

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A SÍFILIS NA GESTAÇÃO E CONGÊNITA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Nursing care in the face of syphilis in pregnancy and congenital: An integrative review

Victória Araújo de Oliveira Torrente¹

Ana Kelly Kapp Poli Schneider²

Josiane Estela de Oliveira Prado³

¹Discente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

²Orientador, Especialista e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

³Coorientadora, Mestre e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

Resumo

A presente pesquisa tem como tema o papel da enfermagem na prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional e Congênita no Brasil. O objetivo geral do trabalho é, por conseguinte, compreender o papel da enfermagem frente ao diagnóstico de sífilis gestacional. Pretende-se, para tanto, apresentar o histórico, conceito, etiologia, fisiopatologia e classificação da sífilis; identificar as principais causas e consequências da sífilis gestacional; investigar as dificuldades enfrentadas pelo profissional de enfermagem no tratamento da sífilis gestacional; e descrever os cuidados e recomendações que os profissionais de enfermagem prestam às gestantes com diagnóstico de sífilis, para posterior tratamento e prevenção de complicações. A metodologia utilizada é a pesquisa bibliográfica, utilizando as plataformas (BVS, SCIELO, MEDLINE, LILACS, PUBMED). Conclui-se que a atuação do profissional de enfermagem frente à sífilis congênita é essencial, pois presta cuidados específicos, identificando oportunamente os sinais de alarme, monitorando e alimentando, continuamente, o paciente, administrando o devido tratamento e interpretando os dados laboratoriais, além de realizar o acompanhamento extra-hospitalar dos casos diagnosticados, intervindo com ações educativas para o cuidador sobre a importância do tratamento e realização de exames sorológicos. De acordo com Silva (2019), a sífilis gestacional e a sífilis congênita atingiram proporções não justificadas pela disponibilidade de diagnóstico e tratamento, bem como os números não refletem o resultado esperado das constantes campanhas do Ministério da Saúde de combate a doença.

Palavras-Chave: Enfermagem, Sífilis, Sífilis congênita, Atenção básica.

Abstract

The present research has as its theme the role of nursing in the prevention, diagnosis and treatment of gestational and congenital syphilis in Brazil. The general objective of the work is, therefore, to understand the role of nursing in the diagnosis of gestational syphilis. Therefore, it is intended to present the history, concept, etiology, pathophysiology and classification of syphilis; identify the main causes and consequences of gestational syphilis; investigate the difficulties faced by nursing professionals in the treatment of gestational syphilis; and describe the care and recommendations that nursing professionals provide to pregnant women diagnosed with syphilis, for further treatment and prevention of complications. The methodology used is bibliographic research, using the platforms (BVS, SCIELO, MEDLINE, LILACS, PUBMED). It is concluded that the performance of the nursing professional facing congenital syphilis is essential, because it provides specific care, timely identifying alarm signs, monitoring and feeding, continuously, the patient, administering the proper treatment and interpreting laboratory data, in addition to performing the out-of-hospital follow-up of diagnosed cases, intervening with educational actions for the caregiver about the importance of treatment and performance of serological tests. According to Silva (2019), gestational syphilis and congenital syphilis have reached proportions not justified by the availability of diagnosis and treatment, as well as the numbers do not reflect the expected result of the constant campaigns of the Ministry of Health to combat the disease.

Keywords: Nursing, Syphilis, Congenital syphilis, Primary care.

Introdução

A sífilis é uma infecção de interesse mundial que afeta, diretamente, o indivíduo e seus parceiros sexuais. Essa infecção também pode impactar a saúde das gestantes, razão pela qual é considerada de interesse para a saúde pública, uma vez que a transmissão vertical para o feto, ocorrida durante a gravidez, ocasiona a sífilis congênita (RODRIGUES, 2015).

Especula-se que em gestantes a probabilidade de desfechos adversos pode aumentar em até 52%, incluindo aborto, trabalho de parto prematuro, sífilis congênita precoce e tardia, óbito fetal ou neonatal e hospitalização. Vários fatores influenciam o desfecho da transmissão vertical, como diagnóstico tardio na gestação, inadequação ou falta de tratamento (SARACENI, 2015).

