

# COMPLICAÇÕES DA SÍFILIS NO PERÍODO GESTACIONAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

## COMPLICATIONS OF SYPHILIS IN THE PREGNANCY PERIOD: A LITERATURE REVIEW

Antonia Alcilane da Silva Siqueira<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente trabalho foi elaborado com a finalidade de analisar as implicações ocasionadas pela sífilis congênita. Inicialmente fez uma abordagem as Infecções Sexualmente Transmissível (IST), obtendo como foco principal a sífilis. Assim, enfatiza sobre essa patologia na gestação, apresentando os dados epidemiológicos da sífilis no período gestacional, bem como o diagnóstico, tratamento, consequências, sinais e sintomas vivenciados pela gestante, o papel da enfermagem na assistência as mulheres no pré-natal, parto e pós-parto. Por fim, descreve a importância de que a mulher gestante tenha conhecimento sobre as complicações gerais da sífilis na gestação. A pesquisa é de caráter descritivo e exploratório, sendo a investigação bibliográfica o principal instrumento de investigação. E por meio da pesquisa pode-se constatar que as implicações afetam gradativamente o bem-estar da criança quando não recebe atendimento adequado.

**Palavras - chave:** Sífilis Congênita. Complicações. Transmissão Vertical.

**Abstract:** The present work was elaborated with the purpose of analyzing the implications caused by the congenital syphilis. Initially, she made an approach on pregnancy, diagnosis and the procedure performed by nursing care in prenatal care. Subsequently, the third chapter focuses on Sexually Transmitted Diseases (STDs), with syphilis as its main focus. Thus, it emphasizes this pathology in gestation, presenting the epidemiological data of syphilis in the gestational period, as well as the diagnosis, treatment, consequences, signs and symptoms experienced by the pregnant woman, the role of nursing in assisting women in prenatal, post childbirth. Finally, it describes the importance of the pregnant woman being aware of the general complications of syphilis during pregnancy. The research is descriptive and exploratory, with bibliographic research being the main research instrument. And through the research it can be seen that the implications gradually affect the child's well-being when they do not receive adequate care.

**Keywords:** Congenital Syphilis. Complications. Vertical Transmission.

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pelo Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão - UNISULMA.  
E-mail: enfermeiraalcilane@hotmail.com

# Introdução

A sífilis é uma das Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum* que pode ser transmitida tanto por via sexual (sífilis adquirida), quanto de forma vertical (sífilis congênita), como também de forma indireta, ou seja, por objetos contaminados, e por transfusão sanguínea (BRASIL, 2015).

A sífilis congênita é uma questão de saúde pública, e uma das maiores preocupações em relação à sífilis na atualidade é quando esta é adquirida durante a gestação, especificadamente transmitida de mãe para filho. Além de contribuir com implicações irreversíveis como: aborto espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos a saúde do recém-nascido, que podem entoar em nível psicológico e social (CAMPOS et al., 2010).

Estima-se que 40% das mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária durante o período gestacional por falta de conhecimento ou desinteresse não realizam o tratamento contra sífilis, consequentemente coopera com a perda fetal entre outras implicações. E outro dado alarmante é que de 50% dos recém-nascidos, filhos de mães portadoras da sífilis, as mesmas não realizaram tratamento ou iniciaram o tratamento mais não concluíram todo processo de intervenção contra a infecção (BRASIL, 2015).

Por compreender que as mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis em muitos casos não realizam tratamento da infecção, surgiu o interesse de constituir o presente trabalho visando analisar as consequências dessa patologia, tanto para mãe como para a criança.

A escolha pelo tema surgiu durante a prática profissional, por perceber que continuamente par-turientes transmite a sífilis para seus filhos por não realizar o tratamento da infecção de forma adequada. Desse modo acredita que o presente trabalho tem como relevância social demonstrar para sociedade que a sífilis na gestação poderá acarretar danos à saúde da mulher gestante, bem como do bebê.

O trabalho tem como objetivos: analisar a percepção das gestantes sobre a sífilis congênita e suas complicações gerais através da transmissão vertical, identificar os principais agravos decorrentes da sífilis durante o período gestacional, averiguar o papel da assistência de enfermagem no enfrentamento da sífilis no período gestacional.

A estrutura organizacional do trabalho é composta elemento de divisão, o primeiro é a parte introdutória na qual apresenta o tema, os objetivos, a problemática, a justificativa e a metodologia.

