



Revista da Universidade Vale do Rio Verde
ISSN: 1517-0276 / EISSN: 2236-5362
v. 17 | n. 1 | Ano 2017

Maria Luiza do Amaral Henrique Sabatini Peres

Centro Universitário Internacional - UNINTER
marialuiza.peres@hotmail.com

Wellington Fernando da Silva Ferreira

Centro Universitário Campos de Andrade -
UNIANDRADE
wellingtonferreira42@gmail.com

Elia Machado de Oliveira

elia561@hotmail.com

SÍFILIS CONGÊNITA: UMA PROBLEMÁTICA EM SAÚDE PÚBLICA

RESUMO

A compreensão acerca da sífilis congênita, e o porquê dela ter se tornado um problema de saúde pública a nível mundial, desvendar aspectos da prevenção, tratamento e complicações que a sífilis pode apresentar durante a gravidez é necessário para maior efetividade no campo da saúde. O presente estudo objetivava-se identificar esclarecimentos acerca do tratamento da sífilis, bem como as complicações causadas a mãe e ao feto através da contaminação durante o período gestacional. Metodologicamente optou-se por um estudo de revisão bibliográfico, transversal, exploratório, com abordagem qualitativa, realizou-se a busca de estudos em periódicos nacionais, publicados entre os anos 2013 ao primeiro semestre de 2017. Nota-se que ao longo dos anos o número de notificações de óbitos no Brasil de crianças com até um ano de idade ocasionados por complicações causadas pela doença, cresceu de maneira alarmante, demonstrando clara falha no combate à doença, a falta de educação em saúde dos portadores dessa bactéria, grave problema para o tratamento, encontrando-se em prejuízo a saúde pública mundial. Existe uma urgência através de campanhas esclarecedoras sobre a doença, enfatizando de forma clara as consequências resultantes dessa doença, bem como sua falta de tratamento ou tratamento inadequado durante o período gestacional, salientando que pode provocar a morte prematura do feto, ou causando muitas sequelas em seus sobreviventes. Portanto, conclui-se: que a melhor forma de prevenir a sífilis congênita é a realização do pré-natal, a busca ativa, sempre que possível, pela mãe que negligência o pré-natal a fim de evitar danos futuros a saúde do recém-nascido e de seus genitores.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Gestante; Transmissão Vertical; Saúde pública.

CONGENITAL SYPHILIS: PROBLEM IN PUBLIC HEALTH

ABSTRACT

An understanding of congenital syphilis and why it has become a public health problem worldwide, reveals the prevention, treatment and complications that syphilis can present during pregnancy is necessary for greater health effectiveness. To objective identify clarifications about the treatment of syphilis, as well as complications caused to the mother and to reach through the contamination during the gestational period. Methodology this is a cross-sectional, exploratory, qualitative study of bibliographic review. The study was carried out in the national journals, published between 2013 and the first half of 2017. It is noted that over the years, the number of reports of non-Brazilian deaths of children up to one year of age due to complications caused by illness, has increased alarmingly, showing a clear failure to combat the disease, lack of education in health of the carriers of the bacteria, a serious problem for the treatment, and it is in detriment to the world public health. There is an urgency through enlightening campaigns about a disease, emphasizing clearly as

consequences resulting from the disease, as well as its lack of treatment or inadequate treatment during the gestational period, stressing that it can lead to premature death of the fetus, or causing many sequels in their survivors. The best way to prevent congenital syphilis is to perform prenatal care correctly, the active search, whenever possible, by the mother who neglects prenatal care in order to avoid future harm to the health of the newborn and his or her parents.

Keywords: Congenital syphilis; Pregnant; Vertical Transmission; Public health.

Recebido em: 03/07/2018 - Aprovado em: 02/04/2019 - Disponibilizado em: 15/07/2019

INTRODUÇÃO

A temática da sífilis congênita é constante no cenário da saúde pública, caracterizando-se relevante, contudo a mesma é de fácil detecção e de eficaz tratamento quando corretamente identificada, entretanto, ainda é danosa, com grande número de complicações perinatais, potencialmente evitáveis em seu extremo, o óbito fetal (LIMA, *et al.* 2013; CARVALHO e BRITO, 2014; ALMEIDA, *et al.* 2017).