O trabalho teve como problema de pesquisa: Qual o papel da assistência de enfermagem frente ao diagnóstico de sífilis gestacional? Aventou-se a hipótese de que o profissional de enfermagem, no âmbito da Atenção Básica, exerce função primordial na saúde das gestantes portadoras de sífilis.

Defendeu-se a hipótese de que a ação do profissional de enfermagem proporciona o diagnóstico e o tratamento precoce, bem como prevenção e

resolutividade da patologia, frente a elaboração de planejamentos, ações e estratégias que visem a diminuição de casos em gestantes, assim como a transmissão vertical.

O objetivo geral do trabalho foi, por conseguinte, compreender o papel da enfermagem frente ao diagnóstico de sífilis gestacional. Pretendeu-se, para tanto, apresentar o histórico, conceito, etiologia, fisiopatologia e classificação da sífilis; identificar as principais causas e consequências da sífilis gestacional; investigar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para tratamento da sífilis gestacional; e descrever os cuidados e recomendações que os profissionais de enfermagem prestam às gestantes com diagnóstico de sífilis para tratamento e prevenção de complicações.

No que concerne ao conhecimento científico, qualquer estudo que se preocupe em abordar a sífilis congênita ou que amplie as abordagens já existentes, é pertinente, pois é necessário o acompanhamento do profissional de enfermagem, junto com as gestantes, para a compreensão da importância do pré-natal e da prevenção da sífilis.

Fundamentação Teórica

Sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum*, sendo uma das doenças mais antigas já conhecidas para a qual existe tratamento curativo e de baixo custo (ANTUNES, 2017).

Sem reservatórios animais, teoricamente, a sífilis deveria ser uma doença erradicável, mas, até o momento, todos os esforços conjuntos para sua eliminação, falharam. A infecção não leva à imunidade contra a reinfecção e ocorrem episódios repetidos de sífilis, predominantemente com alta taxa de troca de parceiros (SOUZA, 2018).

Embora a sífilis seja uma doença muito antiga, de acordo com Humphrey (2016), sua patogênese não é totalmente compreendida, o diagnóstico pode ser difícil e, por fim, poucas opções terapêuticas ou profiláticas estão disponíveis no momento.

A complexa história da sífilis reflete a evasão imunológica da *Treponema Pallidum*. Acredita-se que a mesma seja rica em proteínas de transporte, e isso pode ter papel central na penetração do antibiótico através da membrana bacteriana.

Outrossim, presume-se que a *Treponema Pallidum* penetre através de pequenas lesões cutâneas, mas os mecanismos exatos pelos quais adentra nas células não são conhecidos (FIGUEIRÓ, 2017).

A invasão de monocamadas de células endoteliais e membranas intactas são as principais características de virulência da bactéria. De modo que a *Treponema Pallidum* é um dos poucos patógenos capazes de atravessar barreiras endoteliais especializadas, como as barreiras retinianas, placentárias e hematoencefálicas (DITZ, 2019).

No que se refere as manifestações clínicas da sífilis, Magalhães *et al.*, (2018) afirma que são tão amplas e heterogêneas que é necessária uma classificação baseada em estágios clínicos, começando, cronologicamente, com o aparecimento de um cancro.

No entanto, para Regazzi e Bottino (2016) os estágios podem se sobrepor, especialmente em pessoas vivendo com HIV/Aids e a definição de sífilis precoce e tardia ainda é debatida. Para a Vigilância Sanitária, a sífilis precoce é definida como sífilis adquirida há menos de 1 ano, caso contrário, é considerada sífilis tardia. Já para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a sífilis precoce é definida como sífilis adquirida há menos de 2 anos, caso contrário, é considerada sífilis tardia.

