

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

NICOLE DE PAULA MASCOLO

**PERSPECTIVA DE PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO PARA SAÚDE NO CUIDADO DO
LACTENTE COM SÍFILIS CONGÊNITA RECENTE**

Porto Alegre

2008

NICOLE DE PAULA MASCOLO

**PERSPECTIVA DE PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO PARA SAÚDE NO CUIDADO DO
LACTENTE COM SÍFILIS CONGÊNITA RECENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito para
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Ms. Ivana de Souza Karl

Porto Alegre

2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha professora orientadora deste estudo, Profa. Ms. Ivana de Souza Karl, pela colaboração, dedicação, compreensão, atenção e amizade, e por isto ter tornado a realização deste mais simplificada.

RESUMO

A sífilis congênita é a DST mais grave depois da AIDS, pelo acometimento de um núcleo familiar inteiro. A doença é passível de ser erradicada e pode ser evitada com um pré-natal adequado, através de um diagnóstico precoce na gestação. Buscou-se nesta pesquisa conhecer os cuidados do lactente com sífilis congênita recente. A metodologia utilizada partiu da realização de uma pesquisa bibliográfica com base nas publicações existentes sobre o assunto nos últimos dez anos visando verificar o que há publicado. Realizou-se uma pesquisa *online* através do *site* BIREME nas bases de dados LILACS, *MEDLINE*, SciELO e BDENF. Dos resultados obtidos na busca foram selecionados nove estudos que mais corresponderam com o objetivo da pesquisa. Pode-se perceber que entre as produções científicas recentes, os principais focos de preocupação foram falhas de pré-natal, diagnóstico tardio e acometimento dos lactentes pela doença. Após a leitura e análise do material obtido, estes focos foram distribuídos de acordo com as áreas temáticas: pré-natal como prevenção e recém nascido com sífilis congênita. O estudo possibilitou demonstrar o quanto a realização de ações preventivas é importante, evidenciando o papel da enfermagem no contexto da educação em saúde.

Descritores: Sífilis Congênita, Cuidado do Lactente e Enfermagem Pediátrica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVO	7
3	REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1	Sífilis	8
3.2	Sífilis Congênita	10
4	METODOLOGIA	15
4.1	Tipo de Estudo	15
4.2	Fonte de Dados	15
4.3	Seleção do Material	17
4.4	Análise do Material	19
4.5	Aspectos Éticos	20
5	O CUIDADO DO LACTENTE COM SÍFILIS CONGÊNITA RECENTE	21
5.1	Pré-natal como Prevenção	21
5.2	Recém-nascido com Sífilis Congênita	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Durante a faculdade tive a oportunidade de passar por experiências diferenciadas. Os diversos campos de estágio por onde passei acrescentaram muito em minha vida, tanto no aspecto acadêmico quanto no pessoal e fizeram com que eu me questionasse sobre algumas das várias formas do “cuidar” em Enfermagem.

Além dos estágios obrigatórios cumpridos durante o curso, em abril de 2006 iniciei minha trajetória como estagiária na Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis (EVDT) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com término em março de 2008. Esta equipe é responsável pela vigilância epidemiológica dos agravos transmissíveis de notificação compulsória elencados em território nacional, estadual e municipal (PORTO ALEGRE, 2006), obrigatoriamente notificados por todos os serviços e profissionais de saúde.

Dentro da EVDT fazia parte do Núcleo de Doenças Transmissíveis Crônicas, o qual trabalha com doenças de evolução crônica como sífilis congênita, tuberculose, hanseníase, AIDS, entre outras (PORTO ALEGRE, 2006). O trabalho como estagiária constava basicamente nas seguintes atividades: investigação e notificação de casos de gestantes HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivo e crianças expostas, AIDS e sífilis congênita, inclusão dos dados das fichas de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entrevistas com pacientes e recepção destes, orientando-os sobre os encaminhamentos necessários e sobre cuidados com HIV, AIDS, tuberculose e outros agravos de notificação compulsória, qualificação dos dados das fichas de notificação através de cruzamento de banco de dados (Sistema de Informações de Nascidos Vivos, Sistema Informações sobre Mortalidade, Sistema de Informações Hospitalares, etc), visita aos serviços de saúde, revisão de prontuários hospitalares e ambulatoriais e elucidação de casos suspeitos ou expostos através de resultados laboratoriais.

O SINAN tem como objetivo

[...]coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo,

através de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007c, p. 5).

Estagiando nesta equipe percebi algumas diferenças entre o acompanhamento que se dá aos pacientes nos diferentes agravos. Por exemplo: nos casos de crianças expostas pelo vírus HIV, o acompanhamento se dá pela busca de dados laboratoriais, como teste de quantificação de carga viral e sorologia anti-HIV, sabendo-se então o desfecho do caso. Já nos casos de sífilis congênita, não ocorre esse acompanhamento, o que começou a me preocupar. Alguns agravos são mapeados e identificados e outros como a sífilis congênita somente é feita a notificação, não ocorrendo o mapeamento das crianças e suas mães. Portanto, existe uma lacuna sobre o desfecho da situação, ou seja, como a criança evoluiu.

Esta temática despertou o interesse pelo fato de não se saber como ocorre o cuidado aos lactentes diagnosticados com sífilis congênita recente, por acreditar que eles são ou deveriam ser acompanhados pela equipe de saúde.

A criança, em especial a portadora de sífilis congênita recente, devido as suas características peculiares de crescimento e desenvolvimento requer, dos membros da equipe de saúde que a atende, um conhecimento e cuidado especializado. Por considerar que o cuidado à criança nos seus primeiros anos de vida deve ser contínuo e de qualidade, no qual a criança e sua família devem ser acompanhadas por algum serviço de saúde, é que me proponho a estudar esse tema: os cuidados do lactente com sífilis congênita recente.

Sendo assim, justifica-se a realização deste estudo, no que se refere à elaboração dos cuidados do lactente com diagnóstico de sífilis congênita recente, ficando clara sua relevância, de que é necessário verificar o cuidado às crianças com diagnóstico de sífilis congênita, nos serviços de saúde, e assim subsidiar a equipe com referencial teórico.

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo descrever o que a literatura aborda sobre os cuidados do lactente com sífilis congênita recente na perspectiva da prevenção e educação para saúde no período de 1997 a 2007.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para entender a evolução da sífilis congênita recente na criança, faz-se necessária a revisão literária sobre o assunto e o contexto em que está inserido.

3.1 Sífilis

A sífilis adquirida é uma infecção sexualmente transmissível, causada pelo espiroqueta *Treponema pallidum*, que tem o homem como seu reservatório natural. Segundo Vernacchio (2005), seu período de incubação típico é de três semanas, porém há uma variação de nove a noventa dias. Pode ser considerada uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. De modo geral, existem três estágios da doença clinicamente reconhecíveis: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária (VERNACCHIO, 2005).

O primeiro estágio da sífilis se inicia com o aparecimento de uma ou mais lesões ulceradas, de fundo limpo, endurecidas e indolores, conhecidas como cancro duro, de 3 a 4 semanas após o contágio. Estes cancros se caracterizam como a porta de entrada do *T. pallidum* no organismo. Os cancros se localizam no local da inoculação, mais comumente a genitália, também aparecendo em ânus e boca. A linfadenopatia regional normalmente está presente. Após uma média de 3 semanas de aparecimento do cancro duro é que as provas sorológicas utilizadas para diagnóstico de sífilis tornam-se reagentes. Anticorpos são produzidos, porém não são suficientes para restringir a replicação do *T. pallidum* nem para proteger contra futura reinfecção, ocorrendo a progressão da doença para fases mais tardias (VERNACCHIO, 2005; DUARTE et al., 2006).