Para tal, é durante o ciclo gravídico-puerperal, que a sífilis apresenta grande taxa de infecção de transmissão vertical, alternando-se entre 75% a 100%, em sua fase primária e secundária, e 30% em fases latente tardia e terciária da infecção materna, deste modo, poderá ocorrer aborto espontâneo, morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas de mães não tratadas (MAGALHÃES, *et al.* 2013; DAMASCENO, *et al.* 2014; NONATO, *et al.* 2015).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2008, aproximadamente 1,4 milhão de gestantes a nível global foram acometidas pela infecção da sífilis, e 80% tinham frequentado serviços que ofereciam assistência pré-natais. Dados a âmbito nacional traz a média de transmissão vertical ao redor de 25% (SONDA, *et al.* 2013;

BORBA, e TRAEBERT, 2014; FRANÇA, *et al.* 2015; CAVALCANTE e PEREIRA, 2017).

Contudo, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a prevenção, diagnóstico e tratamento a população com acesso garantido perante a constituição, que evidenciam políticas públicas de saúde, entre elas, as direcionadas às gestantes (FERREIRA, *et al.* 2017). Todavia, casos de sífilis congênita tem aumentado significativamente, culminando em óbitos, abortos e sequelas ao neonato (DOMINGUES, *et al.* 2013; BRITO e FERREIRA, 2016; LAFETÁ, *et al.* 2016).

Em linhas gerais, o pré-natal é de suma seriedade durante o processo gravídico, para a concretização da prevenção da transmissão vertical da sífilis, autores apontam que aproximadamente 30% dos profissionais desconhecem a necessidade de começar o tratamento imediato da gestante, solicitando ao parcerias sexuais mediante o exame/teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) método de identificação de sífilis, positivo antes da intervenção, a ausência de compreensão da necessidade da doença pelos parceiros, aliada a dificuldade dos profissionais de saúde em utilizar o esquema terapêutico é evidenciada em vários estudos, apontando-se ainda, os protocolos do Ministério da

Saúde (MS) não assimilada totalmente, causando erros e tratamentos inadequados aumentando o risco de desenvolver a sífilis congênita (COSTA, *et al.* 2013; CHAVES, *et al.* 2014; COOPER, *et al.* 2016; MOREIRA, *et al.* 2017).

Deste modo, outra complicação decorrente na temática é o desabastecimento nacional de penicilinas, pela falta de matéria-prima de produção a âmbito mundial, com a ausência de medicamento na aplicabilidade do esquema terapêutico haverá falhas no tratamento (CHAVES, *et al.* 2014; MOREIRA, *et al.* 2017).

Diante de tais problemáticas supracitadas tendo em vista o aumento dos casos nos últimos anos, demonstrado por dados epidemiológicos disponibilizados pelo MS, justifica-se a importância em compreender o processo que envolve a sífilis congênita. Desta forma, o presente estudo, objetivase, identificar estudos que demonstrem esclarecimentos acerca do tratamento da sífilis, bem como as complicações causadas a mãe e ao feto através da contaminação durante o período gestacional.

MÉTODOS

Trata-se, de uma revisão bibliográfica, transversal, exploratório, com abordagem qualitativa. Esse tipo de pesquisa objetiva desvendar, recolher e analisar principais contribuições teóricas (GALVÃO, *et al.* 2004; BOTELHO, *et al.* 2011).

Para obtenção dos artigos explorados, utilizou-se o descritor em ciências da saúde (DeCS): Sífilis Congênita; Saúde da Mulher; Bem-Estar da Criança, em português na Biblioteca Virtual de Saúde, e nas bases de dados *Medical Literature*

Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-America e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados de Enfermagem (Bdenf). Entre janeiro 2013 a junho de 2017, com idioma em português, e leis referente a temática em diferentes datas. O recorte temporal do estudo é justificado por possibilitar o acesso aos dados de recentes investigações. Após a seleção primária dos artigos, foram analisados os títulos e resumos, levando-se em conta os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão foram textos brasileiros, que fazem conjunção entre sífilis congênita e saúde pública. As categorias escolhidas para os estudos foram: 1. Base de dados; 2. Assunto principal; 3. Limites humanos; 4. País /Região; 5. Idioma; 6. Recorte temporal; 7. Amostra final. Como critérios de exclusão: Manuscritos quais não versaram sobre a sífilis congênita e que não tinham *open access*.