Sífilis precoce (Primária e Secundária)

A sífilis precoce inclui sífilis primária e sífilis secundária. Na sífilis primária o cancro é uma úlcera solitária da pele endurecida, não exsudativa e indolor que se segue à aquisição da *Treponema Pallidum*. Outrossim, explana-se que cancros múltiplos e dolorosos, mais profundos e de resolução mais lenta, têm sido descritos mais comumente em pessoas vivendo com HIV/Aids (TRIVINÕS, 2017).

Já a sífilis secundária é uma doença sistêmica devido à bacteremia, seguindo a sífilis primária dentro de semanas a alguns meses. A sífilis secundária pode produzir uma ampla variedade de sinais e sintomas com um amplo diagnóstico diferencial (SARAIVA *et al.*, 2016).

Já a sífilis latente precoce refere-se ao período assintomático entre a sífilis primária e secundária ou tardia. Acredita-se que até 24% dos pacientes não tratados sofrem de recidivas de lesões secundárias (mais frequentemente entre pessoas vivendo com HIV/Aids durante o 1 ano de infecção. Por esta razão, um período de

corte de 1 ano é, frequentemente, usado para classificar a sífilis precoce e tardia (TRIVINÕS, 2017).

Episódios repetidos de sífilis em pessoas vivendo com HIV/Aids são em sua maioria assintomáticos. Relata-se que pacientes com > 3 episódios de sífilis são mais propensos a terem sífilis latente precoce do que sífilis primária ou secundária em comparação com aqueles com < 2 episódios (RODRIGUES, 2015).

Sífilis Tardia (Terciária)

Por outro lado, a sífilis tardia ocorre em 25% a 40% dos pacientes com sífilis não tratada. Os eventos clínicos podem aparecer a qualquer momento, até mesmo 1 a 30 anos após a infecção primária (TRIVINÕS, 2017).

Já a sífilis terciária inclui pacientes com sífilis tardia que apresentam manifestações sintomáticas. As pessoas vivendo com HIV/Aids m progredir para sífilis terciária mais rapidamente do que os pacientes não infectados pelo HIV (SARAIVA, *et al.*, 2016).

Apresentam-se as formas mais frequentes de sífilis: sífilis cardiovascular; sífilis gomosa; neurosífilis meningovascular; neurosífilis parenquimatosa; neurosífilis tardia e sífilis tardia latente (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Observa-se, que a sífilis terciária é a última e mais grave etapa, ocorrendo quando a bactéria começa a afetar o cérebro, o coração e os ossos, gerando graves lesões no organismo. Contudo, demora até 40 anos para se manifestar dessa forma (ANTUNES, 2017).

Diagnóstico

O teste diagnóstico para sífilis deve ser realizado em pacientes sintomáticos e assintomáticos, com alto risco de adquirir a doença ou transmiti-la a outras pessoas (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Humphrey (2016) sugere a triagem anual para indivíduos sexualmente ativos, embora o teste a cada 3 meses possa aumentar a detecção precoce da sífilis.

Em pessoas vivendo com HIV/Aids os painéis de diretrizes recomendam a triagem na visita inicial e, em seguida, anualmente para aqueles que são sexualmente ativos. A triagem mais frequente (a cada 3 a seis meses) é recomendada para aqueles

com múltiplos parceiros sexuais; que se envolvem em relações sexuais desprotegidas; ou fazem sexo em conjunto com o uso de drogas ilícitas (OPAS, 2019).

No que se refere aos métodos de diagnóstico indiretos, o teste sorológico é a principal ferramenta para diagnosticar a sífilis. Dois tipos de testes sorológicos são necessários para o diagnóstico (SILVA, 2019).

De acordo com a abordagem tradicional, um resultado negativo exclui o diagnóstico de sífilis ativa e nenhum teste adicional é necessário. Esses testes mostram uma sensibilidade de 62-78% para sífilis primária, 97-100% para Sífilis Secundária e 80-100% para Sífilis Latente Precoce (SOUZA, 2018).

A sensibilidade dos Testes Não Treponêmicos é menor para a sífilis tardia, enquanto na sífilis precoce um falso negativo pode se apresentar em 30% dos casos como consequência do teste antes do desenvolvimento de anticorpos (TRIVINÕS, 2017).