De 3 a 6 semanas em média após o aparecimento do cancro duro, muitas vezes após o desaparecimento deste, é que ocorre a sífilis secundária, em resposta à disseminação sistêmica do *T. pallidum*. Este estágio é caracterizado por exantema

polimorfo, generalizado, com lesões tegumentares maculopapulosas como roséolas e sífilides. Sintomas como dor de garganta, febre, cefaléia, linfadenopatia difusa, mialgias, artralgias, alopecia, condiloma plano e placas nas mucosas também podem surgir. Os sintomas desaparecem sem tratamento (VERNACCHIO, 2005; DUARTE et al., 2006).

Habitualmente após o desaparecimento dos sintomas do estágio secundário um período de latência se mantém por períodos de tempo variados. É a sífilis latente, período no qual há evidência sorológica de infecção sem nenhum sintoma visível (VERNACCHIO, 2005).

A sífilis terciária ocorre em média de 4 a 12 anos após a sífilis secundária, com o aparecimento de lesões cutâneas, ósseas e viscerais - como nódulos e gomas, manifestações cardiovasculares e nervosas (VERNACCHIO, 2005; DUARTE et al., 2006).

Em qualquer estágio da doença pode ocorrer a neurosífilis, que precocemente se manifesta como meningite e doença neurovascular, e tardiamente como demência, doença da coluna posterior da medula espinhal (*tabes dorsalis*) e convulsões (VERNACCHIO, 2005).

A sífilis (primária e secundária) teve aumento no período entre o final da década de 1980 e início da década de 1990, mas a partir daí tem declinado na maioria das regiões, exceto grandes áreas urbanas e do sul rural, com uma diminuição de 84% de 1990 a 1997. Os principais fatores contribuintes do aumento de casos tem sido o uso de *crack* e cocaína, a troca de drogas por sexo e múltiplos parceiros (GOMELLA, 2006).

Couto et al (2006) apresentam 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-positivos em algumas situações;

-Testes treponêmicos: 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 sífilis (COUTO et al, 2006, p. 323).

Depois de diagnosticada a sífilis na gestação, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) preconiza como tratamento para a gestante o uso da penicilina, conforme estágio da doença:

- 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, 2006a, p. 37-38).

Couto et al (2006) ainda apresentam o tratamento para:

- Neurossífilis: 2 a 4 milhões de unidades de Penicilina G Cristalina endovenosa (EV) a cada 4 horas durante 7 a 10 dias;
- Gestante com co-infecção pelo HIV: três doses de Penicilina G Benzatina IM, cada dose com 2,4 milhões de unidades, com intervalo de 7 dias (Couto et al, 2006, p. 325).

O tratamento inadequado para a gestante é

[...] todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento (PAZ et al, 2005, p. 447).

Além disso, o não tratamento do(s) parceiro(s) ou do tratamento inadequado dele(s) é fator responsável pelo tratamento inadequado à gestante (PAZ et al, 2005).

3.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita é conseqüente à infecção do feto pelo *T. pallidum*, por via transplacentária, em qualquer momento da gestação. Se houverem lesões no canal de parto a infecção também pode ser adquirida pelo neonato ao nascer. Sua ocorrência evidencia falhas nos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o

diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção desta forma da doença. A partir daí surge a definição sobre evento sentinela, que pode ser explicada como “algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente” (Penna, 2008. p. 126).

A taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) é elevada, estimada de 25% a 40% dos casos (BRASIL, 2005b; GOMELLA, 2006).

Reis (2005 apud Guiller, Dupas e Pettengill, 2007) define anomalia congênita como “uma condição determinada por fatores causais que atuam antes do nascimento, cuja expressão clínica inclui defeitos em um ou mais órgãos, que podem ser estruturais ou funcionais”. Reis (2005 apud Guiller, Dupas e Pettengill, 2007) explica ainda que, apesar do termo congênito significar que o defeito básico encontra-se ao nascer, nem sempre é possível demonstrá-lo em recém-nascidos, podendo se manifestar clinicamente mais tarde.

Para fins de notificação e acompanhamento, no início da década de 1990 foi aprovada pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) uma nova definição de caso de sífilis congênita, a qual incluiu como sífilis natimortos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, independente de sinais e sintomas presentes. Esta nova definição pode ter contribuído para o aumento da taxa de sífilis em mulheres e congênita. Entretanto, a incidência real de casos é prejudicada devido à subnotificação (BRASIL, 1994).

Segundo Paz et al (2005), para fins de notificação e vigilância epidemiológica, quatro critérios específicos compõem a definição de caso de sífilis congênita:

1. Toda criança, aborto (cujo término gestacional ocorreu até 22 semanas de gestação e/ou com peso menor ou igual a 500 gramas), ou natimorto (todo feto morto nascido após 22 semanas de gestação e/ou com peso maior que 500 gramas) de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação do VDRL, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
2. Todas as crianças com menos de 13 anos de idade com as evidências sorológicas como titulações de VDRL (teste não treponêmico) ascendentes e/ou VDRL reagente após seis meses de idade (excluindo-se a situação de seguimento terapêutico), além de testes treponêmicos (TPHA, FTA-abs, ELISA) reagentes após um ano e meio de idade e títulos em VDRL maiores que os da mãe. Deve-se

atentar para a possibilidade de sífilis adquirida na simples presença de evidência sorológica (possíveis casos de abuso sexual são constantemente observados);

3. Todas as crianças com menos de 13 anos de idade com evidência clínica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita e VDRL reagente;

4. Sempre que há presença do *T. pallidum* na placenta, cordão umbilical, amostra de lesão, biópsia ou necropsia da criança, aborto ou natimorto (Paz et al, 2005, p. 447).

Além dos fatores de risco já comentados anteriormente, para gestantes cita-se também: a ausência de pré-natal, história pregressa de doenças sexualmente transmissíveis, sorologia negativa durante o primeiro trimestre de gestação e não repetida no terceiro ou nenhum teste realizado, teste sorológico materno negativo no parto em uma gestante recém infectada pelo *T. pallidum*, mas que ainda não apresenta soroconversão em seu teste, atraso no tratamento da gestante na qual a sífilis é diagnosticada, falha no tratamento de gestante, baixo nível sócio-econômico e co-infecção pelo HIV associada (BRASIL, 1994; VERNACCHIO, 2005).

O quadro clínico da sífilis congênita é variável, de acordo com alguns fatores: o tempo de exposição fetal ao treponema (duração da gestação com sífilis sem tratamento), a carga treponêmica materna, a virulência do treponema, o tratamento da infecção materna, a co-infecção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência, fatores que poderão acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como sífilis congênita “sintomática” ou “assintomática” ao nascimento (BRASIL, 2005c).

Quanto ao quadro clínico, a sífilis congênita tem sido dividida em sífilis congênita recente (precoce) e sífilis congênita tardia (BRASIL, 2005c).

Na sífilis congênita recente os sinais e sintomas surgem nos dois primeiros anos de vida, mas tornam-se evidentes entre o nascimento e o terceiro mês (comumente, nas cinco primeiras semanas). Metade de todas as crianças nasce assintomática ou com sinais discretos. Os principais sinais são prematuridade, baixo peso, rinite com coriza serossanguinolenta, obstrução nasal, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro rouco e ao manuseio, hepatoesplenomegalia, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, hidropisia, edema, pseudoparalisia dos membros – paralisia de Parrot, fissura orificial, condiloma plano, pênfigo sífilítico (palmoplantar) e outras lesões cutâneas como sífilides maculopapulosas, perioniquia (lesões ungueais) e alopecia, icterícia, linfadenopatia generalizada. Também podem aparecer petéquias, púrpura

(manifestações hemorrágicas), fissura peribucal, síndrome nefrótica, convulsão e meningite. Nas alterações laboratoriais aparecem anemia, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (BRASIL, 1994, 2005b, 2005c).