O segundo capítulo aborda sobre as IST, obtendo como foco principal a sífilis. Assim, enfatiza sobre essa patologia na gestação, apresentando os dados epidemiológicos da sífilis no período gestacional, bem como o diagnóstico, tratamento, consequências, sinais e sintomas vivenciados pela gestante, o papel da enfermagem na assistência as mulheres no pré-natal, parto e pós-parto. Por fim, descreve a importância da mulher gestante ter conhecimento das complicações gerais da sífilis na gestação.

A pesquisa bibliográfica de caráter descritivo e exploratória foram os métodos e procedimentos utilizados durante a investigação. Por ser essenciais em fornecer informações favorecedoras na construção de um trabalho científico.

## Infecção Sexualmente Transmissível (IST)

As Infecção Sexualmente Transmissível (IST) são acarretadas por microrganismos tais como vírus, fungos, bactérias, e protozoários, sendo transmitidos por via sexual, quase que exclusivamente e, tal ocorrência, é de importância epidemiológica relevante. Neste sentido podemos salientar ainda o que afirmam Belda Jr., Shiratsu e Pinto (2009, p.151) no tocante às infecções sexualmente transmissíveis:

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou o total de 340 milhões de casos novos por ano de infecções sexualmente transmissíveis (IST) curáveis em todo o mundo, entre indivíduos com idade de 15 e 49 anos, 10 a 12 milhões desses casos no Brasil. Outros tantos milhões de IST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital, infecções pelo papilomavírus humano (HPV), hepatite B e infecção pelo HIV ocorrem anualmente (BELDA JR; SHIRATSU; PINTO, 2009, p. 151).

Esta é uma realidade bastante preocupante, devido o início da vida sexual estar cada vez mais precoce, aumentando os riscos de contração de alguma IST's, curável ou não, devido a ausência de trabalhos de prevenção e orientação quanto aos riscos da prática sexual sem proteção.

Segundo Santa Catarina (2006) dentre as IST'S bacterianas mais comuns estão a sífilis, a gonorreia e a clamídia, que são suscetíveis ao tratamento e cura mediante uso de antibiótico; E dentre as virais mais comuns estão as infecções causadas pelo HPV, hepatite B e herpes genital, que necessitam de uma abordagem terapêutica mais complexa, além da tricomoníase, na qual possuem tratamento fácil e cura.

Cabe ressaltar que uma importante forma de prevenção, não biomédica, para todas as IST's é o conhecimento sobre os sinais e sintomas delas e o uso de preservativo masculino ou feminino. Contudo, sabe-se que a maioria das IST's tem cura, mas para que ocorra de modo efetivo, seu diagnóstico e tratamento devem ser realizados de forma correta e prudente por profissionais da saúde (SANTA CATARINA, 2006).

## Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, seu principal modo de transmissão é por via sexual, porém existem outros modos de transmissão, que incluem: o contato direto com lesão ativa (ex: lesão cutânea da sífilis secundária); por via transplacentária; por transfusão sanguínea; ou por inoculação direta acidental (ex: acidente ocupacional após coleta de sangue de paciente infectado) (CONTRERAS; ZULUAGA; OCAMPO, 2008).

A sífilis é uma infecção crônica e infecciosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Para melhor compreender sobre sua especificação convém citar o que diz Yoko (2008, p.14):

A sífilis é uma infecção sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquiridas ou congênitas da infecção. O risco de infecção em um intercurso sexual é 60% nas lesões de cancro duro e condiloma plano.

Nota-se que sífilis é uma infecção que necessita de intervenção ativa para impedir que bactéria cause maiores danos à saúde do indivíduo. E seu período de incubação é de 21 dias, podendo chegar até 90 dias. E o desenvolvimento da sífilis varia de acordo com os períodos de latência e das características específicas apresentadas em cada fase da infecção, sendo estas fases: Sífilis Primária, Secundária e Terciária (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis primária se apresenta por uma lesão, o cancro duro, que surge no local da inoculação por volta de 3 semanas após a infecção. Em homens é mais presente no sulco balanoprepucial, prepúcio e meato uretral, já nas mulheres é mais comum nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino (CONTRERAS; ZULUAGA; OCAMPO, 2008).