Magalhães *et al.* (2018) afirmam que o falso positivo biológico, embora incomum, deve ser considerado durante a gravidez ou em indivíduos com doenças autoimunes, bem como outras doenças infecciosas. Atualmente, os Testes Não Treponêmicos são realizados manualmente e várias tentativas de automatizar esses testes foram descritas (BOGASKI *et al.*, 2020).

Um indivíduo com cura sorológica anterior pode ser considerado como “reinfectado” se ocorrer uma nova soro-conversão (de negativa para positiva) ou um aumento de 4 vezes ou mais no título de anticorpos (SARAIVA *et al.*, 2016).

Por sua vez, os Testes Treponêmicos baseiam-se na detecção de anticorpos direcionados contra antígenos treponêmicos específicos e têm sido tradicionalmente usados como testes confirmatórios para sífilis quando os Testes Não Treponêmicos são reativos. Normalmente, seus resultados são relatados qualitativamente. Eles incluem FTA-ABS e TPPA que detectam IgG e IgM, ou imunoensaio enzimático e IMUNOblot capaz de detectar IgG ou IgM (SOUZA, 2018).

Esses testes são cada vez mais usados como teste de triagem inicial para sífilis e não como testes de confirmação (SILVA, 2019).

Uma vez que um paciente tenha um Teste Treponêmico positivo, esse geralmente permanece positivo por toda a vida. Em outras palavras, a quantificação do título de Teste Treponêmico não é útil no diagnóstico de reinfecções ou no monitoramento da doença após o tratamento. Os falsos positivos de Teste

Treponêmico podem ser encontrados em outras ocasiões, incluindo diferentes infecções por espiroquetas (FIGUEIRÓ, 2017).

Além disso, a prevalência da doença também deve ser considerada, pois em ambientes de baixa prevalência, o Teste Treponêmico pode resultar em valor preditivo positivo muito baixo (SOUZA, 2018).

Em pessoas vivendo com HIV/Aids, o teste sorológico para sífilis pode ser interpretado da mesma maneira, independentemente do *status* de HIV. No entanto, os médicos devem estar cientes das respostas sorológicas incomuns em tais indivíduos que têm sífilis (ANTUNES, 2017).

Na sífilis primária e menos comumente, na sífilis secundária, um aparecimento tardio de sororeatividade é comum e testes falso-negativos podem estar associados, tanto ao Efeito Prozona, quanto, à imunodeficiência avançada do paciente (acredita-se que reflita falência celular durante a infecção por HIV em estágio avançado) (RODRIGUES, 2015).

No que se refere aos métodos de diagnóstico diretos, como a *Treponema Pallidum* sempre foi tida como não cultivável, atualmente o organismo deve ser identificado por visualização direta ou detecção em espécimes clínicos. A microscopia de campo escuro e o teste de anticorpos fluorescentes diretos podem ser usados para detectar o organismo (ANTUNES, 2017).

Os testes *Point-Of-Care* (POC), que podem ser realizados em visitas clínicas, têm a hipótese de ter um efeito positivo na redução da duração da infecção, porque os pacientes podem ser tratados antes de deixarem o encontro clínico. Esses testes devem ser altamente sensíveis, específicos e baratos (FIGUEIRÓ, 2017).

A maioria dos testes POC para sífilis disponíveis, detectam anticorpos específicos para *Treponema Pallidum* e apresentam um desempenho razoavelmente “bom” em amostras de sangue total ou soro, com sensibilidades variando de 74% a 99% e especificidades variando de 94% a 99%, mas o principal desafio é sua incapacidade de diferenciar infecções previamente tratadas de infecções atuais (BOGASKI, *et al.*, 2020).

No que se refere ao diagnóstico de neurosífilis, não há consenso para o mesmo, mas se o diagnóstico estiver sendo considerado, testes adicionais no líquido cefalorraquidiano devem ser realizados (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Observa-se, então, que a definição de neurosífilis assintomática é bastante controversa. A realização, ou não, de punção lombar em pacientes, sem envolvimento neurológico, permanece controversa (DITTZ, 2019).