Contudo, alguns artigos não foram incluídos, devido à duplicidade encontrada nas diferentes bases consultadas. Dessa forma, na última fase de seleção, realizada a leitura integral de todos os artigos, a amostra final foi constituída por quatorze (24) artigos completos, além do embasamento de leis e decretos.

Os artigos receberam leitura exploratória e analítica, com a finalidade de identificar a validade do documento para o presente trabalho; em seguida, resumido as informações sobre o objeto de estudo para posteriormente, receberem uma leitura de característica interpretativa, com o problema proposto, foram considerados aspectos qualitativos, focando a saúde da mulher, criança e saúde pública, para discussões sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstram intercessão entre os aspectos do processo clínico da sífilis congênita. Foram classificados os artigos através do destaque relacionado à pesquisa, quais avaliados, dividindo-se, aspetos clínicos da patologia, aspectos da ciências biomédicas na dimensões da saúde da mulher e crianças, os estudos concentra-se em todas as regiões do país, Brasil.

Os achados obtidos através da pesquisa, apontam produções amplas na temática, em linhas gerais ressaltaram-se trabalhos científicos voltados a eixos fundamentais: comportamento da mulher; sexualidade conceitos; patologias e tratamento; políticas públicas de saúde; prevenção e promoção.

Sífilis e seu manejo histórico contemporâneo: do gente etiológico à legislação

A sífilis é classificada como patologia infectocontagiosa, conhecida popularmente por “cancro mole”, é causada pela bactéria “*Treponema Pallidum*” (TP), qual poderá desenvolver-se, em uma doença grave que se não diagnosticada e tratada precocemente, pode comprometer vários órgãos como olhos, pele, ossos, coração, cérebro e sistema nervoso, causando danos gravíssimos e muitas vezes irreversíveis a pessoa contaminada, pode apresentar vários sintomas clínicos e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária), e nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior (DOMINGUES, *et al.* 2013; BRITO e FERREIRA, 2016; LAFETÁ, *et al.* 2016).

A origem da patologia é sem clareza, porém a história traz em seu princípio da sífilis, qual doença é de origem Americana, que o navegador Cristóvão

Colombo, o responsável pela chegada na Europa, trouxera, ao continente, outra hipótese é que desde o século XV há informações ainda que a origem é antiga presente no “Velho Mundo”, no século XVI o seu agente etiológico sofreu algumas mutações tornando-se mais virulento, há relatos que Hipócrates na Grécia antiga documentou sua forma terciária (LIMA, *et al.* 2013; CARVALHO e BRITO, 2014; ALMEIDA, *et al.* 2017).

Contudo, o agente etiológico o TP, uma bactéria do filo espiroqueta, que possui duas espécies causadoras de doenças no homem, são elas, “*T pallidum*”, “*T carateum*”, com subespécies, “*TP endemicum*”, “*TP pertenuie*”. O TP é uma espiroqueta gram-negativa, com nucleóide no genoma, e não crescer em condições de cultura ‘*in vitro*’, vive em condições anaeróbica ou microaerófila, apresentando em sua membrana poucas proteínas, imune do hospedeiro, causando doença por anos e décadas, e o polipeptídios de sua membrana abundantes são lipoproteínas com características desconhecida, no processo de infecção sífilítica (MAGALHÃES, *et al.* 2013; DAMASCENO, *et al.* 2014; NONATO, *et al.* 2015).

A âmbito nacional, a transmissão vesical da sífilis, é evidenciado como um grande problema em saúde pública, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), revelaram que em média a taxa de detecção aparente seja de 3,3 casos a cada mil nascidos vivos, conforme características de cada região, aproximadamente a metade destas crianças são assintomáticas ao nascer, podendo desenvolver graves sequelas (BRAZ, *et al.* 2013; SILVA, *et al.* 2015; ALVES, *et al.* 2015; RAFFAELE, *et al.* 2017).

Para tal, é essencial o diagnóstico e tratamento, observado no pré-natal a sua probabilidade, contudo, políticas de prevenção da mortalidade materno infantil do “Pacto pela Saúde” do MS, propõe metas de diminuição da transmissão vertical da sífilis, através da Rede Cegonha (RC) garantindo oferta de teste rápido para triagem da sífilis no acolhimento, na primeira consulta da gestante na Unidade Básica de Saúde (UBS) (SOUSA, *et al.* 2013; TEIXEIRA, *et al.* 2015; BECKHAUSER, *et al.* 2017; FERREIRA, *et al.* 2017).