No que concerne a sífilis secundária, esta se dá após 6-8 semanas de latência onde a infecção volta a se manifestar, desta vez o acometimento se localiza na pele e órgãos internos, de acordo com a distribuição do *T. pallidum* pelo corpo. Estas lesões surgem como surtos de forma simétrica sob a forma

de mácula eritematosa que duram por pouco tempo. Em seguida ocorrem novos surtos com o surgimento de lesões papulosas eritemato-acobreadas, arredondadas, de superfície plana, recoberta por leves escamas. Localiza-se principalmente nas regiões plantares e palmares, na face se localizam principalmente em torno da boca e nariz, na região inguinocrural, estas podem se tornar vegetantes e maceradas (ricas em treponemas contagiosos) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

E no que diz respeito à sífilis terciária, esta se caracteriza por lesões na pele e mucosas, no sistema cardiovascular e nervoso, podendo afetar qualquer órgão e produzir uma infecção clínica em 5-30 anos após a infecção inicial. Nessa fase, as lesões formam granulomas destrutivos com ausência de treponemas, elas são solitárias, endurecidas, assimétricas e com bordas bem marcadas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis terciária os sintomas começam a surgir após um período de latência que é de cerca de 3 a 30 anos. As lesões que surgem são: tegumentares (gomas, sífilides tuberosas, nodosidades justa-articulares), lesões viscerais (cardiovasculares e do sistema nervoso), lesões extrategumentares (oculares e ósseas) (KONOPKA, et. al., 2015).

## Sífilis e a gravidez

O Serviço de Vigilância Epidemiológica do Brasil considera como caso de sífilis na gestação, todos aqueles que possuem evidência clínica de sífilis, e/ou sorologia não treponêmica reagente, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico (BRASIL, 2008).

Durante a gestação, a infecção pode resultar em abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos entre outras problemáticas. Portanto é de fundamental importância que gestante seja submetida à triagem sorológica (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade (BRASIL, 2006, p. 10).

Na gestante a sífilis é uma infecção de notificação compulsória, desde que a vigilância epidemiológica publicou a Portaria 33/2005, apesar de tal feito, estima-se que apenas 32% de casos são notificados, por esse motivo, a sífilis tornou-se uma infecção de notificação compulsória no Brasil em 1986 (Portaria nº 542, de 22/12/86 – Ministério da Saúde) juntamente com a sífilis congênita (BRASIL, 2006).

Quando ocorre transmissão do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, é considerado caso de Sífilis Congênita. Pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da infecção materna. Os fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O risco de infecção fetal é maior nas fases iniciais da sífilis materna não tratada, declinando depois lentamente, mas a mãe pode infectar o feto durante pelo menos os primeiros 5 anos após sua infecção (PORTO, 2012).

A sífilis congênita possui dois períodos de divisão: a precoce (até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após segundo ano de vida). A maior parte dos casos de sífilis congênita precoce é assintomática (cerca de 70%), porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo sífilítico, condiloma plano, petéquias, púrpura, fissura peribucal), periostite, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e

meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (PORTO, 2012).

As manifestações de sífilis congênita precoce são frequentemente observadas no período perinatal, mas podem não se desenvolver até que a criança tenha recebido alta hospitalar. A infecção se assemelha a sífilis secundária do adulto, exceto pela erupção, que pode ser vesicular ou bolhosa. Frequentemente, a criança tem rinite, hepatoesplenomegalia, anemia hemolítica, icterícia e pseudoparalisia (imobilidade de uma ou duas extremidades) resultante da osteocondrite dolorosa. Pode ocorrer trombocitopenia e leucocitose (GOLDMAN; SCHAFFER, 2014). Referente a sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da infecção sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos.

## Epidemiologia da Sífilis no período gestacional

A sífilis é mais comum nas grandes cidades e em indivíduos jovens e sexualmente ativos. A maior taxa dá-se nos homens com idade entre 20 e 29 anos. Em 2008, 69% dos 3.141 municípios dos Estados Unidos não relataram nenhum caso de sífilis primária ou secundária e apenas 26 localidades foram responsáveis por cerca de 50% de todas as infecções relatadas. A infecção é mais prevalente no sudeste do país (GOLDMAN; SCHAFFER, 2014).

A incidência da sífilis em geral tem diminuído no mundo todo nos últimos 100 anos, com exceção dos períodos de guerra ou conturbações sociais. Com a introdução da penicilina, houve um rápido declínio da sífilis primária e secundária para aproximadamente quatro casos por 100.000 pessoas em 1957. Esse declínio foi seguido por reduções nos gastos federais para o controle da infecção, o que resultou no ressurgimento da sífilis primária e secundária nos Estados Unidos, atingindo picos de mais de 12 casos por 100.000 pessoas, várias vezes no período entre 1965 e meados da década de 1990. Como muitos casos não são relatados, a incidência real é muito maior (GOLDMAN; SCHAFFER, 2014).