É difícil distinguir a reinfecção da sífilis da recidiva da doença, pois o diagnóstico depende dos achados clínicos da sífilis e de um aumento de 4 vezes no título de Testes Não Treponêmicos (LAFETÁ *et al.*, 2016).

A infecção por sífilis leva apenas à imunidade parcial à reinfecção. Assim, episódios subsequentes de sífilis, podem não se apresentar da mesma forma que os episódios iniciais. Além disso, em locais onde a sífilis é regularmente rastreada para pessoas de alto risco, é mais provável que a sífilis seja diagnosticada antes do desenvolvimento de sintomas clínicos, simplesmente devido a alterações nos títulos de Testes Não Treponêmicos (ANTUNES, 2017).

Tratamento

No que diz respeito ao tratamento, não há ensaios clínicos controlados disponíveis para otimizar o tratamento da sífilis. As recomendações baseiam-se principalmente em resultados laboratoriais, opiniões de especialistas, casos clínicos e na experiência adquirida ao longo dos anos (RODRIGUES, 2015).

A Penicilina G Benzatina é o tratamento de escolha para a sífilis, sendo preferível à penicilina de ação curta. No entanto, a dosagem, formulação e duração do tratamento dependem do estágio da doença e se a infecção envolve “locais protegidos” que “escondem” o *Treponema Pallidum* (estruturas oculares ou sistema nervoso central) (RODRIGUES, 2015).

Um Teste Não Treponêmico deve ser obtido imediatamente antes do início da terapia (idealmente, no 1º dia de tratamento) para estabelecer o título pré-tratamento. Este teste é fundamental para conhecer a adequação da resposta sorológica pós-tratamento (REGAZZI; BOTTINO, 2016).

No que se refere ao tratamento da sífilis precoce (sífilis primária, secundária e latente precoce), a terapia padrão baseada em dose única intramuscular de Penicilina G Benzatina (2,4 milhões de UI), mantendo essa concentração por até 21 dias. Entretanto, o aumento da dose não elimina os treponemas mais rapidamente (ANTUNES, 2017).

Regimes alternativos são normalmente administrados a pacientes que não podem tomar penicilina ou quando tal medicação não está disponível. Nesse caso, doxiciclina ou tetraciclina podem ser empregadas, com resposta sorológica, em 82,9% dos pacientes (BOGASKI *et al.*, 2020).

De acordo com Magalhães *et al.*, (2018), a ceftriaxona é uma alternativa promissora a Penicilina G Benzatina com boa penetração no Sistema Nervoso Central, com meia-vida longa que permite a dosagem uma vez ao dia e eficácia semelhante Penicilina G Benzatina (SILVA, 2019).

Contudo, reforça Rodrigues (2015) os dados clínicos são limitados e a dose ideal, bem como a duração do tratamento ainda não foram definidas.

Por sua vez, a azitromicina é uma alternativa, embora geralmente não seja recomendada devido ao rápido surgimento de resistência aos macrolídeos na *Treponema Pallidum* (SARAIVA *et al.*, 2016).

No que se refere ao tratamento da sífilis tardia (sífilis latente tardia e neurossífilis), o tratamento prolongado é necessário à medida que a duração da infecção aumenta (mais recaídas foram observadas em estágios posteriores após cursos curtos de tratamento). Durante a sífilis tardia, um exame do líquido cefalorraquidiano antes do início da terapia é necessário para investigar a neurossífilis (RODRIGUES, 2015).

Se a neurossífilis for excluída, o nível “treponemicida” de Penicilina G Benzatina deve ser mantido por 21 dias e 2,4 milhões de dose única intramuscular uma vez por semana por 3 semanas é a terapia padrão. Se um paciente perder uma dose ou se tiverem decorridos mais de 14 dias desde a dose anterior, o curso deve ser reiniciado. Para aqueles com doença cardiovascular, a antibioticoterapia não reverte as manifestações clínicas da sífilis, mas pode interromper a progressão da doença (BOGASKI, 2020).

