ADESÃO EFICIENTE NO TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTES

EFFICIENT ADHESION IN TREATMENT OF SIFILIS IN PREGNANT WOMEN

Jully Anne Noronha Ferreira[1]

Luciene de Moura Alves Gomes

RESUMO:

A sífilis é um grande problema de saúde pública no Brasil, especialmente em gestantes com a transmissão vertical da sífilis. Assim, é de suma importância a conscientização da prevenção e tratamento para enfrentamento do problema. O presente estudo tem como objetivo central, analisar a eficiência no tratamento da sífilis em gestantes. O estudo justifica-se pelo aumento na quantidade de gestantes que apresentaram sífilis, tendo a necessidade de se ressaltar que o diagnóstico da sífilis gestacional é simples e o seu rastreamento é obrigatório durante o pré-natal, pois essa doença na gestação requer intervenção imediata, para que possa se reduzir ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. Trata-se de uma análise bibliográfica. O estudo considera de grande importância a qualidade do pré-natal e não somente a ampliação do acesso como estratégia de combate ao aumento dos casos de sífilis congênita

Palavras Chave: Sífilis congênita. Gestação. Doenças do recém-nascido.

ABSTRACT:

Syphilis is a major public health problem in Brazil, especially in pregnant women with vertical transmission of syphilis. Thus, awareness of prevention and treatment to address the problem is of paramount importance. The present study aims to analyze the efficiency in the treatment of syphilis in pregnant women. The study is justified by the increase in the number of pregnant women who presented with syphilis, and it is necessary to emphasize that the diagnosis of gestational syphilis is simple and its screening is mandatory during prenatal care, as this disease in pregnancy requires immediate intervention, so that the possibility of vertical transmission can be reduced as much as possible. It is a bibliographical analysis. The study considers the quality of prenatal care to be of great importance and not only the expansion of access as a strategy to combat the increase of congenital syphilis cases.

Keywords: Congenital syphilis. Gestation. Prenatal. Diseases of the newborn.

1. Introdução

[1] Pós graduanda em Saúde da Família da Universidade Federal Do Piauí. E-mail: jullynferreira@gmail.com

A sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), infectocontagiosa, que se é transmitida pela bactéria *Treponema pallidum, que na* ausência de tratamento adequado, desencadeia as formas mais graves da patologia. A transmissão da sífilis acontece pelo ato sexual sem excluir o sexo oral, sem uso de preservativo; através de transmissão vertical (mãe para filho); contato direto com toque nas lesões; e mais raramente por transfusões sanguíneas (PASSOS *et al*, 2005).

É uma doença que pode acometer todas as classes sociais, e se classifica como pandêmica. Existe tratamento definido há mais de 60 anos, baseado na administração de um antibiótico (*penicilina benzatina*) que é distribuído em todo o território nacional pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Em gestantes, a sífilis pode provocar a morte do neonato ou a morte intra-útero, entre os sintomas apresentados pelo feto pode destacar, o baixo peso, rinite com coriza sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, choro ao manuseio, hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias (pneumonia), icterícia, anemia severa, ascite e lesões cutâneas (na palma da mão e no pé). (NASCIMENTO, 2018).

O Controle da doença é importante para que haja uma interrupção da cadeia de transmissão, juntamente com a prevenção de novos casos. Evitar que ocorra transmissão consiste principalmente na detecção e no tratamento adequado tanto do paciente como do seu parceiro (AVELLEIRA, 2006).

Dessa forma, a transmissão da doença pode ocorrer de mãe para filho durante a gestação, caracterizando a Sífilis Congênita. Tal infecção pode ocasionar má formação do feto, a baixo peso, prematuridade, hepatoesplenomegalia, pneumonia, lesões cutâneas e anemia, dentes deformados, cegueira, surdez e hidrocefalia (BRASIL, 2010).

Assim, a gestante portadora de sífilis deve iniciar um tratamento rápido, para evitar a oportunidade de ocorrer uma transmissão vertical, através da vigilância epidemiológica existe a possibilidade de fiscalização da transmissão vertical, a sífilis adquirida infanto materna e um marco da saúde no país, pois e uma doença antiga (BRASIL, 2014).