Nos últimos 40 anos, epidemias de sífilis ocorreram de forma seriada em pelo menos três subgrupos da população dos Estados Unidos. Na década de 1970 e 1980, homens que tinham sexo com homens representaram uma parcela desproporcionalmente alta do total dos casos de sífilis. Ocorreram tendências similares em outros países. Assim, após um período de declínio, as taxas de sífilis nos Estados Unidos quase duplicaram de 1986 a 1990, sendo relatados 50.578 casos em 1990, em uma epidemia que afetou de forma desproporcional, homens e mulheres heterossexuais, multirraciais, e que ocorreu concomitantemente com uma epidemia de uso de crack.

Após 1990, a taxa de sífilis novamente declinou e, em 2001, foram relatados 6.103 casos de sífilis primária e secundária, um dos menores números desde 1959. A epidemia no final da década de 1980 provavelmente contribuiu para a disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e para o aumento dramático na taxa de sífilis congênita (GOLDMAN; SCHAFFER, 2014).

No Brasil, os casos notificados de sífilis atingiram 32%, sendo 17,4% destes na forma congênita. Nesses dados pode se observar a falta de qualidade nos serviços de assistência pré-natal e para o parto (CAMPOS, *et. al.*, 2010). Sua incidência foi considerada como um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pois esta é capaz de causar danos irreversíveis ao paciente, em nível neurológico, provocando a morte de grande parte dos bebês infectados (GOLDMAN; SCHAFFER, 2014).

O número de casos de sífilis em uma determinada cidade é um poderoso indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança, pois se trata de uma infecção na qual se dispõem de formas relativamente simples de prevenção, e se mesmo assim ocorre o contágio, nas fases iniciais o tratamento efetivo da gestante/puérpera é de baixo custo porém eficaz, se concomitantemente ao tratamento da mulher e da criança, também for tratado seu(s) parceiro(s) sexuais (OLIVEIRA, 2015, p. 13).

Já de acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil entre os anos de 1998 e 2012 foram notificados

80.041 casos de sífilis congênita em crianças menores de um ano de idade, os dados mostraram que 45,9% desses casos são da região Sudeste, no qual o estado do Rio de Janeiro apresentou em 2011, uma das maiores incidências (9,8 por mil nascidos vivos). Quanto aos óbitos notificados por sífilis congênita neste período, foi evidenciado 1780 casos no país. Desta forma:

Em 2008, foram registrados 6.651 casos de sífilis em gestantes, número bem abaixo do que se estima ser o número real. O estudo sentinela parturiente, realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde com uma amostra representativa de aproximadamente 20.000 parturientes de 15 a 49 anos de idade, encontrou um coeficiente de prevalência de 1.6% para sífilis, que significa a ocorrência estimada de cerca de 50 mil parturientes com sífilis e de 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita por ano. No entanto, no mesmo ano, 2004, foram notificados apenas 5.201 casos de sífilis congênita, números próximos dos 5.321 notificados no ano anterior e um pouco menor que os 5.506 notificados em 2008 (VILLELA; PINTO, 2010, p. 166).

Em 2013, foram registrados 21.382 casos de sífilis em gestantes em todo território brasileiro, foram diagnosticados e notificados 13.705 casos de sífilis congênita e 161 casos de óbito infantil por consequência da infecção. No mesmo ano, no estado do Maranhão foram registrados e notificados 367 casos de sífilis em gestantes, 251 casos notificados de sífilis congênita e 13 casos de óbito infantil como consequência (BRASIL, 2015).

## Diagnóstico

Os profissionais de saúde quando estão diante de um possível caso de IST geralmente usam um dos seguintes métodos diagnósticos:

Diagnóstico etiológico: utilização de testes laboratoriais para identificar o agente causador;  
Diagnóstico clínico: utilização da identificação de sinais e sintomas que possam caracterizar uma determinada IST; baseado na experiência pessoal de cada profissional (BRASIL, 2005, p. 28).

Para Villela e Pinto (2010) o diagnóstico da sífilis na mulher pode ser feito antes da gestação, durante o período gestacional, no momento do parto, ou em uma oportunidade posterior em que ela se apresente ao serviço de saúde. Em não acontecendo uma demanda espontânea da mulher com uma queixa específica, a triagem sorológica está indicada, e uma revisão sistemática para diagnóstico e tratamentos anteriores, inclusive dos parceiros, deve ser feita. Assim:

O diagnóstico de sífilis na gestação é fácil e barato, e o tratamento também. Assim, pode-se assumir que a triagem sorológica da sífilis na gestação e seu tratamento adequado são indicadores sensíveis da qualidade da atenção pré-natal (VILLELA; PINTO, 2010, p. 166).