Desta forma, legislações caminham no mesmo linear da problemática, através de Portaria nº 3.161 de 27 de dezembro de 2011 qual dispõe sobre a administração da penicilina nas UBS, a âmbito do SUS; Portaria nº 3.243 de 30 de dezembro de 2011 qual dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para a triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações; Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012 dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, para atenção ao pré-natal para gestantes e sua (s) parceria (s) sexual (is); Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 institui no âmbito do SUS a “Rede Cegonha” (COSTA, *et al.* 2013; CHAVES, *et al.* 2014; COOPER, *et al.* 2016; MOREIRA, *et al.* 2017).

Compreendendo a patologia: transmissão da sífilis congênita sinais e sintomas

O TP recorrentemente é adquirido através do contato direto a ferida, seja, através da relação sexual vaginal, anal ou oral, no que tange a mulheres grávidas com sífilis, podem estas, transmiti-la para o

bebê, denominada está de “Sífilis congênita”, outras forma de transmissão é rara, pois é por via indireta, ou seja, transfusão sanguínea (MAGALHÃES, *et al.* 2013; DAMASCENO, *et al.* 2014; NONATO, *et al.* 2015).

Entretanto, a sífilis de origem congênita é decorrente da transmissão vertical, transmitida da mãe ao feto pelo meio da via placentária, ocorrendo a disseminação hematogênica do TP na gestante, que está na corrente sanguínea da mãe pela via placentária após 16 semanas de gestação ao feto (LIMA, *et al.* 2013; CARVALHO e BRITO, 2014; ALMEIDA, *et al.* 2017). Para tal, há a existência de fatores que culminam em probabilidade de transmissão, quais estão presente nas fases iniciais da infecção, entretanto, estarão circulantes e conseqüentemente alargando o risco ao feto, tais fatores podem acomete-los, com taxa de aproximadamente 70% a 100% na fase primária e secundária, e 40% na fase latente tardia (SONDA, *et al.* 2013; BORBA, e TRAEBERT, 2014; FRANÇA, *et al.* 2015; CAVALCANTE e PEREIRA, 2017).

Em decorrência do feto contaminado o risco maior de aborto espontâneo ou morte fetal é elevado, quando se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada de sífilis congênita precoce, e após sífilis congênita tardia (SOUSA, *et al.* 2013; BECKHAUSER, *et al.* 2017; FERREIRA, *et al.* 2017). Contudo, com a confirmação da doença na gestante, inicia-se o manejo de prevenção até o nascimento da criança, desenvolvendo cuidados impedindo as diversas manifestações cutâneas, ou no período de latência, e a evolução de lesões deformantes, destruição tecidual e cutaneomucoso além de manifestações como icterícia, generalizada, anemia e também graves sequelas neurológicas

(DOMINGUES, *et al.* 2013; TEIXEIRA, *et al.* 2015; BRITO e FERREIRA, 2016; LAFETÁ, *et al.* 2016).

Portanto, a sífilis gestacional necessita de intervenção imediata barrando a transmissão vertical, por isto, a necessidade da regularidade do pré-natal e do acompanhamento nas UBS, pois o SUS oferece gratuitamente diagnósticos rápidos e precisos para os cuidados com a gestante (BRAZ, *et al.* 2013; SILVA, *et al.* 2015; ALVES, *et al.* 2015; RAFFAELE, *et al.* 2017).

Para caracterizarmos a dinâmica da problemática e sua necessidade de debate, é importante salientar e agir nas determinadas fases, pois a sífilis primária secundária e terciária, trazem consigo sinais para o diagnósticos, e tratamento e sua resolutividade é de extrema importância (COSTA, *et al.* 2013; CHAVES, *et al.* 2014; COOPER, *et al.* 2016; MOREIRA, *et al.* 2017). Em linhas gerais, os sintomas e sinais da contaminação, é o aparecimento de lesões duras, nem sempre doloridas, “cancros”, que podem aparecer nos órgãos genitais, no colo do útero, no ânus, na pele, na gengiva, na palma das mãos e na planta dos pés, nesta fase a doença é chamada de sífilis primária, e, mesmo sem tratamento, essas lesões costumam desaparecer após quatro a seis semanas, mesmo sem o paciente ter percebido ou procurado tratamento e após esse período, há bactéria *TP* no organismo (MAGALHÃES, *et al.* 2013; DAMASCENO, *et al.* 2014; NONATO, *et al.* 2015).