Em relação ao tratamento para gestante contagiada, este, é realizado conforme o Ministério da Saúde preconiza sendo penicilina benzatina (nome comercial benzetacil) com a via de administração intramuscular. A dose deverá ser de 2.400.000 UI (sendo 1.200.000 UI em cada glúteo), ocorrendo uma aplicação na sífilis primária, duas na sífilis secundária e três na sífilis terciária (BRASIL, 2014).

De acordo com os dados que surgem ao longo dos atendimentos fica clara a importância de se desenvolver ações de combate e controle à sífilis em gestantes e realizar uma análise das mesmas dentro da ESF, com foco na promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Política de Saúde e a Sífilis

A evolução das políticas públicas de saúde com relação às doenças sexualmente transmissíveis no país, segundo Vieira (2013), caracterizou-se por fases distintas, considerando- se o desenvolvimento dos conhecimentos científicos com relação às DSTs, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na elaboração das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais.

Surge uma resposta do poder federal a partir de um número considerável de programas estaduais e municipais em combate às DSTs. Neste processo de encadeamento das políticas de saúde, em 1990 foi criada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que foi elaborada não apenas para cumprir o comando constitucional, mas, e principalmente, para indicar os caminhos para viabilizar os mecanismos para ascensão do grande objetivo historicamente perseguido, de uma transformação profunda no perfil da saúde exibido pela União.

Segundo Mignoni (2004), em 1993 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB), estabelecendo medidas para descentralização dos serviços de saúde, e em 1996 foi criada a NOB/96 responsável pelo fortalecimento do processo de municipalização da saúde.

Dessa forma, a NOB/96 terminou por favorecer uma forte integração das ações entre as três esferas do governo responsável pelo processo de descentralização, transferindo para o Estado e para os municípios uma série de responsabilidades e recursos para operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que estavam concentradas na esfera federal.

Ademais, em janeiro de 2001 surge a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS), que segundo Mignoni (2004) apresenta um conjunto de estratégias para a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema, tendo corno objetivo atualizar a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento.

Ainda em referência a Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080), temos a disposição sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dando outras providências. Nos artigos 2º e 3º, há a seguinte disposição:

> Art. 2° A saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício." Art. 3° "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do pais."

Tendo em vista o exposto pela lei, a saúde jamais poderá ser entendida não unicamente como um problema físico-biológico, e sim como resultado de uma relação dialética do indivíduo com o seu meio ambiente, com as condições de vida, alimentação, habitação, trabalho e principalmente a qualidade de vida no âmbito familiar, logo não há como ter uma boa saúde.

Ainda segundo Mignoni (2004), as políticas brasileiras na área de promoção e prevenção as DST têm sido articuladas em três grandes vertentes: a intervenção comportamental atrelada as populações vulneráveis e em situação de risco; a mobilização social focalizando o trabalho na participação cidadã e no fortalecimento de grupos sociais específicos mais vulneráveis e/ou em situação de risco; e a intersetorialidade das políticas e ações de prevenção com outras áreas de governo e do setor privado visando urna resposta de conjunto para o enfrentamento da epidemia.

A partir dessas vertentes se traça possibilidades e as estratégias de ação para a sua prevenção e controle, a partir da situação de risco e vulnerabilidade de cada indivíduo, dando ênfase a sua particularidade. Desde que foi inserida em nosso meio, a sífilis vem alterando perfis, aos quais são elencados por Mignoni (2004, p.18):

De uma fase inicial, caracterizada pela hegemonia da transmissão sexual e afetando principalmente homens adultos com comportamento homo e bissexual, escolaridade elevada, vivendo nas grandes cidades da região sudeste, a epidemia passou por um processo mais ou menos simultâneo de juvenilização, pauperização, feminização e interiorização. A epidemia, hoje, se caracteriza pela predominância e pelo grande aumento da transmissão heterossexual, atingindo um número crescente de mulheres e crianças - estas últimas em decorrência da transmissão vertical, fazendo-se presente, também, em cidades de pequeno porte e pessoas de baixa escolaridade.