Quando ocorre invasão maciça de treponemas e/ou estes são muito virulentos, a evolução do quadro é grave e a letalidade alta. A placenta encontra-se volumosa, com lesões e manchas amareladas ou esbranquiçadas (BRASIL, 2005b).

A sífilis congênita tardia surge depois de dois anos de vida. Esta síndrome caracteriza-se por tibia em lâmina de sabre, articulações de Clutton, retinite cicatrizada, fronte olímpica, nariz em sela, dentes de Hutchinson, molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica por lesão do oitavo par craniano, hidrocefalia e déficit no aprendizado - retardo mental (BRASIL, 2005c; GOMELLA, 2006).

Viana et al (2006) traz como recomendações de precauções para sífilis congênita a precaução respiratória para aerossóis durante o período de transmissibilidade da doença, com o uso de máscara N-95 para todas as pessoas que entrem em contato devido à presença de treponemas na secreção das vias aéreas e na membrana mucosa, até que se prove sua eliminação. Lesões sífilíticas abertas também são altamente infecciosas; deve-se manter precaução de contato, com o uso de luvas de procedimento até as primeiras 24 horas de administração do tratamento (VERNACCHIO, 2005).

Os tratamentos existentes para sífilis congênita são de baixo custo, eficazes e de fácil disponibilidade, assim como os programas de prevenção no pré-natal, entretanto a sífilis congênita ainda é um problema de saúde mundial. Além da sorologia não treponêmica de sangue periférico, considera-se como investigação adequada a realização de radiografia de ossos longos e a punção lombar liquórica.

O Ministério da Saúde preconiza a penicilina como droga de escolha para todas as apresentações da sífilis congênita, conforme análise clínica do caso:

-Havendo alterações clínicas, sorológicas, radiológicas e/ou hematológicas: 50 mil UI/kg/dose de Penicilina G Cristalina EV a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida, durante 10 dias; a cada 8 horas após 7 dias de vida; ou 50 mil UI/kg/dose de Penicilina G Procaína IM, dose única diária, durante 10 dias (em caso de interrupção do tratamento, reiniciá-lo);

- Havendo alteração liquórica: 50 mil UI/kg/dose de Penicilina G Cristalina EV a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida, e a cada 8 horas após 7 dias de vida, durante 10 dias (em caso de interrupção do tratamento, reiniciá-lo);
- No caso de não haver nenhuma das alterações citadas: 50 mil UI/kg/dose de Penicilina G Benzatina IM dose única, com seguimento de VDRL obrigatório;
- Lactentes no período pós-natal com quadro de sífilis congênita: segue-se o mesmo esquema preconizado embora com diferença no intervalo da Penicilina G Cristalina, que deve ser a cada 4 horas, e na Penicilina G Procaína, que deve ser a cada 12 horas (BRASIL, 2005b, p. 677).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem diversos obstáculos a serem superados nos programas de eliminação da sífilis, e o sucesso para a implementação destes programas está na identificação das barreiras a serem vencidas. A OMS define estas barreiras como aderência da política de rastreamento no pré-natal, falta de clareza quanto às responsabilidades de cada programa de saúde e integração dos diversos programas, acesso aos serviços materno-infantis e dados de vigilância limitados. A Organização propõe, ainda, algumas estratégias para eliminação da sífilis congênita, como: garantir um comprometimento político e jurídico, aumento do acesso e da qualidade dos serviços de saúde materno-infantis, identificar e tratar as mulheres grávidas e seus parceiros e melhorar a vigilância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

4 METODOLOGIA

Para desenvolver este estudo, a pesquisadora compreendeu como adequada a utilização da seguinte trajetória metodológica.

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo é composto por uma pesquisa bibliográfica, baseada em trabalhos existentes, visando compreender o que existe em publicações sobre o tema em discussão. Segundo Gil (2007), a principal vantagem deste tipo de estudo está no fato de permitir ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla que aquela que poderia pesquisar diretamente.

4.2 Fonte de Dados

Nesta pesquisa foram utilizados materiais publicados em periódicos, artigos de revistas, teses e o acervo da biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf -UFRGS).

Utilizaram-se como estratégias para coleta dos artigos publicados nos periódicos científicos, no período de 1997 a 2007. A busca foi realizada nas bases de dados *online* LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*National Library of Medicine*), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e BDEnf (Banco de Dados em Enfermagem), do sistema BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde).

LILACS é uma base de dados cooperativa do sistema BIREME que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da região Latino-Americana e do Caribe, desde 1982 (CENTRO..., 2006).

O MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine (USA)*, contendo referências bibliográficas e resumos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros setenta países, contendo registros de literatura desde o ano de 1966 até hoje. As áreas de especialidade que cobrem a base de dados são: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins, sendo que a atualização é feita mensalmente (CENTRO..., 2006).

A rede SciELO é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos seguindo o modelo de Open Access, que disponibiliza de modo gratuito, na Internet, os textos completos dos artigos de mais de 290 revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina. Além da publicação eletrônica dos artigos, SciELO provê enlaces de saída e chegada por meio de nomes de autores e de referências bibliográficas. Também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas (CENTRO..., 2006).

A base de dados BDEnf constitui uma base de dados especializada na área da Enfermagem, utilizando publicações do LILACS, através do sistema BIREME (CENTRO..., 2006).

Foi feita pesquisa avançada referente ao tema cuidado do lactente com sífilis congênita recente. Foram utilizados os seguintes descritores do assunto: **Sífilis Congênita, Cuidado do Lactente e Enfermagem Pediátrica**, retirados dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), do sistema BIREME.

Para execução deste estudo, foi realizada uma pesquisa em artigos extraídos das bases de dados citadas anteriormente.

Somente foram considerados para o embasamento do estudo artigos e livros escritos até dez anos atrás, ou seja, de 1997 a 2007. Ainda, para inclusão do artigo à pesquisa, este deveria conter ao menos um dos descritores pré-estabelecidos pela autora. Foram excluídos todos os artigos que não responderam ao questionamento do estudo, embora contivessem um ou mais dos descritores pré-estabelecidos e artigos

cujo texto na íntegra não se encontrava disponível em meio eletrônico nem no acervo da biblioteca da EEnf – UFRGS.

4.3 Seleção do Material

A busca às referências nas bases de dados foi feita utilizando formulário avançado disponibilizado no sistema BIREME. Primeiro fez-se a busca somente por descritores de assunto em cada base de dados entre as referenciadas.