De tal modo, a fase secundária ocorre até oito semanas após o aparecimento do cancro, a disseminação das bactérias da sífilis pelo corpo causa lesões muito, podem causar um pouco de prurido, sem fazer relevo na pele ou ainda formando bolhas

cheias de secreção purulenta, os sintomas são bem parecidos com os de um resfriado, vem acompanhado de febre, dores musculares, mal estar geral, dores de cabeça, inapetência e linfonodos aumentados, além disso, pode se manifestar através de manchas brancas dentro da boca (LIMA, *et al.* 2013; CARVALHO e BRITO, 2014; ALMEIDA, *et al.* 2017).

Cerca de 33% dos infectados que não trataram a sífilis na fase primária acabam desenvolvendo a secundária. E novamente os sintomas podem desaparecer sem qualquer tratamento e a bactéria se torna novamente inativa no organismo (DOMINGUES, *et al.* 2013; BRITO e FERREIRA, 2016; LAFETÁ, *et al.* 2016). Na fase latente, estágio onde a sífilis fica inativa e não há quaisquer sintomas, pode durar anos sem que o indivíduo manifeste qualquer sintoma, É dividida em sífilis latente recente (menos de um ano de infecção) e sífilis latente tardia (mais de um ano de infecção) (COSTA, *et al.* 2013; CHAVES, *et al.* 2014; COOPER, *et al.* 2016; MOREIRA, *et al.* 2017).

Existe a possibilidade que a doença fique inativa para sempre, sem nenhuma manifestação, porém, se ela se desenvolver para o estágio seguinte, pode causar um quadro muito grave, incluindo danos permanentes para a saúde do organismo até a morte (BRAZ, *et al.* 2013; SILVA, *et al.* 2015; ALVES, *et al.* 2015; RAFFAELE, *et al.* 2017).

O controle da sífilis congênita mais efetiva incide em proporcionar a toda gestante uma auxílio de pré-natal adequada com a captação precoce da gestante para o início do pré-natal, realização de sete consultas com atenção integral qualificada, teste rápido de sífilis no primeiro trimestre de gestação, busca ativa a partir dos testes reagentes,

tratamento e seguimento adequados da gestante e do (s) seu (s) parceiro (s), notificando casos de sífilis congênita (SOUSA, *et al.* 2013; TEIXEIRA, *et al.* 2015; BECKHAUSER, *et al.* 2017; FERREIRA, *et al.* 2017).

Portanto, 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 (SONDA, *et al.* 2013; BORBA e TRAEBERT, 2014; FRANÇA, *et al.* 2015; CAVALCANTE e PEREIRA, 2017).

Antes e durante a gravidez deve-se proporcionar orientações, elevando a promoção em saúde, educação e comunicação para as questões relacionadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), prática de sexo protegido, diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva, realização do VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar, consultas ginecológicas em geral de prevenção do câncer de colo do útero e de mama, culminando no tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros (MAGALHÃES, *et al.* 2013; DAMASCENO, *et al.* 2014; NONATO, *et al.* 2015).

**Especificando o diagnóstico e tratamento:
período pré-natal e pós-neonatal**

A patologia em sua especificação geral, traz medidas e tratamento de manejo, seu contexto histórico aponta, que em 1930 foi utilizado o Trióxido de arsênio pela medicina ocidental, primeiro quimioterápico eficaz contra a sífilis, em 1943, pesquisador Mahoney descobriu a Penicilina medicamento, interagindo nos estágios da sífilis

fazendo com que as lesões tivessem regressão por conta da resistência da sensibilidade do treponema (LIMA, *et al.* 2013; CARVALHO e BRITO, 2014; ALMEIDA, *et al.* 2017).