Para Mascolo (2008, p. 9) os testes sorológicos mais utilizados para se diagnosticar a infecção por sífilis, estes podem ser divididos em:

-Testes não-treponêmicos: VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasma Reagin*), os quais possuem alta sensibilidade, mas pouca especificidade, podendo apresentar resultados falso-positivo em algumas situações;  
-Testes treponêmico: FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*), TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination*) e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*), usados como confirmatórios por serem mais sensíveis e específicos para a sífilis.

A realização do primeiro VDRL quanto à recomendação do Ministério da Saúde é de que o teste se realize no primeiro trimestre da gravidez, ainda na primeira consulta pré-natal, para propiciar o tratamento precocemente e, dessa maneira, minimizar os efeitos da infecção sobre o feto (BRASIL, 2015).

Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da sífilis, o Governo Federal do Brasil emitiu a Portaria No 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e inclui a utilização dos testes rápidos para triagem em situações especiais. O teste rápido tem metodologia treponêmica e pode ser utilizado em gestantes no âmbito da atenção básica, principalmente em locais sem infraestrutura laboratorial (BRASIL, 2011).

## Tratamento

Tão importante quanto diagnosticar e tratar o mais precocemente possível os portadores sintomáticos é realizar a detecção dos portadores assintomáticos. Entre as estratégias que poderão suprir essa importante lacuna está o rastreamento de IST assintomáticas, especialmente sífilis, gonorreia e clamídia em gestantes e/ou adolescentes, em serviços que executam atendimento ginecológico, em especial os de planejamento familiar, de pré-natal e os serviços de prevenção do câncer ginecológico (BRASIL, 2005).

O *Treponema pallidum* é um dos micro-organismos mais sensíveis à penicilina, desaparecendo as lesões em 12-18 horas após sua administração sistêmica. O tratamento consiste basicamente no uso de antibióticos eficazes para combater a sífilis. A opção de antibiótico recai sobre a penicilina. A dosagem e a aplicação (em um músculo ou em uma veia) dependem do estágio da sífilis. Também pode-se utilizar doxiciclina como um tratamento alternativo em indivíduos que são alérgicos à penicilina (SOUZA *et al.*, 2014).

Uma vez que a gestante é diagnosticada com sífilis, o tratamento preconizado é a penicilina benzatina, sendo o único fármaco capaz de prevenir a transmissão vertical desde a sua descoberta, nos anos 1950. Seu custo e efetividade são inquestionáveis; assim, o tratamento com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina é considerado inadequado. Outras situações também se incluem nesta condição, tais como: tratamento incompleto, mesmo que tenha utilizado penicilina; tratamento inadequado para a fase da infecção e o instituído no prazo de até trinta dias antes do parto, além do parceiro não tratado ou tratado inadequadamente (SOUZA *et al.*, 2014).

Depois da sífilis ser diagnosticada na gestação, o Ministério da Saúde preconiza como tratamento para a gestante o uso de penicilina, conforme estágio da infecção:

- Primária: uma dose única de Penicilina G Benzatina Intramuscular (IM), com 2,4 milhões de unidades (1,2 milhões em cada glúteo);
- Secundária e latente recente (assintomática com menos de um ano de evolução): duas doses de Penicilina G Benzatina IM com 2,4 milhões de unidades (1,2 milhões em cada glúteo), com intervalo de 7 dias entre as doses. Total de 4,8 milhões de unidades;
- Latente tardia e terciária: três doses de Penicilina G Benzatina IM, cada dose com 2,4 milhões de unidades (1,2 milhões em cada glúteo) e com intervalo de 7 dias. Total de 7,2 milhões de unidades (BRASIL, 2006, p. 37-38).

A sífilis é o exemplo de uma IST que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de teste diagnóstico sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, continua como sério problema de saúde pública no Brasil. (BRASIL, 2006).

Para que haja total eficácia no tratamento o portador deve fazer acompanhamento através de exames de sangue de acompanhamento após 3, 6, 12 e 24 meses para garantir que não há mais infecção. A atividade sexual deve ser evitada até que o segundo exame mostre que a infecção foi curada. A sífilis é extremamente contagiosa por meio do contato sexual nos estágios primário e secundário (SOUZA, *et al.*, 2014).

## Papel da enfermagem

O enfermeiro tem papel fundamental no tratamento de pacientes com sífilis, por esse motivo deve compreender todos os métodos de tratamento e ação dos fármacos. Reconhecer as possíveis alterações no sistema imunológico do paciente, pois cada paciente responde de uma forma ao tratamento. Para isso o profissional deve oferecer uma implementação e operacionalização que busca visar a sistematização do cuidado individual com o paciente. Agir com atenção e cuidado durante os procedimentos invasivos (BRASIL, 2005).

