Em 40% dos neonatos com sífilis ocorrem óbito fetal, aborto e morte neonatal. Cerca de 50% dos recém-nascidos com sífilis são assintomáticos. Os fetos contaminados com o *Treponema pallidum* na maioria das vezes apresentam lesões ósseas depois do quinto mês de gestação. As lesões ósseas são a primeira manifestação clínica da sífilis congênita na vida intrauterina e sua mais frequente manifestação, ocorrendo em 70% a 100% dos casos. As infecções na gestação são importantes causas de alterações congênitas no recém-nascido, incluindo a perda auditiva neurossensorial de grau profundo. A perda auditiva neurossensorial causada pela sífilis congênita varia de 25% a 38%, podendo ser flutuante, acompanhada ou não de sinais vestibulares” (ALBUQUERQUE et al, 2014, p. 2).

Os métodos para diagnóstico da infecção materna depende da fase da doença, sob essa ótica o exame VDRL deve ser realizado no início do pré-natal repetido no terceiro trimestre e no momento do parto. O intuito do primeiro e segundo testes de VDRL é o diagnóstico precoce da gestante, e o terceiro momentos antes do parto tem o intuito do diagnóstico precoce da criança. (NUNES et al., 2017)

A SC quando não tratada representa um grande problema de saúde pública por ser uma doença que causa sérias complicações para mãe e filho, para o RN pode acarretar sequelas irreversíveis como surdez, cegueira, retardo mental, deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas (GUINSBURG E SANTOS, 2010).

“As indicações para o tratamento do recém-nascido compreendem todos aqueles casos diagnosticados como sífilis confirmada ou provável, ou seja, inclui os neonatos com teste não treponêmico positivo e com achados clínicos e/ou laboratoriais e/ou radiológicos da doença e aqueles assintomáticos, cujo tratamento materno não foi feito ou documentado, não foi completo, não empregou penicilina ou, ainda, realizado nas quatro semanas anteriores ao parto” (GUINSBURG; SANTOS, 2010, p. 1).

Quando os títulos da maternos não caíram mesmo após o tratamento adequado durante a gestação e a mãe apresenta sintomas de reinfecção o RN também deverá ser submetido ao tratamento, mães com sífilis primária no terceiro trimestre da gestação e ainda soronegativas, indica-se tratar o RN. Há uma controvérsia quanto a necessidade de exames de sangue, líquido e raio x de ossos

logos em crianças assintomáticas, em casos de crianças sintomáticas a terapêutica neonatal é seguida (GUINSBURG E SANTOS, 2010).

Os seguintes exames são preconizados pelo Ministério da Saúde (2008) em todos os neonatos filhos de mães infectadas por sífilis teste sorológico não treponemico (VDRL/RPR), no sangue periférico do RN; hemograma completo e exame de líquido (GUINSBURG E SANTOS, 2010).

A droga de escolha para o tratamento é a penicilina.

“A penicilina cristalina ou procaína têm sido as drogas de escolha, embora um estudo recente mostre níveis líquóricos mais altos e constantes da penicilina cristalina, comparada à procaína. A penicilina benzatina tem pouca penetração líquórica, podendo não atingir ou manter níveis treponemicidas em nível de sistema nervoso central. (GUINSBURG E SANTOS, 2010, p.1).

Não há indicação de outro antibiótico para o tratamento da sífilis no período neonatal, a conduta preconizada pelo Brasil (2006) para SC é a seguinte:

- Recém-nascidos de mães com sífilis tratadas inadequadamente, realizar VDRL de sangue periférico, raio-X de ossos longos, hemograma e punção lombar: RN com VDRL positivo e/ou alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas, mas não houver acometimento neurológico deve- tratar com, penicilina cristalina, VE por 10 dias, dose de 50.000 unidades/kg/dose de 12 em 12 horas na primeira semana de vida e de 8 em 8 horas após a primeira semana ou com penicilina procaína, VI por 10 dias, dose de 50.000 unid/kg/dose de 24 em 24 horas. Se não foi possível colher o LCR ou se houver alteração líquórica, empregar a penicilina cristalina VE por 10 dias, dose de 50.000 unid/kg/dose de 12 em 12 horas na primeira semana de vida e de 8 em 8 horas após a primeira semana de vida. A penicilina procaína não é uma opção, diante da possibilidade de neurosífilis. E RN com VDRL negativo, sem alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e líquóricas, aplicar a penicilina benzatina, em dose única de 50.000 unid/kg por VI. O acompanhamento é obrigatório, se caso for impossível a garantia do acompanhamento, deve-se tratar o RN com a penicilina cristalina nas doses recomendadas acima.
- Recém-nascidos de mães com sífilis tratadas adequadamente, realizar VDRL de sangue periférico: RN com VDRL positivo com título superior ao

materno, procurar alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas. Se não houver alterações no LCR, tratar com penicilina cristalina por VE durante 10 dias, dose de 50.000 unid/kg/dose de 12 em 12 horas na primeira semana de vida e de 8 em 8 horas após a primeira semana, ou com penicilina procaína 50.000 unid/kg/dose de 24 em 24 horas por VI por 10 dias. Se o líquido estiver alterado, usar apenas a penicilina cristalina nas doses acima, por VE por 10 dias. E RN assintomático com (exame clínico, hemograma, raio-X de ossos longos e LCR normais) VDRL com titulação igual ou inferior à materna ou VDRL negativo, pode-se apenas proceder ao seguimento ambulatorial. Se há impossibilidade da garantia do seguimento ambulatorial, aplicar a penicilina benzatina em dose única de 50.000 unid/kg por VI.

Se houver interrupção do tratamento por um período de superior a 24 horas, o esquema deve ser reiniciado (BRASIL, 2006).

3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO EM GESTANTES PORTADORAS DE SÍFILIS

Todos os profissionais da saúde que prestam assistência a gestantes, devem sempre estar atentos a existência de fatores de risco e devem ser capazes de avaliá-los e identificar o momento de encaminhar essas gestantes para assistência especializada. As equipes de saúde que lidam com o pré-natal de baixo risco devem estar preparados para receber também gestantes com fatores de risco e assim prestar a ela um primeiro atendimento, orientá-las e tirar suas dúvidas (BRASIL, 2012).

“O principal objetivo da atenção nesse período é acolher a mulher desde o início da gravidez propiciando bem-estar materno, fetal e o nascimento de uma criança saudável. A atenção pré-natal integra atividades primárias à saúde exigindo recursos de baixa complexidade e implementação de ações com eficácia reconhecida” (NUNES et. al, 2017, p.2).

A atuação do enfermeiro proporciona melhor qualidade na atenção pré-natal, condutas acolhedoras e humanizadas sem intervenções desnecessárias, fácil acesso aos serviços de saúde contribuem para um pré-natal de qualidade (NUNES et al, 2017).

A partir do momento em que a gestante é encaminhada ao serviço especializado em pré-natal de alto risco a mesma deve ser orientada a não perder o vínculo com a equipe de saúde que iniciou seu acompanhamento é importante que a equipe se mantenha informada quanto a evolução da gravidez e aos tratamentos administrados, isso se dá por meio de contra referência e visitas domiciliares (BRASIL, 2012).

“O estabelecimento dessa comunicação dinâmica entre os serviços é importante porque a gestante tem maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica, até mesmo pela proximidade ao seu domicílio, possibilitando que as Equipes de Saúde da Família possam ofertar a essas gestantes acolhimento e apoio, por meio da identificação e ativação da rede de suporte familiar e social, participação em atividades educativas individuais e em grupo, reforço para frequência nas consultas especializadas e maior adesão aos tratamentos instituídos, além do primeiro atendimento na suspeita de intercorrências, nos casos em que o acesso da gestante aos serviços especializados seja difícil” (BRASIL, 2012, p.14).