Segundo o Ministério da Saúde, a mulher vem a ser os casos mais corriqueiros, pois os fatores biológicos, socioculturais e assistenciais, além do efeito combinado deles, fazem com que a mulher seja mais vulnerável do que o homem quanto à possibilidade de contrair DST e sofrer seus efeitos secundários, biológicos e sociais.

Desta forma, Mignoni (2004) acrescenta, que com o início da oferta gradativa de novos antirretrovirais, assim como o melhor conhecimento sobre o diagnóstico e o tratamento das infecções oportunistas, deu-se à possibilidade concreta de uma redução da mortalidade, do aumento da sobrevida, e da consequente necessidade de promover modificações nas formas de assistência oferecidas pelo Sistema de Saúde.

Segundo Silva (2005), ao longo dos anos, a qualidade de vida tem carregado uma certa respeitabilidade e interesse, pois é tanto uma prática clínica, quanto como cunho de pesquisa e avaliação, adquirindo um importante indicador de sucesso ou insucesso das ações de saúde.

No tocante da questão qualidade de vida, é importante enfatizar que, ela se dá não só no âmbito da saúde-doença, mas em outras instâncias, especialmente o lado psicológico, ou seja, a saúde definida como dimensão mais positiva em relação ao termo saúde, mas sim como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não puramente a ausência de doença.

Diante disso, o contexto da saúde, segundo Silva (2005), nos últimos anos tem reconhecido a importância do controle da qualidade de vida, das medidas terapêuticas, bem como do olhar do paciente em relação a sua doença, sendo uma prática de saúde direcionada à gravidade e à frequência das doenças, especialmente à qualidade de vida ligada à saúde.

Menta (2003) salienta em seu estudo que, qualquer ação de saúde incide no bem-estar, e as ações de bem-estar repercutem sobre a saúde, tornando-os interdependentes, não podendo ser analisados separadamente.

Nesse bojo, o senso de bem-estar resulta da avaliação que o indivíduo realiza sobre suas capacidades e condições ambientais e a sua qualidade de vida a partir de determinantes pessoais combinados com os valores e as expectativas que são desenvolvidas em nossa sociedade. Assim, Silva (2005, p. 34) salienta que:

> Entre os indicadores de qualidade de vida, é necessário considerar tanto a medida de aspectos objetivos, como a de subjetivos, ambos como representantes da satisfação das necessidades nos contextos cultural, socioeconômico e ambiental, assim os aspectos objetivos contemplam, como indicadores de qualidade de vida, as condições físicas, o salário, a moradia, a educação e os outros indicadores observáveis e quantificáveis referentes às condições concretas em que socialmente se encontram os indivíduos, já os aspectos subjetivos acessam as percepções

> qualitativas das experiências de vida, considerando a experiência e a valoração dos indivíduos frente as suas condições, acessando principalmente os sentimentos humanos e a percepção de bem-estar enquanto qualidade de vida.

Dessa forma, a qualidade de vida envolve dimensões que podem ser medidas por meio de abordagens quantitativas e qualitativas. Stephanini (2003) entende a qualidade de vida de maneira dicotômica, pois, ao mencionar a qualidade de vida de seres humanos, emerge a premissa de que essa qualidade seja vista em sua totalidade. Minayo (2000), entende a qualidade de vida como uma noção especialmente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação na vida familiar, amorosa social e ambiental, assim como já foi mencionado no início da discussão desse estudo.

É aí que dar-se a importância da percepção da qualidade de vida sob a ótica da família para o desenvolvimento de programas na área da saúde, de maneira a fortalecer vínculos e configurar, cada vez mais, o conceito de família no âmbito de suas ações.

Assim, a participação da família, no que tange a realidade das que vivem com sífilis, é de suma importância no processo saúde-doença, no tratamento e enfrentamento, para assim alcançarem uma ampliada expectativa de vida, como também da qualidade de vida.

Segundo Prado (2004), o ser humano, considerando a família, precisa ser visto na sua unicidade, na sua completude, para que, através dos significados das suas vivências, possamos compreender que, diante da constatação de uma doença grave e estigmatizante, cada ser humano poderá ter uma experiência que lhe é peculiar. Porém acreditamos que é possível subtrair desta o lado positivo mesmo diante da dor, da vergonha, da culpa e de outros sentimentos que possam surgir na trajetória dessa vivência.