Em seguida a pesquisa foi refinada, selecionando referências publicadas nos últimos dez anos (1997 a 2007) em cada base de dado com cada um dos descritores de assunto. Depois se utilizou novamente o método de refinamento incluindo o idioma português

A pesquisa foi realizada entre os dias três de março de 2008 e sete de março de 2008, totalizando os resultados distribuídos no Quadro 1, conforme segue:

Pesquisa apenas utilizando descritores, sem refinar			
DESCRITORES BASES DE DADOS	Sífilis Congênita	Cuidado do Lactente	Enfermagem Pediátrica
LILACS	200	314	412
MEDLINE	266	1908	4405
SciELO	14	9	60
BDEnf	6	101	389
Pesquisa de artigos durante o período de 1997 a 2007			
DESCRITORES BASES DE DADOS	Sífilis Congênita	Cuidado do Lactente	Enfermagem Pediátrica
LILACS	98	162	258
MEDLINE	266	1908	4405
SciELO	13	9	59

BDEnf	5	45	197
Pesquisa incluindo artigos do período de 1997 a 2007 e idioma português			
DESCRITORES BASES DE DADOS	Sífilis Congênita	Cuidado do Lactente	Enfermagem Pediátrica
LILACS	57	119	229
MEDLINE	4	23	74
SciELO	10	6	48
BDEnf	4	44	188

Quadro 1 – Resultados da pesquisa realizada no *site* www.bireme.br

Serão citados no Quadro 2 os artigos e seus respectivos autores os quais foram selecionados, a fim de ser feita análise crítica/reflexiva, com o objetivo de ampliar e desvelar o conhecimento sobre os cuidados do lactente com sífilis congênita recente.

Estudo	AUTOR	TÍTULO	FONTE	ANO
1	Donalísio, Maria Rita; Freire, June Barreiros; Mendes, Elisa Teixeira.	Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2007
2	Guiller, Cristiana Araújo, Dupas, Giselle and Pettengill, Myriam Aparecida Mandetta	Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica	Acta Paulista de Enfermagem	2007
3	Araújo, Eliete da Cunha; Costa, Kelly de Souza Gama; Silva, Rafaela de Souza e; Azevedo, Valéria Nascimento da Gama; Lima, Fábio André Souto.	Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita	Revista Paraense de Medicina	2006
4	Saraceni, Valéria; Guimarães, Maria Helena Freitas da Silva; Theme Filha, Mariza Miranda; Leal, Maria do Carmo.	Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança	Cadernos de Saúde Pública	2005
5	Silva, Leila Rangel da; Santos, Rosângela da Silva.	O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2004

6	Saraceni, Valéria; Leal, Maria do Carmo.	Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000	Cadernos de Saúde Pública	2003
7	Figueiredo, Elisabeth Niglio de; Pichineli, Viviane; Rossetto, Maitê Augusta Corrêa Costa; Vianna, Lucila Amaral Carneiro.	Estudo de caso de sífilis congênita	Acta Paulista de Enfermagem	2001
8	Lago, Eleonor G; Garcia, Pedro Celiny Ramos.	Sífilis congênita: uma emergência emergente também no Brasil	Jornal de Pediatria	2000
9	Araújo, Eliete C; Moura, Eloisa F. A; Ramos, Francisco L. P; Holanda, Valnete G. D. A.	Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos	Jornal de Pediatria	1999

Quadro 2 - Artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica.

4.4 Análise do Material

De acordo com Gil (2007), a análise bibliográfica trabalha com fontes acabadas, não-analisadas ou analisadas, recebendo nova reformulação conforme os objetivos do estudo, o que é valioso, pois complementam dados já existentes e provocam novas descobertas sobre o tema. Por tanto, a leitura do material bibliográfico selecionado na pesquisa foi feita com os objetivos de:

- a) identificar as informações e os dados constantes do material;
- b) estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto;
- c) analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores (GIL, 2007)

Após a busca e seleção dos artigos publicados que atendiam aos critérios de inclusão, foram realizadas leitura e releitura deles, a fim de serem extraídos os pontos centrais. Depois de concluída esta etapa, foi realizada uma segunda leitura, em busca de se extrair similaridades e divergências entre os estudos, confeccionando-se uma ficha de leitura, com o objetivo de guardar e organizar os dados coletados através da

pesquisa na literatura. Neste momento os dados foram automaticamente categorizados, propondo a realização da análise das publicações selecionadas.

4.5 Aspectos Éticos

As questões éticas foram preservadas, pois as obras e seus autores estão sendo referenciados no estudo conforme recomendações de Goldim (2000), seguindo as normas da ABNT.

5 O CUIDADO DO LACTENTE COM SÍFILIS CONGÊNITA RECENTE

O material selecionado é apresentado e analisado neste capítulo. Esta etapa visa caracterizar o tema de acordo com o objetivo proposto baseando-se nos estudos selecionados. Emergiram as seguintes categorias: **pré-natal como prevenção e recém-nascido com sífilis congênita recente.**

5.1 Pré-natal como prevenção

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) relata que a prevalência de sífilis em gestantes encontra-se em 1,6% neste país (cerca de 50 mil gestantes infectadas), o que corresponde a 4 vezes mais que a infecção por HIV, estimando-se que destas, 12 mil darão origem a casos de sífilis congênita.

Araújo et al (2006) objetivam seu artigo na análise da assistência pré-natal, relacionando-a com a ocorrência de 46 casos de recém-nascidos com diagnóstico confirmado de sífilis congênita (por VDRL reagente confirmado com FTA-Abs e/ou sintomas sugestivos). Foram pesquisados dados maternos como escolaridade, estado civil, cuidados de pré-natal, a fim de ser realizada uma análise epidemiológica sobre o perfil das mães com sífilis.

Segundo características maternas e ano de diagnóstico 2004, o Ministério da Saúde descreve os casos notificados de sífilis congênita: a maioria possuía de 20 a 29 anos (55,7% - 1234 casos), 81,3% (1805 gestantes) realizou pré-natal, 60,8% (1097 gestantes) teve o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, e apenas 15,3% (276) dos parceiros foram tratados (BRASIL, 2006b).

Em seu estudo, Araújo et al (2006) constatam a associação do baixo nível sócio-econômico com a baixa escolaridade, e que esta está relacionada com a falta de conhecimentos sobre DSTs e a importância dos cuidados no pré-natal. A maioria das mães possuía apenas primeiro grau incompleto. A amostra estudada não encaixa mães adolescentes como a maioria, já que 74,0% tinham mais de 20 anos de idade, apesar

de essa fase ser considerada como de risco para contaminação por DSTs (BRASIL, 1997).

Ressalta-se a quantidade de mães com pré-natal incompleto por início tardio ou não comparecimento às consultas nos diversos dados analisados por Araújo et al (2006). Donalísio, Freire e Mendes (2007) identificaram em seu estudo pontos vulneráveis na assistência obstétrica e neonatal na microrregião de Sumaré, São Paulo, investigando os 45 casos de sífilis congênita notificados nesta região nos anos de 2003 a 2005. Identificou-se atraso no diagnóstico sorológico não treponêmico durante o pré-natal, falhas no tratamento das gestantes infectadas e seus parceiros como as já citadas, além de dados precários nas fichas de notificação e nos prontuários hospitalares a respeito de tratamento materno e do parceiro.

O Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2005a). No estudo de Donalísio, Freire e Mendes (2007), 39 puérperas (86,7%) referiram pré-natal, mas 23 (59%) tiveram menos de cinco consultas registradas.

Araújo et al (2006) observam um fato mais chocante: apenas pouco mais da metade das gestantes pesquisada no estudo fizeram o teste sorológico (VDRL) na gestação, porém apenas algumas o repetiram no terceiro trimestre, também conforme recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), dado que aponta para falhas na assistência pré-natal. Donalísio, Freire e Mendes (2007) também observam o mesmo fato: 27 gestantes (60%) tiveram VDRL solicitado no primeiro trimestre de gestação, enquanto apenas 9 (20%) realizaram o VDRL no primeiro e terceiro trimestres.

Para o ano de 2011 o Ministério tem como meta aumentar o percentual de gestantes testadas no pré-natal de 69,2% para 90% (BRASIL, 2007b). Sem um pré-natal adequado, não há a realização da rotina para diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce, demonstrando o desconhecimento ou em diversas ocasiões o simples esquecimento dos profissionais do tamanho da necessidade de se rastrear a doença no pré-natal, revelando a baixa qualidade da assistência à gestante e ao seu feto.