O objetivo da assistência de pré-natal de alto risco é intervir para evitar ou diminuir as consequências do fator de risco, a equipe de saúde deve estar

preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional. Deve-se manter a gestante sempre bem informada quanto ao andamento de sua gestação, e ser orientada quanto aos hábitos que poderão melhorar sua saúde e assim diminuir os riscos de complicações, o parceiro e a família também devem ser orientados a acompanhar a gestação promovendo um suporte a gestante (BRASIL, 2012).

A equipe de saúde que irá receber e dar seguimento ao acompanhamento desta gestante deveram levar em consideração:

- Realização da avaliação clínica, para que assim possa conhecer as condições clínicas da gestante e identificar os riscos possíveis a gestante e seu feto.
- Identificação da idade gestacional de forma precisa, para fazer o acompanhamento correto da evolução da gravidez, mediante análise e adequada interpretação dos parâmetros obstétricos (ganho ponderal, pressão arterial e crescimento uterino). A avaliação do crescimento e as condições de vitalidade e maturidade do feto são fundamentais.
- O profissional deve ter um amplo conhecimento sobre a fisiologia da gravidez, e também é de suma importância que os profissionais conheçam a fisiopatologia da doença, para que no momento da avaliação clínica saibam identificar sinais clínicos relacionados a complicações da doença.
- A decisão da via de parto e o momento adequado para este nas gestações de alto risco deve ser feita pelo profissional obstetra que irá assistir o parto, essa decisão será mediante todo o histórico da gestação, diante das informações colhidas durante toda a assistência do pré-natal.
- Um bom acompanhamento da gestante de alto risco se dá através de um acompanhamento articulado e planejado de uma equipe multidisciplinar composta pela Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Serviço Social. O fator emocional que quase sempre acaba sendo esquecido representa um desafio para as condições maternas, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes dá, “de alto risco”, portanto “diferente” das demais, “normais”, podem surgir sentimentos como ansiedade, negação, medo, culpa e etc. (BRASIL, 2012).

“A participação do enfermeiro é fundamental para fortalecimento da atenção pré-natal, haja vista que esta consulta se dará com identificação dos fatores de riscos gestacionais a fim de que sejam diminuídas implicações na saúde das gestantes, em especial aquelas com sífilis. Deste modo, a atuação do enfermeiro proporciona extensão na cobertura e melhoria da qualidade na atenção pré-natal, o qual deve estar ciente de que a atenção qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, fácil acesso a serviços de saúde de qualidade com ações que integrem todos os níveis da atenção, como promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e recém-nascido desde o atendimento ambulatorial básico ao hospitalar para alto risco” (NUNES et al, 2017, p. 4877).

O pré-natal da gestante sífilítica é considerado de alto risco pois pode trazer graves consequências tanto para a mãe quanto para o feto, o pré-natal da gestante portadora de sífilis deve ser realizado pelo médico e acompanhado pelo enfermeiro que deve ser capacitado a orientar a gestante sobre o uso correto do medicamento a importância do tratamento correto visando prevenir possíveis complicações para mãe e filho dentre outras condutas (NUNES et al., 2017).

4 FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS DA SÍFILIS CONGÊNITA

Com o grande índice de sífilis congênita os profissionais de saúde devem estar capacitados e preparados para receber essas crianças nas unidades de serviço de saúde, atentando ao fato de que essas crianças podem, apresentar impactos físicos e psicossociais, o enfermeiro tem o dever de receber esses pacientes realizar a anamnese para a identificação de sinais normais e anormais apresentados pelos diversos sistemas biológico (BRASIL, 2010).

A principal medida de controle da sífilis congênita é a captação precoce da gestante para o início do pré-natal (BRASIL, 2012).

“A atenção pré-natal de qualidade destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal” (NUNES et al., 2017, 4875).

As consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde envolve no mínimo seis consultas divididas em, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, o enfermeiro deve solicitar exames de ABO Rh, Urina Tipo I, Hemograma completo, Glicemia em Jejum e Toxoplasmose, deve-se realizar também os testes rápidos preferencialmente no mesmo dia que se inicia o pré-natal, os testes são VDRL, HIV, Hep B e Hep C (BRASIL, 2008).