É evidente que a presença da sífilis no âmago da família, especialmente em gestantes é um evento marcante e foco de novas direções, pois um modo de viver termina, iniciando-se uma outra forma de viver da família. Esse novo tempo é cheio de contradições e muitos desencontros que trazem ressentimentos, impotência, culpa, tristeza e vergonha.

Vê-se, portanto, segundo Prado (2004), que a família, envolvendo-se em situação de doença no seu seio, tem um comportamento que lhe é peculiar, influenciado pela história construída no seu interior e na convivência social.

Silva (2005) menciona que alguns estudiosos ao pesquisar sobre a qualidade de vida com paciente que convivem com DSTs, têm utilizado instrumentos genéricos ou construídos para a avaliação de outras doenças crônicas. Nesse sentido, é importante compreender a qualidade de vida diante desse processo, saúde-doença, bem como também as estratégias de

enfrentamento utilizadas pelas famílias diante de circunstancias estressantes e seus esforços na construção de uma harmônica rede de apoio social.

2.2. Aspectos conceituais sobre Sífilis

As complicações disseminadas pela sífilis é hoje um fenômeno de grande magnitude e extensão, tem se mostrado extremamente complexa e dinâmica. As estimativas oficiais apresentam números que, tanto no Brasil como em outros lugares do mundo, apresentam que a sífilis continuará sendo um grande desafio de Política Social e de Saúde Pública.

Assim, ao longo de sua história, a sífilis tem sido mistificada por extensas mudanças ao longo do tempo e pela evolução de uma série de respostas políticas e sociais, tendo sido desenvolvida por uma gama variada e crescente de programas preventivos e atividades intervencionistas em vários contextos, no esforço de trazer respostas ao impacto, cada vez maior dessa doença.

Havendo, com isso, uma necessidade cada vez maior de medidas assistenciais em saúde, com um forte envolvimento, no processo de saúde e doença, assim como o apoio familiar, cujos membros, também são, em sua grande maioria, impactados pela doença, estando eles infectados.

A sífilis é doença infecto contagiosa, transmitida pela via sexual e verticalmente durante a gestação, por uma bactéria do grupo das espiroquetas, não cultivável, que pode sobreviver fora de seu ambiente por até 26 horas e se divide a cada 30 horas em seu hospedeiro. Segundo Moreira (2018, p. 31), “Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não trataram ou que foram tratados inadequadamente”.

De acordo com Lazanini; Barbosa (2017), a história natural da doença, quando não tratada de forma adequada, é crônica e com manifestações específicas do ponto de vista clínico, imunológico e histopatológico. Quando o diagnóstico é feito após um ano, é considerada sífilis tardia. A sífilis é uma doença de notificação compulsória, que quando transmitida intraútero ocasiona a sífilis congênita, que apresenta até 40% de taxa de mortalidade. Em gestantes não tratadas a transmissão é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença materna.

Segundo Moreira (2018), a sífilis apresenta as seguintes formas clínicas:

Sífilis Primária: ocorre aproximadamente três semanas após o período de inoculação causando uma lesão única, indolor no local de entrada chamada de cancro duro com aspecto

33 de pápula rósea de bordas rígidas com exulceração central. Após 15 dias aparece uma reação linfonodal perilesional, bilateral, múltipla, sem sinais de necrose e indolor. Geralmente a lesão se localiza, no homem no sulco balano prepucial e nas mulheres nos pequenos lábios, podendo muitas vezes passar despercebida. As lesões são altamente infectantes e ricas em espiroquetas. Lesões extragenitais também podem ocorrem em língua, região anal e dedos. (MOREIRA, 2018).

Sífilis Secundária: Caracterizada pelo acometimento sistêmico, o segundo estágio da doença apresenta manifestações cutâneas exuberantes com maculas pápulas eritematosas branco acinzentadas, chamadas de roséola sifilítica. O acometimento da palma da mão é sugestivo. Alopecia em região occipitoparietal, poliadenomegalia generalizada, mialgia, artralgia, anorexia, meningismo, hepatoesplenomegalia, faringite representam outros sintomas que podem se manifestar nessa fase da doença. (MOREIRA, 2018).