Sugere-se também a presença de promiscuidade, pela provável contaminação da mulher pelo seu parceiro, já que das 46 estudadas, 78,3% eram casadas, e destas, 87% tiveram relação sexual apenas com seu parceiro durante a gestação (ARAÚJO et al, 2006). Infidelidade conjugal (tanto do marido quanto da mulher) aparece entre os relatos documentados por Silva e Santos (2004), que objetivam seu estudo na identificação do conhecimento materno sobre sífilis e na análise de seus sentimentos em relação à transmissão vertical, através de entrevistas com puérperas. Como pode ser visto no relato a seguir: “[...] como tive uma discussão com ele [marido], resolvi sair com um companheiro da minha igreja. [...] peguei a sífilis foi desse companheiro, porque meu marido fez o exame e deu negativo” (SILVA E SANTOS, 2004, p. 396).

A ausência de homens na unidade básica é enfatizada por Saraceni e Leal (2003), devido às características de um atendimento em atenção primária focado à saúde materno-infantil, o que traduz o não tratamento deles em casos de DSTs/AIDS e portanto proporcionando risco de reinfecção das mulheres e a baixa procura dos homens por serviços de saúde.

Figueiredo et al (2001) descrevem em seu estudo intercorrências que culminaram em um caso de sífilis congênita como negligência da mãe, ausência de profissional na Unidade Básica de Saúde (UBS), omissão da UBS não realizando busca ativa do caso, erro no diagnóstico médico do exame realizado em um hospital escola, demora do resultado do VDRL do recém-nascido (disponível somente após a alta). Os relatos do estudo de Donalísio, Freire e Mendes (2007) contam ainda com a periculosidade da região onde as puérperas moram, impossibilitando-as de sair para ir até o posto de saúde e falta de penicilina neste serviço.

Culpabilização materna e revolta aparecem também nos relatos de Silva e Santos (2004), no momento em que as mães têm a notícia do diagnóstico dos seus bebês, sendo necessária a permanência de seus filhos no hospital por no mínimo 10 dias a mais que o previsto para tratamento com antibioticoterapia endovenosa (EV). Brazelton (1988, p. 38 apud Fraga e Pedro, 2004) comenta que “emocionalmente, qualquer mãe poderá culpar-se por qualquer doença, por prematuridade, por marcas de nascença ou por qualquer defeito que possa aparecer ao bebê”. Apesar de sentir pena de seus filhos por estarem internados, sendo picados e manipulados, Fraga e Pedro

(2004) narram que as mães relacionam a cura de seu bebê ao tratamento que ele está recebendo, acreditando que o tratamento trará a recuperação.

Muitas mães desconhecem a doença devido a não realização do pré-natal, não realização do VDRL, ou ter realizado e não buscado o resultado, ou começado o tratamento e não ter terminado, por não acreditarem na transmissão vertical. É comprovado o desconhecimento delas quanto à gravidade da DST e de sua transmissão vertical (SILVA E SANTOS, 2004). Entre os relatos deste estudo surge também o desconhecimento de que em apenas uma única relação sexual desprotegida possam adquirir alguma DST. Intercorrências como estas apresentadas exprimem o que acontece com grande parte da população: o desconhecimento da doença, necessidade e possibilidade de tratamento somadas à deficiência na qualidade do atendimento prestado pelo serviço público (FIGUEIREDO et al, 2001).

Por não apresentarem nenhum sinal ou sintoma que indicasse recorrência ou permanência da sífilis, as puérperas entrevistadas por Silva e Santos (2004) informam que se sentiam curadas. A doença diversas vezes não é vista como problema, já que freqüentemente passa despercebida por ser assintomática, o que dificulta o tratamento. Saraceni et al (2005) comentam a questão da difícil identificação de portadores de sífilis, já que os assuntos DST e sexualidade costumam ser encobertos e igualmente pelo fato de a doença passar por invisível, principalmente em sua fase latente e por desaparecimento espontâneo de suas lesões. Ressalta-se o risco de transmissão vertical se houver falha no recebimento de uma única dose. Silva e Santos (2004) relatam a problemática de essas mulheres receberem apenas 2 doses em alojamento conjunto e serem obrigadas a se deslocar a um posto de saúde com um recém-nascido a fim de completar seu tratamento. É papel da enfermagem investir no acompanhamento dessas mulheres, além de garantir o recebimento da última dose e realização de exame sorológico posterior para garantir o resultado do tratamento.

Saraceni e Leal (2003) avaliaram em seu estudo a efetividade das campanhas contra a sífilis congênita, objetivando dar visibilidade à doença e capacitar os profissionais de saúde no manejo do agravo, utilizando-se da comparação entre as gestantes e seus conceptos, rastreados pelos sistemas de informação em saúde, que compareceram à campanha contra os que não compareceram. As autoras explicam que

o início da realização das campanhas de saúde contra a sífilis congênita teve origem no aumento da incidência da doença no Rio de Janeiro. A campanha de 1999 captou 9.428 gestantes, cerca de um quinto das que faziam pré-natal em unidades de saúde municipais. Já no ano 2000, foi registrado um declínio de 21,3% no número de mulheres grávidas captadas, somando-se um total de 7.413 gestantes.

Saraceni e Leal (2003) como os outros autores apresentam uma análise de dados epidemiológicos como escolaridade e faixa etária, comparando as gestantes presentes nas campanhas contra as ausentes. Mostram que, ao contrário dos outros estudos, as presentes (que constituíram a grande maioria) continham um melhor nível de escolaridade, compareceram a mais consultas de pré-natal e detectaram a doença na gravidez com os dois exames VDRL (no primeiro e terceiro trimestre), baixando o número de resultados reagentes no momento do parto e a quantidade de natimortos, prematuros e óbitos neonatais, mesmo que esta quantidade não tenha representação significativa.

Os estudos sugerem nova forma de comunicação na educação em saúde da mulher, recém-nascido e família. As enfermeiras precisam estar à disposição da clientela, adequar-se aos valores culturais dela para compreender suas reais necessidades, afastando-se do modelo biomédico, enfatizando a abordagem humanística e holística nas intervenções de enfermagem (SILVA E SANTOS, 2004) e promovendo políticas públicas mais abrangentes. Deve-se dar ênfase ao uso de abordagem preventiva, reforçando o uso de preservativos para o homem e a mulher, sem desenvolver preconceitos, estereótipos ou discernir o que é certo e o que é errado. Transformar atendimento em acolhimento, estabelecendo vínculo de confiança. Certamente a abordagem influenciará diretamente na cura. Além disso, explorar mais se são os profissionais de saúde que não estão conseguindo demonstrar a importância do tratamento. Oferecer exames sorológicos não apenas quando a mulher estiver grávida, mas também em consultas ginecológicas (SILVA E SANTOS, 2004).

Saraceni e Leal (2003) retratam a magnitude da subnotificação dos casos de sífilis nos sistemas de informação em saúde, demonstrando falhas na vigilância epidemiológica, pois nem todas as gestantes que estiveram presentes nas campanhas dos dois anos estavam notificadas nestes sistemas. Os casos acabam sendo

notificados nas maternidades, refletindo maior conscientização destes estabelecimentos, visando corrigir as falhas. Embora seja uma doença de notificação compulsória, informações sobre sua incidência ainda são precárias e de pouca credibilidade em razão da subnotificação de casos. A vigilância epidemiológica evidencia a subnotificação de casos por parte do serviço hospitalar e da rede básica e incongruências entre dados captados pelo hospital e os coletados no pré-natal (DONALÍSIO, FREIRE E MENDES, 2007). Pode-se relacionar a subnotificação de casos a pouca importância dada por parte dos profissionais que realizam o pré-natal; através da notificação compulsória é que se conhece a magnitude exata da doença (ARAÚJO et al, 2006).