Contudo, a sífilis comumente é curável nos primeiros estágios, com injeção intramuscular de penicilina, doses suplementares necessárias somente para tratar pessoas com sífilis a mais de um ano, já para pessoas alérgicas opta-se por antibióticos alternativos substituindo a penicilina, entre eles, ceftriaxona e doxiciclina (DOMINGUES, *et al.* 2013; BRITO e FERREIRA, 2016; LAFETÁ, *et al.* 2016). Para pacientes que iniciaram o tratamento da sífilis recomenda-se, abster-se de ato sexual, até a feridas apresentar-se cicatrizadas e seus parceiros sexuais sejam alertados a testar-se e se necessário receber o tratamento, uma vez contaminado pela patologia, não significa imunidade, não a protege de contágios futuro (COSTA, *et al.* 2013; CHAVES, *et al.* 2014).

Deste modo, o tratamento completo do estágio da doença, com medicação de penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, com o parceiro tratado concomitantemente, gestantes alérgicas a penicilina, após o teste de sensibilidade, devem ser tratadas com eritromicina 500mg, por via oral de 6 em 6 horas durante 15 dias para a sífilis recente ou durante 30 dias para a sífilis tardia (COSTA, *et al.* 2013; CHAVES, *et al.* 2014; COOPER, *et al.* 2016; MOREIRA, *et al.* 2017).

As secretarias municipais de saúde constituem protocolos de tratamento padronizado para DST, que é recomendado para garantir que todos os pacientes ganhem tratamento adequado, e o MS deixa claro, a importância da realização precoce do diagnóstico da sífilis, tanto para as

gestantes como para outros portadores da patologia nas UBS (BRAZ, *et al.* 2013; SILVA, *et al.* 2015; ALVES, *et al.* 2015; RAFFAELE, *et al.* 2017). Portanto o diagnóstico é pela triagem realizada através de exames laboratoriais de sangue, líquido cefalorraquidiano e de imagens dos ossos longos, deve ser feita obrigatoriamente em todos os bebês recém nascidos cujas as mães tenham sido diagnosticadas com sífilis durante a gravidez, para que dessa forma com diagnóstico rápido possa ser possível controlar a doença e verificar se o desenvolvimento ficou com danos que precisam ser tratados devido à lesões causada pela sífilis congênita (SOUSA, *et al.* 2013; TEIXEIRA, *et al.* 2015; BECKHAUSER, *et al.* 2017).

Neste contexto o tratamento no período neonatal, é garantido a todos os recém nascidos, cujas mães tiveram sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, devem estas, realizar a triagem de exames pós natal: hemograma, radiografia de ossos longos, punção, sendo possível solicitar outros exames também quando necessário, após o diagnóstico realizado se confirmar reagente, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, para evitar as sequelas da doença ou minimizá-las (SONDA, *et al.* 2013; BORBA, e TRAEBERT, 2014; FRANÇA, *et al.* 2015; CAVALCANTE e PEREIRA, 2017).

Ocorrendo alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, no caso de mães que trataram de forma inadequada a sífilis, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/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 50.000 UI/Kg, dose

única diária, IM, durante 10 dias (MAGALHÃES, *et al.* 2013; DAMASCENO, *et al.* 2014; NONATO, *et al.* 2015).

Porém se houver alteração no líquido cefalorraquidiano, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina 6, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas durante 10 dias; agora se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou ligúricas, e a sorologia for negativa, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina 7 por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/Kg (LIMA, *et al.* 2013; CARVALHO e BRITO, 2014; ALMEIDA, *et al.* 2017).

O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento, ou seja, mesmo após o fim do tratamento o bebê só é liberado após realizar novos exames para confirmar a eficácia do tratamento (DOMINGUES, *et al.* 2013; BRITO e FERREIRA, 2016; LAFETÁ, *et al.* 2016). Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas, o tratamento consiste em realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este 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 (COOPER, *et al.* 2016; MOREIRA, *et al.* 2017).

Ocorrendo alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações no líquido cefalorraquidiano, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/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 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM,

durante 10 dias; porém se houver alteração no líquido cefalorraquidiano, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (COSTA, *et al.* 2013; CHAVES, *et al.* 2014; COOPER, *et al.* 2016; MOREIRA, *et al.* 2017).

Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido, se for assintomático e o VDRL não for reagente proceder apenas ao acompanhamento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir tal acompanhamento clínico, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg, agora se o recém-nascido for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente (BRAZ, *et al.* 2013; SILVA, *et al.* 2015; ALVES, *et al.* 2015; RAFFAELE, *et al.* 2017).