Sífilis terciária: Podendo se manifestar de 10 a 20 anos após a primo-infecção a sífilis terciária, caracteriza-se pela destruição de tecidos moles: pele, cardiovascular, nervoso, músculo, fígado e também ossos, pelos granulomas ou gomas destrutivos com ausência quase total de treponemas.

Sífilis em gestantes: De acordo com Moreira (2018), sua transmissão ocorre da mesma maneira que a sífilis adquirida, ou seja, por via sexual. O agravante neste caso é a gestante ser acometida pela infecção, e a mesma não ser tratada ou ser tratada de maneira inadequada, ocorrendo o risco de contaminação vertical. O feto pode ser infectado por via transplacentária em qualquer fase da gestação ou pelo canal vaginal durante o parto.

Sífilis Congênita: No território brasileiro a sífilis congênita foi classificada como uma doença de notificação compulsória, dessa maneira, a sífilis congênita ocorre quando o T. pallidum através da disseminação sistêmica é transmitido para a criança quando a mãe não é tratada; quando esta é tratada de forma inadequada; por reinfecção; por via transplacentária; ou no momento do parto.

De acordo com Nascimento (2018), na fase aguda aumentam a chance de transmissão para o feto, em crianças até 2 anos diagnosticada, temos a sífilis congênita precoce, com as características clínicas: prematuridade, osteocondrite, anemia, hepatoesplenomegalia, alteração no sistema nervoso central, baixo peso, nariz em sela, icterícia, lesões muco-cutâneas, febre, rinite, trombocitopenia, meningite, palidez dentre outros sintomas.

Assim, em crianças maiores de dois anos, temos a sífilis congênita tardia com sintomas clínicos irreversíveis, como: tíbia em forma de lâmina de sabre, mandíbula curta, surdez,

fronte olímpica, dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, molares em amora, surdez causada por lesão neurológica dentre outros sintomas (BRASIL, 2015).

2.4 Sífilis em Gestantes

Segundo a OMS o número de mulheres grávidas com sífilis e até quatro vezes maiores em relação à gestante portadora do HIV. A sífilis pode trazer agravo a longo e curto prazo os principais agravos da sífilis durante o período gestacional é cegueira, surdez, deficiência mental, má formação fetal e até mesmo aborto. (ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, 2000).

Segundo Nonato; Melo; Guimarães (2013, p. 02), a sífilis congênita:

> É uma doença prevenível, desde que a gestante infectada seja diagnosticada e prontamente tratada, assim como seu(s) parceiro(s) sexual(is), sendo sua ocorrência indicativa de falhas na assistência pré-natal.1 A triagem sorológica no pré-natal é uma medida eficaz e o tratamento com penicilina é efetivo, barato e facilmente disponível.

A partir disso, é possível entender que o principal fator responsável pela elevada incidência da sífilis congênita em todo o mundo é a assistência pré-natal inadequada. É importante também mencionar o fato de que há falta de atendimento adequado nas unidades de saúde, pois alguns profissionais não realizam um bom atendimento às gestantes, muitas vezes são estigmatizadas e não voltam mais à unidade de saúde para realizar o tratamento recomendado.

A maioria das gestantes não realiza o teste para sífilis, e as que o fazem não são tratadas adequadamente ou sequer recebem tratamento. Aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao concepto, levando a resultados adversos como morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita.

Segundo Nonato; Melo; Guimarães (2013):

> O principal fator responsável pela elevada incidência da sífilis congênita em todo o mundo é a assistência pré-natal inadequada. Outros estudos também associam a doença, a pobreza, infecção pelo HIV, abuso de drogas e subutilização do sistema de saúde. 7 Os fatores de risco individuais incluem gestantes adolescentes, raça/cor não branca, baixa escolaridade, história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), história de sífilis em gestações anteriores, múltiplos parceiros e baixa renda.

Além da garantia do acesso ao serviço de saúde, a qualidade da assistência pré-natal e no momento do parto é determinante para a redução da incidência de sífilis congênita. A Triagem sorológica para sífilis no pré-natal ou mesmo na maternidade é importante, pois a mesma pode gerar uma infecção sintomática ou assintomática nos recém-nascidos. A maioria dos sintomas geralmente vai ocorrer nos três meses de vida. (BRASIL, 2007).