Saraceni e Leal (2003) definem a sífilis congênita como evento sentinela e os hospitais como unidades sentinela, pois sua ocorrência serve à identificação de pontos frágeis no atendimento e encaminhamento dos pacientes, revelando falhas na atenção à saúde da gestante relacionadas ao diagnóstico, tratamento, investigação e notificação, além de ser um marcador entre adultos na comunidade. O evento sentinela revela despreparo das equipes de saúde diante de resultado positivo e dificuldades para pronta informação do resultado do exame, significando baixa qualidade na assistência pré-natal.

Os profissionais devem ser capacitados como ferramentas estratégicas, sendo sensibilizados almejando a eliminação do agravo. Reafirmam as campanhas como instrumentos de políticas públicas de saúde, possíveis agentes transformadores, uma vez que os atos de rotina de pré-natal não estão resolvendo o problema da sífilis congênita (SARACENI E LEAL, 2003).

Marcondes (2004) sugere a participação da população em atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários; além do mais, caracterizando uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas.

Se a rede de cuidados não for capaz de detectar e tratar a sífilis na mulher gestante, terá mais uma oportunidade de o fazer no momento do parto, e o que é mais importante nesta etapa, poderá constatar a transmissão vertical da sífilis e tratar os

recém-nascidos infectados para evitar a manifestação da doença ou reduzir suas seqüelas (DONALÍSIO, FREIRE E MENDES, 2007).

5.2 Recém nascido com sífilis congênita

Em 1993, o Ministério da Saúde pretendia eliminar a sífilis congênita do país até o ano 2000, e estabeleceu como meta menos de um caso por mil nascidos vivos (BRASIL, 2007a), a qual não foi possível ser atingida. No Plano Operacional de 2007, o Ministério objetiva a redução de 30% da taxa de incidência de sífilis congênita como meta para o ano 2011 e ter aumentado o percentual de neonatos com tratamento adequado de 73% para 100% (BRASIL, 2007b).

O Ministério acredita ainda que seja possível eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública, reduzindo a incidência deste agravo a 0,5 caso por mil nascidos vivos, incidência que em 2005 se encontrava em 1,9 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2007b).

Guiller, Dupas e Pettengill (2007) objetivaram seu estudo em conhecer o que tem sido publicado na área de enfermagem sobre a criança com anomalia congênita. Há a preocupação por parte das autoras em garantir e ampliar a qualidade do cuidado prestado às crianças e às respectivas famílias, visando auxiliar o enfermeiro no planejamento e execução de ações de cuidado fundamentadas com evidências.

Guiller, Dupas e Pettengill (2007) categorizam seu estudo em unidades temáticas que emergiram da análise das autoras sobre as publicações. Uma das unidades identifica os fatores de risco para ocorrência de anomalia congênita, e cita a sífilis congênita como ameaça às gestantes, trazendo conseqüências críticas como abortos, além das anomalias. O uso de drogas e um filho anterior com a mesma anomalia, igualmente, são fatores de risco.

Lago e Garcia (2000) atentam para o fato de que alguns recém nascidos contaminados podem não ser diagnosticados ao nascer, passando-se despercebida a sífilis no período neonatal, vindo a necessitar de atendimento de urgência durante os

primeiros meses de vida gravemente doentes. Segundo os autores, mais de 50% dos lactentes com sífilis congênita se apresentam assintomáticos ao nascimento, apresentando quadro clínico em 3 a 14 semanas de idade. Os sinais e sintomas variam de bem específicos e localizados a generalizados, o que dificulta o diagnóstico, e de distúrbios leves a quadros fulminantes, constituindo um caso de urgência.

Mesmo recém-nascidos que obtiveram a titulação de 1:2 no VDRL apresentaram sinais no estudo de Araújo et al (1999), como hepatomegalia. Isto significa que, mesmo que o neonato se mostre assintomático ao nascimento, uma titulação baixa não deve ser desconsiderada, diagnosticando como sífilis congênita. Inclusive, poucos neonatos apresentam titulações maiores que as de suas mães; estas comumente vêm a se tornarem mais altas após o período neonatal, quando a doença não for diagnosticada e tratada dentro deste período (ARAÚJO et al,1999).

Araújo et al (1999) verificam em seu estudo a incidência de sífilis congênita em neonatos na maternidade de um hospital público, submetendo puérpera e neonato ao VDRL, FTA-Abs e ELISA IgM anti-*Treponema pallidum*. Das 361 mães que foram estudadas, 33 apresentaram resultados reagentes em um ou mais de um dos exames a que foram submetidas (42,4% apresentaram VDRL e FTA-Abs reagentes), significando uma incidência de 9,1. As titulações de VDRL se mostraram entre uma faixa de 1:2 e 1:128.

Quanto aos neonatos, 10 amostras não foram testadas. Dos 23 que restaram, todos obtiveram resultados reagentes em um ou mais de um dos exames a que foram submetidos, incluindo três natimortos e um neomorto. Comparando-se as amostras de VDRL dos neonatos e de suas mães, todos os neonatos apresentaram titulações inferiores, a exceção de um caso em que a titulação era igual à de sua mãe (1:128). Todavia, em 14 neonatos houveram sinais de doença citados a seguir: prematuridade, hepatomegalia, esplenomegalia, distensão abdominal, obstrução nasal, icterícia, pequeno para a idade gestacional (PIG), ocorrendo em alguns mais de um sinal ao mesmo tempo, e natimortalidade e neomortalidade já citados anteriormente (ARAÚJO et al,1999).

Saraceni et al (2005) reforçam a sífilis congênita como causa importante da mortalidade perinatal e descrevem sua tendência no município do Rio de Janeiro,

estabelecendo uma comparação com as campanhas de prevenção realizadas nos anos de 1999 e 2000. Mostram que mais de 50,0% dos casos de sífilis na gestação levam a desfechos negativos como abortos, natimortalidade, neomortalidade e complicações nos nascidos vivos, ocupando um significativo espaço entre as causas de letalidade infantis e perdas fetais. As autoras classificam a sífilis congênita como causa perinatal evitável, devido à possibilidade de ser feito o diagnóstico e ser realizado o tratamento efetivo na gestação.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL 2006b), a taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil no ano de 2004 foi de 0,7 por mil nascidos vivos (2221 casos). A região com maior incidência foi o Sudeste, com 1215 casos (incidência de 1,0) neste mesmo ano. Quanto aos casos notificados no país, a grande maioria foi notificada nos primeiros sete dias de vida do neonato (92,5% - 2055 casos). 79,2% (1758 casos) nasceram com idade gestacional de 36 semanas ou mais, e 79,7% (1770 casos) nasceram com 2500g ou mais. A maioria nasceu assintomática (73,4% - 1631 casos). E quanto ao diagnóstico final, no ano de 2004, 2109 casos (95,0%) sífilis congênita recente, 59 casos (2,7%) natimorto sífilítico, 41 casos (1,8%) aborto por sífilis.

As informações sobre os óbitos são provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e das Fichas de Notificação e Investigação de Óbitos Fetais e Neonatais.

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. [...] proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico (BRASIL, 2007d).