A assistência às IST deve ser realizada de forma integrada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência regionalizados. O primeiro, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, enquanto as UBS e os últimos devem exercer um papel fundamental no tratamento adequado e seguimento clínico (SOUZA et al., 2014).

Os princípios básicos para atenção às IST, como em qualquer processo de controle de epidemias são os seguintes:

Interromper a cadeia de transmissão: atuando objetivamente nos “elos” que formam essa corrente, ou seja, detectando precocemente os casos, tratando os infectados, e seus parceiros, adequada e oportunamente.

Prevenir novas ocorrências: por meio de aconselhamento específico, durante o qual as orientações sejam discutidas conjuntamente, favorecendo a compreensão e o seguimento das prescrições, contribuindo, assim, de forma mais efetiva, para a adoção de práticas sexuais mais seguras (BRASIL, 2005, p. 12).

O atendimento de pacientes com IST tem algumas particularidades, deve visar a interromper a cadeia de transmissão de forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, a evitar as complicações advindas da(s) IST em questão, e a cessação imediata dos sintomas (BRASIL, 2011).

O objetivo desse atendimento é tentar prover, em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. Não há impedimento para que exames laboratoriais sejam colhidos ou oferecidos. A conduta, no entanto, não deverá depender de demorados processos de realização e/ou interpretação dos exames. Não se quer dizer com isto que o laboratório seja dispensável, ao contrário, tem seu papel aumentado principalmente em unidades de saúde de maior complexidade, que servirão como fontes para a definição do perfil epidemiológico das diferentes IST e de sua sensibilidade aos medicamentos preconizados (SOUZA et al., 2014).

No atendimento motivado por IST, os profissionais de saúde deverão incluir o exame clínico-genital minucioso que contemple a busca de outras IST, educação para redução de riscos, orientação sobre cuidados higiênicos, oferecimento do teste de sífilis, hepatite Beanti-HIV, aconselhamento, estímulo à adesão ao tratamento, promoção do uso de preservativos, busca de parceiros sexuais e a notificação do caso. Sempre que possível, deverá ser feita a pesquisa e a observação de achados que possam identificar outras infecções, por meio de: inspeção geral, controle de pressão arterial, palpação de mamas, toque retal; a citologia oncológica de colo de útero deverá ser realizada quando houver indicação e por ocasião do retorno da paciente (SIMOURA et al., 2010).

As atividades de aconselhamento das pessoas com IST e seus parceiros durante o atendimento são fundamentais, no sentido de buscar que os indivíduos percebam a necessidade de maior cuidado, protegendo a si e a seus parceiros, prevenindo assim a ocorrência de novos episódios. Deve-se sempre enfatizar a associação existente entre as IST's e a infecção pelo HIV. Deve-se, ainda, estimular a adesão ao tratamento, explicitando a existência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, também suscetíveis a graves complicações. A promoção e disponibilização de preservativos deve ser função de todos os serviços, desta forma, a assistência pode se constituir em um momento privilegiado de prevenção (BRASIL, 2005).

## Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida com base em pesquisa bibliográfica, por meio de estudo em fonte que possuem publicação sobre o tema em estudo: livros, revista, sites entre outros.

O universo das pesquisas são as duas últimas atualizações preconizadas pelo Ministério da Saúde, da Scielo entre outros artigos científicos que tenha o tempo máximo de 10 anos. A pesquisa investigação aconteceu entre os meses de janeiro a março de 2018.

Referente aos critérios de inclusão trata-se de livros, manuais de Saúde e revistas que abordam sobre complicações da sífilis no período gestacional e que possuíssem o tempo mínimo de 10 anos de publicação. A exclusão são materiais publicados que não deram ênfase sobre o tema ou que foram publicados antes do ano de 2013. Lakatos e Marconi (2001, p.3) descrevem a pesquisa bibliográfica da seguinte forma:

A pesquisa bibliográfica tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos de alguma forma, quer publicadas, quer gravadas.

Visto isso, a pesquisa busca a resolução de um problema/ hipótese por meio de referenciais teóricos publicados, bem como através das análises e discussões dos mesmos.

Quanto à abordagem adotada para o problema apontado por este trabalho, desenvolveu-se através do método descritivo, que se caracteriza pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas. “Como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas” (RICHARDSON, *et. al.*, 2007, p. 70).

A pesquisa exploratória também fez parte contexto, como favorecer na coleta de informações e na interpretação dos resultados. Desse modo, acredita-se que os métodos escolhidos foram suficientes e satisfatórios para construção do presente trabalho.