O reconhecimento na mulher pode ser feito antes mesmo da gestação, durante esta, no momento do parto, ou em uma ocasião futura em que ela compareça ao serviço de saúde. No caso da mulher que não há uma queixa específica, a triagem deve ser realizada da mesma forma.

Por isso a importância de um exame sorológico no pré-natal para a sífilis, com realização do VDRL na primeira consulta e, em sendo a mulher negativa no primeiro teste, a repetição deste do mesmo por volta da 28º semana, isso com a finalidade de prevenção da transmissão doa patologia da mãe para o feto, assim como para promoção à saúde da gestante. (BRASIL, 2006).

Conforme Lowdermilk (2012),todos os recém-nascidos de mães inadequadamente tratadas devem ser submetidos ao exame físico, VDRL, hemograma completo, estudo radiográfico de ossos longos e punção lombar para estudo do líquor. O tratamento do recém-nascido deve ser realizado quando o diagnóstico de sífilis congênita é confirmado ou suspeitado e quando a condição do tratamento materno é desconhecida ou pouco documentada.

Assim, o esquema terapêutico do recém-nascido depende dos achados clínicos, laboratoriais e radiográficos, e varia desde uma aplicação única de penicilina cristalina até esquemas com doses diárias de penicilina cristalina por dez dias (BRASIL, 2010).

De acordo com 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, consequentemente, da sífilis congênita, somente será possível quando a adoção de medidas mais efetivas de prevenção e controle foi sistematicamente aplicada.

Assim como já foi mencionado ao longo do presente estudo, vale reforçar a importância de 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.

2.3 Diagnóstico e Tratamento

Para diagnosticar os portadores da doença, tem-se a disposição técnicas diretas, que buscam identificar a bactéria ou partes dela, e técnicas indiretas, que buscam identificar respostas dos anticorpos do corpo do hospedeiro ao patógeno. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011) o diagnóstico pode ser clínico ou laboratorial, contudo durante as fases de latência a sífilis é assintomática e o diagnóstico é, portanto laboratorial. Não existe um teste ideal para o diagnóstico de sífilis, o treponema não cresce em cultura, sendo utilizado, portanto, ensaios imunológicos ou pesquisa direta.

A Organização Mundial de Saúde (2011), afirma que os testes podem ser divididos em: Testes não treponêmicos: o VDRL (laboratório de investigação de doenças venéreas) e RPR (reagínico sorológico rápido) são testes baratos, de alta sensibilidade e mais adequados para os estágios iniciais da doença. Contudo, estudos diversos mostram uma grande variação da confiança de resultados; Testes treponêmicos: incluem ensaios como hemaglutinaçao passiva TPHA, Imunofluorescência indireta FTA-Abs, ensaio imunoenzimatico ELISA, ensaio quimioluminescente ECLIA. São mais específicos, porém não permitem diferenciar entre o indivíduo tratado e o indivíduo não tratado.

De acordo com Moreira (2018), o teste rápido para sífilis é garantido pela rede de atenção à mulher, Cegonha do Ministério da Saúde, devendo ser aplicado por profissional qualificado para tal e com teste rápido para sífilis com registro vigente na Agencia Nacional de Vigilância a Saúde (ANVISA). No quadro a seguir mostra o tratamento da sífilis:

Quadro 01: Tratamento da sífilis

Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente **(até um ano de duração)**	**Recomendado:** Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). **Alternativa:** Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto para gestantes); • Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Sífilis latente tardia **(mais de um ano de duração)** ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	**Recomendado:** Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. **Alternativa:** Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto para gestantes); • Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurossífilis	**Recomendado:** Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

	Alternativa: Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias.

Fonte: Teixeira (2015, p. 34-36) *Informações organizadas pela autora.

Segundo Moreira (2018), os métodos para diagnosticar a infecção materna dependem da fase da doença. Sob essa ótica, o exame Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) deve ser solicitado no início da gestação e repetido no terceiro trimestre e momento do parto. Os dois primeiros exames são para garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e tratamento em tempo hábil, e o terceiro para o tratamento precoce da criança.