Pacientes com Neurossífilis, geralmente, devem ser tratados com terapia intravenosa, porque a dose de Penicilina G Benzatina intramuscular que é administrada para outros estágios da sífilis e que não produz níveis mensuráveis da droga no líquido cefalorraquidiano. A terapia IV também deve ser administrada a pacientes com forte suspeita de sífilis no sistema nervoso central, mesmo que tenham *Venereal Disease Research Laboratory* -líquido cefalorraquidiano não reativo (ANTUNES, 2017).

Alternativas a esses esquemas terapêuticos são pouco estudadas nesse cenário. O tratamento baseado nos resultados do líquido cefalorraquidiano, na ausência de envolvimento neurológico, não foi associado a melhores resultados clínicos, mas pode mitigar o declínio cognitivo subsequente (SARAIVA, *et al.*, 2016).

Não há consenso sobre o manejo de sororápido ou não respondedores sorológicos. Contudo, um estudo recente entre pacientes não infectados pelo HIV com uma resposta sorológica ruim, após um tratamento adequado, não mostra nenhum (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Em respeito ao acompanhamento após o tratamento, os pacientes devem ser monitorados clinicamente e com testes laboratoriais para garantir uma resposta adequada à terapia (RODRIGUES, 2015).

A sífilis e a gestação

Sabidamente, a sífilis gestacional pode prejudicar o bebê, pois, quando a grávida não faz o tratamento, há um grande risco de o feto adquirir sífilis através da placenta, podendo desenvolver graves problemas de saúde como surdez, cegueira, problemas neurológicos e nos ossos (SOEIRO *et al.* 2021).

Para identificar a sífilis gestacional é importante que a mulher realize o teste de *Venereal Disease Research Laboratory*, no início da gestação, para verificar se está infectada pela bactéria responsável pela doença e, em caso positivo, saber sobre sua gravidade (SARAIVA *et al.*, 2016).

Outrossim, é importante que o tratamento para a sífilis gestacional seja iniciado assim que for feito o diagnóstico, pois somente como tal é possível prevenir a infecção do bebê. O tratamento deve ser realizado sob a orientação do médico e costuma ser realizado com injeções de Penicilina, de acordo com o estágio da doença. É considerável que o parceiro também faça o tratamento e que a grávida não tenha relações sem camisinha até o final do tratamento (ANTUNES, 2017).

Por sua vez, a sífilis congênita é uma infecção grave, incapacitante e muitas vezes com risco de vida, sendo observada em bebês cujas mães foram infectadas e não receberam tratamento (SOEIRO *et al.* 2021).

A sífilis congênita ainda representa um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde estimou mais de meio milhão de casos de sífilis congênita no mundo (aproximadamente 661 mil), resultando em mais de 200 mil

natimortos e mortes neonatais. A sífilis congênita é a segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo, precedida apenas pela malária (OPAS, 2019).

Se não tratada pode levar à morte fetal e alta morbidade e mortalidade neonatal. Infelizmente, na última década, houve um ressurgimento de casos ao redor do mundo (SARAIVA, *et al.*, 2016).

A sífilis congênita ocorre quando a subespécie *Treponema Pallidum*, infecta o feto de uma mulher tipicamente afetada pela sífilis primária ou secundária. apesar da ampla compreensão da doença, capacidade de tratamento e estratégias preventivas ideais, a sífilis congênita continua sendo uma das principais causas de mortalidade fetal e neonatal em todo o mundo (SARAIVA, *et al.*, 2016).

A carga global da sífilis congênita é exacerbada pela alta prevalência de coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana em adultos (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Silva (2019) afirma que a transmissão de mãe para filho pode ocorrer a qualquer momento durante a gestação. O risco de transmissão em relação ao estágio materno da infecção é maior durante a sífilis secundária, enquanto a infecção fetal durante a infecção latente tardia é incomum comum.