## Resultados e discussões

Devidas inúmeras complicações que a sífilis no período gestacional é ideal que a mulher quando adentra no período gestacional tenha conhecimentos dos elementos que podem prejudicar a sua saúde como também da criança. Por esse motivo o pré-natal torna-se fundamental nesse contexto, pois a comunicação entre a gestante e a equipe de enfermagem cria mecanismo de orientação, sendo de competência do profissional esclarecer dúvidas, sobretudo encorajar a mulher com sífilis a seguir o tratamento.

As intercorrências da sífilis na gestação podem ser evitadas quando a mulher recebe orientação, sendo essencial o profissional alertar sobre os perigos da infecção, para servir como impulso de interesse em realizar o tratamento de maneira adequada em tempo oportuno (SOUZA *et. al.*, 2014).

Convém ressaltar que os profissionais de enfermagem geralmente orientam sobre a sífilis quando a mulher é diagnóstica, ou seja, o exame quando é negativo os profissionais não se preocupam em prestar orientações, esquecem ou ignoram o fato de que, quanto mais informações a sociedade obtiver sobre as consequências desta infecção, aumenta a probabilidade da população adotar medida preventiva. Em outras palavras significa dizer que, a orientação precisa ser repassada às mulheres independente de ter ou não a infecção. “As atividades educativas devem priorizar os fatores de risco, as mudanças de comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas [...] no sentido de sensibilizá-los para que

percebiam a necessidade de maior cuidado” (SIMOURA *et al.*, 2010,p.11).

Ausência de informações é refletida no modo da sociedade encarar as consequências da infecção, pois o déficit de conhecimento ou até mesmo conceitos errados são fatores que colabora com alto índice do diagnóstico dessa infecção. Muitas desconhecem os sinais e sintomas, bem como a forma de transmissão. Além disso, os conhecimentos equivocados “se tornam altamente prejudiciais quando da tentativa de minimizar os casos da sífilis congênita, pois, sem o conhecimento da infecção e sua forma de transmissão, fica difícil o reconhecimento da importância da prevenção [...]” (SIMOURA *et al.*, 2010,p.13).

As mulheres gestantes precisam ter conhecimento sobre os perigos das IST's. A sífilis precisa ser um assunto abordado em palestras ou até mesmo na sala de espera nos dias das consultas de pré-natal, pois o papel da equipe de enfermagem é orientar, determinar cuidados e incentivar o público alvo a adotar as medidas preventivas, pois somente assim será possível diminuir o índice de casos de sífilis na gestação e pós-parto.

## Considerações Finais

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada por bactérias que causam manifestações clínicas em diferentes estágios. E quando a mulher é portadora da sífilis e adentra no período gestacional é fundamental que seja diagnosticado o quanto antes para realizar o tratamento para evitar que a criança em formação uterina contraia a infecção. Já que a sífilis pode ser transmitida por relação sexual ou por meio da transmissão congênita, ou seja, transferida da mãe para filho na gestação ou no momento do parto.

Embora que a gestante obtenha diagnóstico positivo de sífilis, por meio de um acompanhamento de pré-natal adequado, conseqüentemente ocorre o controle da sífilis congênita, evitando complicações como: aborto espontâneo, parto prematuro, má-formação do feto, surdez, deficiência mental ou até mesmo a morte da criança ao nascer.

É importante ressaltar que o tratamento não deve acontecer desordenamento, ou seja, exige-se o envolvimento do profissional de enfermagem na orientação e administração dos medicamentos, sendo a penicilina benzatina, a indicada nos casos da prevenção da transmissão da sífilis vertical. E para que os resultados sejam satisfatórios é indispensável o envolvimento do parceiro sexual, ou seja, não basta somente à mulher realizar o tratamento, já que ao realizar a prática sexual com o parceiro contaminado iniciará novamente todo processo de transmissão, na qual resultará em danos para saúde da criança.

A criança que é infectada com a sífilis congênita apresenta alguns sinais e sintomas que aparecem nos primeiros meses, como feridas no corpo, dentes deformados, problemas ósseos, surdez entre outras complicações. Desse modo, a melhor maneira de evitar que novas crianças vivenciem os danos causados pela sífilis é conscientizar as mulheres da importância de realizar o exame e, sobretudo, orientar sobre as consequências e meios preventivos.

Ausência de informações reflete ativamente na tomada de decisão do indivíduo. Portanto, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas abordando o mesmo tema em estudo, pois quando mais informações são construídas referentes ao assunto, aumenta a probabilidade das mulheres tornarem-se conscientes dos perigosos da sífilis e adotar medida de prevenção. Afinal, a melhor maneira de solucionar essa problemática é evitar que novas contaminações venham acontecer.