As maiores dificuldades encontradas para prevenção da sífilis congênita são o início tardio do pré-natal e o não tratamento ou o tratamento inadequado das gestantes e seus parceiros. O fator socioeconômico está associado ao nível de escolaridade baixo que está relacionado a falta de conhecimento sobre as DST's e a importância do pré-natal, com isso não realizam o pré-natal ou realizam de forma incorreta, falta das consultas, e não realização dos exames necessários. A promiscuidade por parte da gestante ou de seu parceiro representa também um fator de risco, a gestante que possui comportamento de promiscuidade acaba se contaminando novamente após o tratamento, o mesmo se diz ao parceiro promiscuo que muitas das vezes tem resistência a realização do tratamento e acaba contaminando a gestante novamente (ARAUJO et al, 2006).

Outro fator de risco é o pré-natal inadequado, sem o seguimento da rotina impede o diagnóstico precoce da sífilis. A falta de realização dos exames, a falta de conhecimento dos sinais e sintomas da doença na mãe, a falha na interpretação de exames pelos profissionais despreparados. A assistência de pré-natal é considerado

a principal chave para o diagnóstico precoce da sífilis, o tratamento adequado e por consequência a prevenção da sífilis congênita. A gestante deve realizar o VDRL no primeiro e terceiro trimestre da gestação e antes do parto, essa rotina foi preconizada pelo ministério da saúde (ARAUJO et al, 2006).

As medidas de prevenção da sífilis congênita são baseadas especificamente no pré-natal de qualidade, os fatores de risco podem ser visualizados e corrigidos quando a assistência da equipe de saúde segue os protocolos, as gestantes que não procuram os serviços de saúde devem ser alcançadas através de visitas domiciliares que inicialmente é realizada pelo agente de saúde que fara a coleta de dados e levará para a equipe de saúde para que sejam tomadas as devidas medidas cabíveis, após análise da situação da gestante, equipe poderá traçar um plano para captar esta gestante. Outra dificuldade encontrada é a deficiência de profissionais, equipes de saúde incompletas o que dificulta ainda mais o acesso das gestantes a unidade de saúde, alguns profissionais ficam sobrecarregados, devido à falta de outros profissionais ou a falta do profissional que é designado a realização desta função (ARAUJO et al, 2014).

“As deficiências na qualidade da assistência pré-natal à gestante com sífilis reforçam a necessidade de se refletir sobre os processos de trabalho em saúde, especialmente da atenção pré-natal, uma vez que somente a qualificação desta ação possibilitará a redução da transmissão vertical da sífilis” (ARAUJO, et al, 2014, p. 300).

Segundo o Brasil (2008) são responsabilidades e estratégias mínimas da atenção básica à gestante realizar o diagnóstico da gravidez, captar a gestante no primeiro trimestre, realizar consultas medicas e de enfermagem, solicitar os exames laboratoriais, garantir os medicamentos básicos, classificar o risco gestacional desde a primeira consulta, monitorar as gestantes de alto risco, realizar atividades educativas, e viabilizar a visita da gestante a maternidade.

Atividades educativas pode representar uma grande oportunidade de informar essas gestantes sobre a importância do pré-natal e nos casos de gestantes infectadas pela sífilis a importância do tratamento, e as consequências que a sífilis pode causar no feto em caso do não tratamento ou tratamento inadequado ou incorreto, essas gestantes devem ser orientadas também quanto a importância do tratamento do parceiro, é importante que durante o tratamento a gestante mantenha relações sexuais protegidas com uso do preservativo para evitar uma reinfecção (BRASIL 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância que os profissionais de saúde estejam atentos para os sinais e sintomas que a sífilis apresenta, para que assim tenham sucesso na prevenção da sífilis congênita, a falha no diagnóstico precoce é o maior problema no aumento dos índices de contaminação desta patologia, a equipe da Unidade Básica de Saúde é responsável pela captação das gestantes de sua área para que seja iniciado o pré-natal.