Na impossibilidade do acompanhamento clínico, investigar e se apresentar alterações no líquido cefalorraquidiano tratar com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias; se houver alterações no líquido cefalorraquidiano tratar com penicilina G cristalina 6, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas durante 10 dias (DOMINGUES, *et al.* 2013; BRITO e FERREIRA, 2016; LAFETÁ, *et al.* 2016). Já no acompanhamento clínico e laboratorial é fundamental, para a detecção de sinais clínicos, o pediatra na alta hospitalar deve esclarecer a mãe sobre as sequelas, principalmente surdez e déficit de

aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro (SOUSA, *et al.* 2013; TEIXEIRA, *et al.* 2015; BECKHAUSER, *et al.* 2017; FERREIRA, *et al.* 2017).

No período pós-neonatal (após 28º dia de vida), crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, realizando os exames de triagem para a sífilis. Havendo a confirmação do diagnóstico, o tratamento consiste em aplicações de penicilina G cristalina, deve ser de 4 em 4 horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas (SONDA, *et al.* 2013; BORBA, e TRAEBERT, 2014; FRANÇA, *et al.* 2015; CAVALCANTE e PEREIRA, 2017).

Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos, nos casos em que o líquido cefalorraquidiano mostrou-se alterado, deverá ser realizada uma reavaliação do líquido a cada 6 meses até a normalização do mesmo; alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento (LIMA, *et al.* 2013; CARVALHO e BRITO, 2014; ALMEIDA, *et al.* 2017).

Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos, em todas as crianças incluídas como caso de sífilis congênita deverão ser realizados exames neurológico, oftalmológico (fundo de olho) e audiológico (MAGALHÃES, *et al.* 2013; DAMASCENO, *et al.* 2014; NONATO, *et al.* 2015).

CONCLUSÃO

Aspectos de interfaces acerca da interpretação e dimensões da saúde da mulher e materno infantil, frente a patologia sífilis congênita na contemporaneidade foram alcançados, e seus resultados, através desta investigação apresentam relevância social, profissional e acadêmica.

A mobilização para a conscientização da importância da prevenção da sífilis é sem dúvidas a melhor maneira de enfrentá-la e evitar o sofrimento causado a tantas pessoas. Não existe outra forma mais eficaz de combate a essa doença do que ter relação sexual sempre utilizando preservativo, que além de prevenir contra a sífilis, auxilia na prevenção de todas as outras doenças sexualmente transmissíveis.

Nesse aspecto, é importante conscientizar os jovens em início da vida sexual para a importância do preservativo. O diálogo claro é importante para esclarecer todas as dúvidas, já que a sífilis é uma doença extremamente contagiosa e que pode levar a morte. Por ser uma doença que não apresenta sintomas nos estágios iniciais e no último estágio apresenta sintomas graves, a sífilis deve ser diagnosticada o mais cedo possível, é muito importante o início precoce do tratamento, bem como concluí-lo, a fim de evitar sequelas ou sequelas mais graves.

Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravido-puerperal, a sífilis é a que tem maior taxa de transmissão, após confirmado o diagnóstico obtido através da triagem pré-natal, o tratamento deverá ser iniciado imediatamente para a gestante e seu parceiro, bem como o esclarecimento acerca sobre as sequelas para o recém-nascido principalmente surdez e déficit de

aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro. A gestante e seu parceiro deverão ser informados quanto aos riscos de abortamento ou nascimento prematuro causado pela doença, e da importância que o tratamento adequado possui para o sucesso da gestação e a cura de ambos.

A melhor forma de prevenir a sífilis congênita é a realização correta do pré-natal, a busca ativa, sempre que possível, pela mãe que negligência o pré-natal a fim de evitar danos futuros a saúde do recém-nascido e de seus genitores. Evitar as sequelas no recém-nascido através do diagnóstico e tratamento precoce, bem como o acompanhamento após o final do tratamento, a fim de evitar uma nova manifestação da doença.

Não existe segredo, existe prevenção e quando essa já não é possível, existe tratamento precoce e adequado. Uma doença de prevenção tão acessível e de baixo custo deveria já estar exterminada no âmbito da saúde pública mundial.