As Fichas de Óbitos são preenchidas pelas maternidades quando há ocorrência destes. Saraceni et al (2005) utilizaram a comparação dos dois artifícios a fim de verificar se havia a presença dos casos em ambos. Dos 7.309 óbitos perinatais (4.215 fetais e 3.094 neonatais precoces) analisados, do período de 1999 a 2002, tiveram como causa básica a sífilis congênita 292 (4,0%), sendo 222 (5,3%) fetais e 70 (2,3%) neonatais, notando-se o número significativamente elevado de óbitos fetais

relacionados ao agravo. Esta porcentagem maior de perdas fetais por sífilis congênita comprova os efeitos deletérios da doença nos estágios iniciais da gestação. Discordando do que se pensava antigamente, a transmissão vertical ocorre em qualquer fase da gestação e estágio da doença materna (BRASIL, 2006a).

Verifica-se um declínio da mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras por Lima (2002) num período de 15 anos, entretanto a mortalidade por sífilis congênita chegou a aumentar em estados mais pobres, pertencentes à região Nordeste, mantendo o mais alto índice de mortalidade por sífilis congênita do Brasil.

Fato marcante que Saraceni et al (2005) trazem é o de que houve um declínio anual no número absoluto de óbitos, porém o número de óbitos específicos por sífilis congênita se manteve na mesma faixa. Característica sobressalente dos casos de óbitos foi a prematuridade e baixo peso ao nascer: a maioria dos natimortos pesava menos de 1000g; mais um evento sentinela da qualidade dos serviços de saúde.

Lima (2002) observa a rapidez com que grande parte dos recém-nascidos chega a um desfecho fatal no primeiro dia de vida até o primeiro ano de vida, ressaltando a dificuldade de se tratar da sífilis congênita e a necessidade de reforçar a prevenção.

Vernacchio (2005) apresenta o acompanhamento de lactentes tratados para sífilis congênita. Segundo o autor, os lactentes que apresentaram sorologia reativa devem repetir exame físico e VDRL a cada 2 ou 3 meses, até que o teste se torne não-reagente ou que a titulação diminua quatro vezes. Já o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) preconiza a realização do VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses. A repetição do tratamento é bastante considerada no momento em que for constatado aumento de titulação ou o VDRL permanecer reagente após 6 a 12 meses. Recomenda-se acompanhamento oftalmológico, neurológico e auditivo semestral pelo período de dois anos.

Em caso de possível neurosífilis, quando o resultado de exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) ao diagnóstico inicial foi anormal ou não interpretável, repete-se o exame do LCR em intervalos de 6 meses, até que este se normalize. Permanecendo o VDRL reagente no LCR, ou este não reagente, porém com contagem celular e/ou concentração de proteína anormais, a repetição do tratamento deve ser considerada (BRASIL, 2005b; VERNACCHIO, 2005).

Madi et al (2001) enfatizam dois aspectos quanto ao cuidado seguro à criança: primeiro, devido à incidência de resultados falso-positivos e falso-negativos ser alta, o teste sorológico na criança não deve ser realizado no sangue do cordão umbilical ao nascimento, e depois, que nenhuma criança deve deixar o hospital até que a sorologia materna seja conhecida.

Testes não-treponêmicos tornam-se reagentes de 4 a 8 semanas após ter sido adquirida a sífilis. Assim, mães que tiveram a infecção adquirida no final da gestação podem se apresentar soronegativas no momento do parto, bem como seus recém-nascidos. Aos dois meses de idade estes lactentes se tornam soropositivos, já com prognóstico piorado. Lago e Garcia (2000) chegam a propor que entre as 4 e 8 semanas de nascimento, o VDRL seja repetido nos lactentes filhos de mães expostas a fatores de risco, mesmo que estas continuem soronegativas.

Importante salientar que, como a maioria dos recém-nascidos se mostra assintomático ao nascimento, a aplicação de testes treponêmicos deve ser avaliada cuidadosamente, podendo ser confundida a infecção na criança devido à presença de anticorpos IgG maternos passados por via transplacentária (BRASIL, 2006a). O VDRL deve ser sempre realizado e comparado com o materno. De acordo com o Ministério (BRASIL, 2006a), testes treponêmicos devem ser utilizados como seguimento a partir dos 18 meses de idade, quando anticorpos adquiridos passivamente da mãe não são mais detectáveis.

Saraceni et al (2005) advertem a invisibilidade da doença também nos serviços de saúde na definição de *causa mortis*, que tem seu enfoque dado comumente na causa básica do óbito, deixando a presença da sífilis congênita passar despercebida, mais uma vez levando à subnotificação e prejudicando o planejamento de ações para os serviços de saúde.

Donalísio, Freire e Mendes (2007) referenciam a falta de informações sobre o seguimento da mulher e da criança infectadas, pois não há fluxo estabelecido para garantia e avaliação de seguimento das gestantes após o parto, ou das crianças com sorologia positiva após o nascimento; embora haja registro de tratamento adequado no prontuário hospitalar, não há registro na rede, nem garantia de seguimento clínico e

sorológico, para monitorização de possível reinfecção, resposta negativa à terapêutica ou transmissão vertical em futura gravidez.

Guiller, Dupas e Pettengill (2007) apresentam outros estudos que enfocam o interesse do enfermeiro em conhecer os resultados das intervenções que desenvolvem junto aos pacientes para que possam direcionar suas ações e ampliar as propostas de atendimento. Quanto à experiência do enfermeiro, estudos demonstram o desgaste que o cuidado a uma criança com anomalia congênita traz ao emocional do profissional, todavia a satisfação pessoal gerada é enorme e as dificuldades são minimizadas com o trabalho em equipe e o conhecimento teórico.

Conforme Guiller, Dupas e Pettengill (2007), o enfermeiro tem buscado fundamentação teórica e prática para cuidar da criança com anomalia congênita, com a maioria das pesquisas voltada a desenvolver propostas de intervenção em prevenção e tratamento. A educação em saúde conscientiza as gestantes sobre os cuidados que devem ter de modo que evitem se expor aos fatores de risco, porém existem lacunas no conhecimento em relação às propostas de intervenções de enfermagem à família da criança. Marcon (2002) considera que

[...] a relação entre profissionais de saúde e família tem que ser diferenciada, única. [...] o profissional precisa saber como a família define a situação, conhecer sua cultura, colocar-se em seu lugar; precisa ouvi-la, interagir com ela e entender o significado que ela dá às suas experiências (MARCON, 2002, p. 74).

Elsen, Marcon e Silva (2002) exprimem a preocupação por parte dos profissionais de saúde em identificar estratégias que os aproximem da família, permitindo o compartilhar de saberes científicos e culturais. As autoras identificam a família como unidade de cuidado de seus membros, cabendo aos profissionais apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi realizado com o intuito de aprofundar a pesquisa existente sobre o cuidado do lactente com sífilis congênita recente, através de pesquisa bibliográfica com base nas produções científicas já existentes sobre o assunto. Realizou-se uma análise das produções consultadas, sendo feita a leitura e a comparação dos fatos encontrados em comum entre elas, e a partir daí puderam ser extraídas algumas constatações que envolvem a finalização deste estudo.

Pode-se começar falando sobre a sífilis. Uma doença passível de prevenção e tratamento. Uma DST que continua sendo banalizada e desconsiderada pela população e muitas vezes pela própria equipe de saúde, devido a sua sintomatologia cujos sinais passam despercebidos nos estágios iniciais, não demonstrando incômodo ao portador e desaparecendo espontaneamente, sem necessitar de nenhuma ação de “cura” daqueles sintomas. Caberia a toda equipe de saúde, principalmente à enfermagem, investir na educação em saúde; educar a população sobre o uso de preservativo, reforçando o uso deste, independentemente da maneira como levam sua vida sexual, sem julgamentos, atuando frente à comunidade de maneira empática, com homens e mulheres, jovens e adultos, apenas visando a prevenção da sífilis e demais DSTs.