## Referências

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi. BOTTINO, Giuliana. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. 2006; 81 (2): 111-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acesso em: 09 ago 2021.

BELDA Jr, Walter. SHIRATSU, Ricardo. PINTO, Valdir. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **An Bras Dermatol**. 2009; 84 (2): 151-59. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/1\\_Abordagem\\_nas\\_Doenças\\_Sexualmente\\_Transmissiveis\\_2009.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/1_Abordagem_nas_Doenças_Sexualmente_Transmissiveis_2009.pdf). Acesso em: 09 ago 2021.

BRASIL, Secretaria da Vigilância em Saúde. **Plano Estratégico – Programa Nacional de IST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretária de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. 6 ed. Brasília 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de IST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controladoencomasexualmentetransmissiveis.pdf>. Acesso em: 09 de ago 2021.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de IST/AIDS. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6 ed. Brasília: Secretária de Vigilância Epidemiológica, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e AIDS. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**. Programa Nacional de IST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://www.ist.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20IST%20Brasil%20capitais\\_para\\_web.pdf](http://www.ist.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20IST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf). Acesso em: 09 ago 2021.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico - Sífilis, 2015**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/5-7978/\\_p\\_boletim\\_sifilis\\_2015\\_fechado\\_pdf\\_p\\_\\_18327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/5-7978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf). Acesso em: 09 ago 2021.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo. ARAÚJO, Maria Alix. MELO, Simone Paes de. GONÇALVES, Marcelo Luiz Carvalho. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle**. Cad. Saúde

Publica. 2010; 26(9):1747-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>. Acesso em: 09 de ago 2021.

CONTRERAS, Eduardo; ZULUAGA, Sandra Ximena; OCAMPO, Vanessa. **Sífilis: um grande imitador**. Infectio, Bogotá, n. 2, p.1-11, 02 abr 2008.

GOLDMAN, Lee. SCHAFFER, Andrew I. **Goldman Cecil Medicina**. Coordenação da Revisão e Adaptação à Realidade Brasileira: Milton de Arruda Martins, MD. Vol 1. 24º Ed. Editora Elsevier. 2014.

KONOPKA, Cristine Kolling. BERTOLDO, Nilton Gomes. TREVISAN, Kátia Biazus. NEME, Walter. Protocolo Clínico do Hospital Universitário de Santa Maria. **Sífilis e Gestação**. Hospital Universitário de Santa Maria. 2015. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/protocolos/clinicos/em-validacao/sifilis-e-gestacao.pdf>. Acesso em: 09 ago 2021.

LAKATOS, Eva Maria; DE ANDRADE MARCONI, Marina. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 2001.

MASCOLO, Nicole de Paula. **Perspectiva de Prevenção e Educação para Saúde no Cuidado do Lactente com Sífilis Congênita Recente**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72678/000670479.pdf>. Acesso em: 09 ago 2021.

OLIVEIRA, Adriana Sores de. Prevalência de Sífilis em Gestantes no Município do Rio de Janeiro entre 2007-2012: **Uma análise Epidemiológica**. (Apresentação de monografia ao Instituto A Vez do Mestre – Universidade Candido Mendes) Rio de Janeiro, 2015.

PORTO, Carla da Silva. **Saúde no Brasil: A Sífilis na Atualidade**. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1066/1/Carla%20da%20Silva%20Porto.pdf>. Acesso em: 09 ago 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 334 p

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. **Doenças Sexualmente Transmissíveis - IST**. - Florianópolis. SEA/DGAO, 2006.

SOUZA, Diego Floriano De. BRUNEL, Érica Berckenbrock. FERNADES, Priscila Regina. MILANEZ, Tamara C. Mezari. **Sífilis**. Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC. Criciúma, 2014. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgcEYAE/sifilis>. Acesso em: 09 ago 2021.

VILLELA, Wilza Vieira. PINTO, Valdir Monteiro. **Atenção às IST em mulheres**. Unidade de atenção às IST do Departamento de IST/Aids e Hepatites virais/MS, 2010. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/14\\_atencaoasISTemmulheres.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/14_atencaoasISTemmulheres.pdf). Acesso em: 09 ago 2021.

YOKO, Patrícia Ota. **Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC\\_2008\\_CFO\\_PDF/CD104%201%BA%20Ten%20Al%20YOKO%20PATRICIA%20OTA.pdf](http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD104%201%BA%20Ten%20Al%20YOKO%20PATRICIA%20OTA.pdf). Acesso em: 09 ago 2021.

Recebido em 04 de setembro de 2021

Aceito em 13 de dezembro de 2021