A sífilis é diagnosticada na primeira consulta do pré-natal através do teste rápido de VDRL, os casos diagnosticados devem ser tratados imediatamente assim como os parceiros das gestantes, parceiros não tratados apresentam um grande risco de reinfecção para a gestante, a sífilis em gestantes não tratadas acarretam em um grande índice de morte fetal (aborto espontâneo, natimorto e morte neonatal precoce), também pode ocorrer prematuridade. Já nos casos da sífilis congênita pode ocorrer hepatomegalia, erupções cutâneas bolhosas, alterações ósseas dentre várias outras complicações citadas acima.

Assim conclui-se que melhor estratégia consiste na implementação de políticas específicas voltadas para os profissionais de enfermagem capacitando-os para o desenvolvimento de ações de prevenção e assim consequentemente alcançará a diminuição dos casos de sífilis congênita, através dos rastreamento e realização de um pré-natal de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Greicy Machado Aguiar de et al. Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Pediatria Moderna**, Fortaleza, v. 50, n. 6, p.254-258, jun. 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5822>. Acesso em: 24 mai. 2018.

ARAUJO, Eliete da Cunha et al. **The importance of prenatal care in the prevention of Congenital Syphilis**. Rev. Para. Med., Belém, v. 20, n. 1, p. 47-51, mar. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 abr. 2018

ARAUJO, Maria Alix Leite et al. **Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo**. Cadernos Saúde Coletiva, [s.l.], v. 22, n. 3, p.300-306, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201400030012>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462x-cadsc-22-03-0300.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

AVELLEIRA, J.C.R., BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. An. Bras. Dermatol. 2006, vol.81, n.2, p. 111-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, 2016. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. 2 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2015. 120 p.

DOMINGUES, R. M. S. M et al. **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal**. Revista de Saúde Pública, v. 47, n. 1, p.147-157, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000100019&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 1 nov. 2017.

DO PROGRAMA, Coordenação. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. Rev Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

DUARTE, Geraldo. **Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p.171-174, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400001>. Acesso em: 2 nov. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério.** 4. ed. Belo Horizonte: Sas/ses, 2008. 84 p.

GUINSBURG, Ruth et al. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. **Documento Científico do Departamento de Neonatologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria,** 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf. Acesso em: 30 abr. 2018.

MACHADO, F. M. e CYRINO, R. M. F. **Planejamento do enfermeiro na inserção social de crianças portadoras de sífilis congênita.** Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2011. Disponível em: <http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/PLANEJAMENTO%20DO%20ENFERMEIRO%20NA%20INsercao%20SOCIAL%20DE%20CRIANCAS%20PORTADORAS%20DE%20SIFILIS%20CONGENITA.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2017.

NUNES, Jacqueline Targino et al. **Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro.** Revista de Enfermagem Ufpe On Line, [s.l.], v. 11, n. 12, p.4875-4884, 4 dez. 2017. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23573p4875-4884-2017>. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23573/25297>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

NONATO, S. M.; MELO, A. S.; GUIMARAES, M. D. C. **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte MG,** 2010-2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000400681&script=sci_abstract>. Acesso em: 3 nov. 2017.

SANTOS, V.C., ANJOS, K.F. **Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual.** Revista Saúde e Pesquisa. 2009, v. 2, n. 2, p. 257-263. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiXwOTNj-TXAhvKjJAKHR85DjYQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.unicesumar.edu.br%2Findex.php%2Fsaudpesq%2Farticle%2Fdownload%2F1027%2F790&usg=AOvVaw3smEyUBMA5oFu53p8qLMcZ>>. Acesso em: 2. Nov. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenadoria de Controle de Doenças. **Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita.** São Paulo, 2010. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/guia_versao_digital/Guia_Integrado_verso_digital.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2017.

SINAN, Sistema de Informação de Agravos e notificações. **Funcionamento**. 2017. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>>. Acesso em: 25 nov. 2017.