A sífilis congênita é considerada a DST mais grave depois da AIDS, devido ao acometimento de mãe, pai e filho, ou seja, um núcleo familiar inteiro. Na realização de pré-natal, fica a cargo também da enfermeira informar a gestante e seu parceiro, objetivando uma gestação sem dúvidas, fornecendo à gestante e ao parceiro todas as informações das quais necessitam. Deve-se dar a eles o direito de ter um pré-natal completo, com todos os exames preconizados, a fim de evitar complicações futuras ao bebê que aguardam.

Com base na bibliografia consultada e na vivência adquirida, observa-se a necessidade da realização de um pré-natal de melhor qualidade; este não tem sido realizado adequadamente e o diagnóstico tardio de sífilis é evidenciado, sendo constatado no final da gestação e até mesmo no momento do parto, quando em vigência do agravo deveria ter sido diagnosticado no início do pré-natal. Isto é, notam-

se falhas no pré-natal passíveis de serem resolvidas. As orientações de enfermagem na gestação têm como objetivo principal a prevenção, devendo-se então reforçar as ações preventivas e a capacitação do profissional enfermeiro.

A equipe de saúde deveria estar mais ativa e consciente na vigilância epidemiológica, que está totalmente ligada ao planejamento de ações de saúde. Nota-se este fato na presença de subnotificação de casos, principalmente em casos de aborto, natimorto ou neomorto, onde a real causa do óbito por sífilis congênita não é notificada, mascarando os dados verídicos.

O diagnóstico tardio de sífilis congênita também tem sido evidenciado a partir de complicações após alta hospitalar, com o retorno dos lactentes a unidades de emergência já apresentando graves sinais e sintomas típicos da sífilis congênita, devido ao fato de serem assintomáticos ao nascimento e seu exame laboratorial ter sido negligenciado.

No que se refere aos custos para o serviço público, vale ressaltar a importância da prevenção e do diagnóstico precoce novamente, a fim de otimizar a assistência e diminuir significativamente os gastos com tratamento, visto que o lactente submetido aos cuidados terciários requer muito mais recursos, à medida que a demanda de profissionais, exames laboratoriais, equipamentos e insumos hospitalares é muito maior.

Assim, evidencia-se a importância da articulação entre um pré-natal efetivo e o cuidado do lactente sífilítico, pois a atenção à gestante é a maior contribuição do profissional enfermeiro direcionada ao lactente. Através das intervenções precoces, pode-se evitar a transmissão vertical da doença, transformando este desfecho, ofertando-lhe o direito ao nascimento hígido e proporcionando ao profissional a satisfação em visualizar os resultados provenientes de suas ações.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**. Belém, março, vol 20, nº. 1, p. 47-51, 2006.

_____. et al. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria/ Sociedade Brasileira de Pediatria**. Rio de Janeiro, março-abril, vol 72, nº. 2, p. 119-125, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Transmissíveis e AIDS. DST – Boletim Epidemiológico. Brasília, nº 3, p. 3-18, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-infantil. **Manual de Assistência ao Recém-nascido**. Brasília, 1994. 174 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2005a, 163 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2005b. 816 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília, 2005c. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília, 2006a. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Eletrônico Epidemiológico**. Brasília, outubro, nº 7, 2007a, 5 p. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_eletronico_07_07.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília, 2006b, 216 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília, 2007b. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Manual de Operação**. Brasília, 2007c. 118 p. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/>>. Acesso em 2 de junho de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Brasília, 2007d. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377>. Acesso em 08 de junho de 2008.

BRAZELTON, T.B. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. *In*: FRAGA, I.T.G., PEDRO, E.N.R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, abril, vol 25, nº. 1, p. 89-97. 2004.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Biblioteca Virtual em Saúde**. São Paulo, [2006]. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107>>. Acesso em 3 de março de 2008.

COUTO, J.C.F. et al. Infecções Perinatais Crônicas (TORCHS). *In*: FILHO, N.A. et al. **Perinatologia Básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 787p.

DONALÍSIO, M.R.; FREIRE, J.B.; MENDES, E.T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, julho-setembro, vol 16, nº. 3, p. 165-173, 2007.

DUARTE, G. et al. Infecções Gênitó-urinárias na Gravidez. *In*: _____. **Perinatologia Básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 787p.

ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. (Org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR). Eduem, 2002. 460 p.

FIGUEIREDO, E.N. et al. Estudo de caso de sífilis congênita. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, setembro-dezembro, vol 14, nº. 3, p. 28-34. 2001.

FRAGA, I.T.G., PEDRO, E.N.R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, abril, vol 25, nº. 1, p. 89-97. 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. 9. reimpr. São Paulo: Editora Atlas, 2007. 175 p.

GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Da Casa, 2000.

GOMELLA, T.L. (Org.) **Neonatologia**: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 864 p.

GUILLER, C.A.; DUPAS, G.; PETTENGILL, M.A.M. Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, março, vol 20, nº. 1, p. 18-23, 2007.

LAGO, E.G.; GARCIA, P.C.R. Sífilis congênita: uma emergência emergente também no Brasil. **Jornal de Pediatria / Sociedade Brasileira de Pediatria**. Rio de Janeiro, novembro-dezembro, vol 76, nº. 6, p. 461-465, 2000.

LIMA, B.G.C. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, vol.38, nº.4, p. 267-271, 2002.

MADI, J.M. et al. Sífilis no ciclo gestacional: revisão das atuais tendências epidemiológicas, motivadas pelas diferentes evoluções de 3 casos relatados. **Revista Científica da AMECS**. Caxias do Sul (RS), primeiro trimestre, vol 8, nº. 1, p. 47-54, 1999.

MARCON, S.S. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. *In: _____*. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR). Eduem, 2002. 460p.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, janeiro-abril, vol 13, nº. 1, p. 5-13, 2004.

PAZ, L.C. et al. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba (MG), outubro, vol 38, nº. 5, p. 446-447, 2005.

PENNA, M.L.F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Brasília, p. 121-128, 2008. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf>. Acesso em 05 de julho de 2008.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **O que faz**. Porto Alegre, 2006. Disponível em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=691>. Acesso em 20 de agosto de 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Sífilis Congênita**. Porto Alegre, 2006. Disponível em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=734>. Acesso em 20 de agosto de 2007.

REIS, L.V. Anomalias congênitas, identificadas ao nascimento, em filhos de mulheres adolescentes. *In: GUILLER, C.A.; DUPAS, G.; PETTENGILL, M.A.M.* Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, março, vol 20, nº. 1, p. 18-23, 2007.

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, julho-agosto, vol 21, nº. 4, p. 1244-1250, 2005.

_____; LEAL, M.C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, setembro-outubro, vol 19, nº. 5, p. 1341-1349, 2003.

_____ ; _____ ; HARTZ, Z.M.A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Boa Vista, julho-setembro, vol 5, nº. 3, p. 263-273, 2005.

SILVA, L.R.; SANTOS, R.S. O Que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, dezembro, vol 8, nº. 3, p. 393-401, 2004.

VERNACCHIO, L. Sífilis. *In*: CLOHERTY, J.P.; EICHENWALD, E.C.; STARK, A.R. (Org.). **Manual de Neonatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 715p.

VIANA, D.L. et al. **Manual de Procedimentos em Pediatria**. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006. 538p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Elimination of Congenital Syphilis: rationale and strategy for action**. Genebra: WHO, 2007. Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/publications/congenital_syphilis/strategy_congenitalsyphilis.pdf>. Acesso em 19 de novembro de 2007.