Todas as gestantes com sífilis devem ser referenciadas ao pré-natal de alto risco, sendo responsabilidade médica controlar seu acompanhamento, no entanto a equipe responsável pela gestante na ESF deverá dar continuidade a essa atenção. A gestante deve ser orientada pelo médico e enfermeira sobre o uso correto da medicação com o objetivo de prevenir possíveis consequências para mãe e filho.

Vale ressaltar que durante a gestação a penicilina é a única droga, com evidência científica, para o tratamento da sífilis. Para as gestantes que são alérgicas a penicilina devem ser encaminhadas para a dessensibilização. O diagnóstico e o tratamento da sífilis na gestante são importantes medidas de Saúde Pública, essenciais para o controle e prevenção da sífilis congênita. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm um papel fundamental na aplicação de medidas corretas para o controle da transmissão vertical da sífilis, com a realização de exames de rotina e redução de nascimentos prematuros, abortos e natimortos.

Segundo Moreira (2018), os fatores associados à sífilis congênita sugerem falhas na assistência pré-natal e indicam a necessidade de propor novas estratégias com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis. Por esta razão, tem que haver um fortalecimento da vigilância epidemiológica, para o monitoramento dos resultados do VDRL de gestantes no sistema de laboratórios, e abordagens integradas de prevenção da sífilis dando mais visibilidade à sífilis congênita, todavia um problema de Saúde Pública longe de ser eliminado.

Nesse sentido, é preciso que ocorram frequentes capacitações nas unidades de saúde, para que 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. E o mais importante, que não haja preconceito e estigma, a partir do atendimento até a parte final do tratamento.

Assim, 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. Ao profissional cabe o papel de mostrar as possibilidades, despertando o interesse e motivação necessária para a adoção de novas práticas. O profissional no pré-natal tem, pois, papel de destaque no controle da sífilis congênita por ter como pilar da sua assistência o cuidado, já que além de solicitar os exames da gestante, monitorar seu resultado e prescrever o tratamento conforme protocolo estabelecido tem a responsabilidade da notificação da doença na gestante e seguimento da mulher.

3. CONCLUSÃO

Verificou-se que a sífilis é uma doença infectocontagiosa, bem conhecida, de tratamento estabelecido e curativo quando realizado de forma adequada. Atualmente a epidemia em variadas partes do país mostra que ainda existe uma importante falha na abordagem dos pacientes dentro dessas condições.

Assim, é imprescindível a promoção da saúde educando a população, notificar de forma adequada, tratar de forma precisa é responsabilidade dos profissionais de saúde, contudo, o impacto dessas ações ainda parece atingir uma meta aquém do adequado.

Viu-se que a qualidade da assistência pré-natal é a principal causa do aumento de casos, com isso, é importante a qualidade do pré-natal e não somente a ampliação do acesso como estratégia de combate ao aumento dos casos de sífilis congênita. Uma observação importante é que a assistência de enfermeiros dentro do contexto de enfrentamento do problema da sífilis constituiu uma abordagem ainda pouco explorada.

Assim, os profissionais de saúde têm responsabilidades que vão além de suas atividades técnicas desenvolvidas diariamente. É fundamental defender os direitos do cidadão, do usuário do sistema de saúde e, dessa forma, defender a vida.

Diante do resultado do presente estudo, constatou-se que é imprescindível que haja um rastreamento dos problemas que interferem na qualidade da assistência pré-natal. É necessário que o profissional que presta assistência direta à gestante preocupe-se em conhecer e também formular questionamentos sobre as estratégias para prevenção e controle da sífilis materna e consequente infecção do concepto.

Em suma, à assistência à saúde materna e neonatal, deve ser uma constante preocupação dos profissionais que lidam direta e indiretamente com a sífilis congênita. O conhecimento das políticas públicas e protocolos vigentes para o manejo clínico da doença não são fatores isolados para garantir a qualidade da assistência, mas uma atenção pré-natal que contemple os

diversos aspectos envolvidos nessa assistência e que dizem respeito ao contexto onde essa assistência se desenvolve e às pessoas a ela relacionadas.

4. REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. **Sífilis:** diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia. *Rio de Janeiro, v.81, n.2, p.111-126,* 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. 2014.