Mesmo com relatos do crescimento do alento a problemática, evidencia-se a necessidade da realização de novos estudos a fim de investigar analisar, dada modo a recomendar reflexões as profissionais da saúde e sociedade apresentarem à realidade das diversas regiões do Brasil e exterior.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Andreza Valgueiro et al. Assistência de enfermagem na prevenção e tratamento da sífilis congênita. Revista Saúde-UNG, v. 10, n. 1 ESP, p. 30, 2017.

BECKHAUSER, Daniela et al. O impacto da implantação do protocolo regional de atenção ao pré-natal e puerpério da serra catarinense na redução dos casos de sífilis congênita no município de são joaquim/sc. Revista UNIPLAC, v. 5, n. 1, 2017.

- BORBA, Karoline Bunn; TRAEBERT, Jefferson. Carga de doença por sífilis congênita em Santa Catarina, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 4, p. 761-766, 2014.
- BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
- BRASIL. Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012—dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e sua (s) parceria (s) sexual (is).
- BRASIL. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/ Ministério da Saúde, 8. Ed. rev –Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- BRASIL. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011—Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS –a Rede Cegonha.
- BRASIL. Portaria nº 3.161 de 27 de dezembro de 2011—dispõe sobre a administração da Penicilina nas Unidades Básicas de Saúde –UBS, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL. Portaria nº 3.242 de 30 de dezembro de 2011—dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para a triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.
- BRASIL. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Testes de Sensibilidade à Penicilina -Manual –Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Bases Técnicas para a eliminação da sífilis congênita –Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- BRAZ, Rui Moreira et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, v. 37, n. 99, p. 554-562, 2013.
- BRITO, Rosineide Santana; DE OLIVEIRA FERREIRA, Adriana Karla. Prevenção da sífilis congênita em um município do Rio Grande do Norte. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 4, n. 1, 2016.
- CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.
- CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 2, p. 255-264, 2017.
- CHAVES, Jéssica et al. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. *Revista da AMRIGS [Internet]*, v. 58, n. 3, p. 187-92, 2014.
- 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.
- COSTA, Camila Chaves et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.
- DAMASCENO, Alessandra BA et al. Sífilis na gravidez. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 3, 2014.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.
- DOS SANTOS ALVES, Delma Pinheiro et al. Caracterização de gestantes em atendimento pré-natal DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2367>. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 13, n. 2, p. 630-638, 2015.
- FERREIRA, Verena Emmanuelle Soares et al. Avaliação de indicadores da assistência pré-natal com ênfase na prevenção e controle da sífilis congênita. *Sanare-revista de políticas públicas*, v. 16, 2017.
- FERREIRA, Wellington Fernando da Silva et al. Urgência e emergência nas dimensões da pessoa idosa: Sistema Manchester. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 11, n. 6, p. 283-293, 2017.
- FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 3, 2015.
- GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev. bras. epidemiol, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LIMA, Marina et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 2, 2013.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cadernos de Saúde Pública, p. 1109-1120, 2013.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. Cogitare enferm, v. 22, n. 2, p. e48949, 2017.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

RAFFAELE, Amanda Medeiros et al. As Principais Complicações Da Sífilis Congênita: Revisão Integrativa Da Literatura. Revista Saúde-UNG, v. 10, n. 1 ESP, p. 43, 2017.

SILVA, Tereza Cristina Araújo et al. Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 1, p. 174-182, 2015.

SONDA, Eduardo Chaida et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013.

SOUSA, Deise Maria Nascimento et al. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963, v. 8, n. 1, p. 160-165, 2013.

TEIXEIRA, Regiane Aparecida et al. Consulta de pré-natal de enfermagem: cuidado além dos aspectos fisiológicos DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2346>. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 13, n. 2, p. 508-520, 015.

Maria Luiza do Amaral Henrique Sabatini Peres
Enfermeira, Especialista em Saúde da Mulher

Wellington Fernando da Silva Ferreira
Enfermeiro, Especialista em Saúde do Idoso e Gerontologia

Elia Machado de Oliveira
Enfermeira, Mestre em Cirurgia; Especialista em Assistência de Enfermagem ao Paciente em Estado Crítico, Especialista em Comunicação Organizacional, Especialista em Auditoria de Serviços de Saúde