DORADO, J.S., ARELLANO, E.R., PICHARDO, A.R., EZCURRA, M.A.M. **Infecciones por treponemas. S**ífilis. Medicine. 11(51):2993-3002, 2014.

ERRANTE, P.R. **Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação**. Revisão de Literatura. Revista UNILUS Ensino e Pesquisav. 13, n. 31, p. 120-126, 2016.

LAZARINI FM. BARBOSA DA. **Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis.**Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02845.pdf. Acesso em: 18 de Ago, 2019.

MAGALHÃES, DMS; KAWAGUCHI, IAL; DIAS, A; CALDERON, IMP. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.** Com. Ciências Saúde - 22 Sup1:S43-S54, 2011.http://www.ufjf.br/farmacia/files/2015/04/TCC-Luis-Felipe-de-Ara%C3%BAjo-Nascimento.pdf. Acesso em: 18 de Ago, 2019.

MENTA, S. A. **Qualidade de vida de idosos asilados. 2003 114 f.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

MOREIRA, EDUARDO GUIMARÃES DE A. **Sífilis durante a gestação e sífilis congênita em Betim e na unidade básica de campos Elíseos:** uma proposta de intervenção para diagnóstico precoce e tratamento adequado. 56 f. 2018. (Trabalho de Conclusão de Curso) Apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/EDUARDO-GUIMARAES-ARAUJO-MOREIRA.pdf. Acesso em: 18 de Ago, 2019.

MIGNONI, K**. O espaço de intervenção do serviço social no contexto do HIV/AIDS no hospital universitário UFSC.** Universidade Federal de Santa Catarina Centro Socioeconômico Departamento de Serviço Social, 2004.

MINAYO, M, C, S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2.ed., São Paulo: Hucitec/Abrasco. 2000.

NASCIMENTO, Luis Felipe de A. **Atenção Farmacêutica na Sífilis. (**Trabalho de Conclusão de Curso) 48 f. 2018. Apresentado à Faculdade de Farmácia, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Disponível em:

OLIVEIRA, Jamile Souza; SANTOS, Jéssica.Vasconselos. **Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013**. **Rev.** Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2019.

PASSOS, M.R.L, NAHN JUNIOR, E.P, ALMEIDA FILHO, G.L. **Sífilis adquirida.** In: Passos MRL. Dessetologia, DST. 5a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 189-213.

PASSOS, M.R.L, NAHN JUNIOR, E.P, ALMEIDA FILHO, G.L**. Sífilis adquirida.** In: Passos MRL. Dessetologia, DST. 5 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p. 189-213.

PRADO, Luciane Kantorski. **Aids no interior da família - percepção, silêncio e segredo na convivência social.** Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil 2004.

RODRIGUES FILHO, J.; COSTA, W. da.; LENO, G. M. L. **Determinantes de utilização de cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no estado da Paraíba, Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 1994.

SARKISIAN, S.A.; BRILLHART, D.An Emergency Department Presentation of Secondary Syphilis.***Military Medicine***, *Oxford*, v. 0, n.0, p.1-2, 2018.

SOROA R.M, PUENTE R.Z, SOLERA O.C., COOB R.T. Manejo de la Sífilis em Atención Primária. **FMC**. 24(1):5-11, 2017.

SILVA, C, F. **Famílias vivendo com HIV/AIDS em Campo Grande: estratégias de enfrentamento, apoio social e qualidade de vida.** Universidade Católica Dom Bosco-Mestrado em Psicologia. Campo Grande 2005.

STEPHANINI, I. C. **Atualizações em Qualidade de Vida e Trabalho**. In: Guimarães, L. A. M.;Grubits, S. (Orgs.). Série Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.2, pp. 209-217(2004).

VIEIRA, V, M. **Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença.** Revista Brasileira de enfermagem. Rio de Janeiro 2013;

TEXEIRA,Mariana A. **Ações de controle da sífilis em gestantes na estratégia saúde da família na cidade de nova Iguaçu/RJ**. (Trabalho de Conclusão de curso) 18f. 2015. Universidade Aberta do SUS. Rio de janeiro. Disponível em:Mariana%20Ataide%20Teixeira%20(1).pdf. Acesso em: 18 de Ago, 2019.