Acredita-se que testes durante as consultas de pré-natal e tratamento oportuno com antibióticos, apropriados para o estágio materno da sífilis, prevenirão a maioria dos casos de sífilis congênita (SARACENI, 2015).

Acredita-se que anualmente cerca de 1/3 dos casos de sífilis congênita foram diagnosticados em recém-nascidos cujas mães foram testadas durante a gravidez e podem ter adquirido a infecção após a testagem inicial, enfatizando a necessidade de testagem múltipla de gestantes em áreas de alta prevalência de sífilis primária e secundária ou em mulheres com alto risco de adquirir infecção (SARAIVA *et al.*, 2016).

No que se refere a epidemiologia, em todo o mundo, mais de meio milhão de casos de sífilis congênita foram diagnosticados em 2020 (taxa de 472 casos por 100.000 nascidos vivos), resultando em mais de 200.000 natimortos e mortes neonatais precoces (OPAS, 2019).

Os resultados adversos estimados ao nascimento diminuíram ligeiramente, mas não estatisticamente significante, de 397.000 casos em 2012 para 355.000 (que excluiu 306.000 casos assintomáticos) em 2020 (OPAS, 2019).

Em respeito as manifestações clínicas, a sífilis congênita ocorre quando a sífilis gestacional não é tratada ou o é tardiamente (<4 semanas antes do parto) ou inadequadamente (regime incompleto para o estágio da doença, tratamento com um agente diferente da penicilina), podendo resultar em morte (6,5% dos casos), dos quais mais de 80% são natimortos (DIITZ, 2019).

As decisões de diagnóstico e tratamento podem ser difíceis e não isentas de controvérsia, particularmente com a interpretação do recente estabelecimento do algoritmo de sequência reversa (SARAIVA *et al.*, 2016).

A sífilis congênita precoce é diagnosticada quando as crianças desenvolvem manifestações da doença nos primeiros 2 anos de vida. Estes são tipicamente sistêmicos, refletindo o processo inflamatório que ocorre em um ou muitos dos órgãos que foram afetados durante a infecção transplacentária (SILVA, 2019).

No que se refere ao tratamento e acompanhamento, a Penicilina G Parenteral permanece como o único antibiótico capaz de prevenir a trombose venosa profunda e a sífilis congênita. Gestantes com sífilis devem receber o esquema de penicilina apropriado para o estágio da infecção. As mulheres grávidas com história de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas e tratadas com penicilina. A decisão de tratar uma criança depende de a mesma ter sífilis congênita comprovada ou provável, ter sífilis congênita possível ou ser considerada menos provável ou improvável de ter sífilis congênita (SILVA, 2019).

Em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde continua a implementar programas de triagem pré-natal que incluem testes de sífilis juntamente com tratamento adequado e imediato com penicilina para mulheres grávidas. Esses programas foram capazes de demonstrar uma diminuição nos casos de sífilis congênita e, além disso, são rentáveis em comparação com o tratamento das sequelas a longo prazo da sífilis congênita não tratada (DIITZ, 2019).

Métodos

O trabalho foi realizado através da metodologia de revisão da literatura científica, com trabalhos publicados nas bases indexadas (LILACS, MEDLINE, BVS, SCIELO, PUBMED). Foram utilizados os seguintes termos: Enfermagem, Sífilis, Sífilis congênita, Atenção básica. O período de busca foi entre agosto de 2022 a outubro de 2022.

Foram incluídos os artigos disponíveis na íntegra, escritos em língua inglesa e/ou em língua portuguesa, que tratavam de situações que contemplavam o manejo e a abordagem da sífilis no pré-natal e o desfecho de sífilis congênita no âmbito da saúde pública brasileira, no período de 2012 a 2022.

Os critérios de exclusão foram artigo em duplicidade, não conter algum dos descritores utilizados, não corresponder ao objetivo desse estudo, não atender ao critério de relevância ao tema e não citar a sífilis congênita como desfecho desfavorável na sífilis na gestação.

Resultados e Discussões

Observa-se que os recém-nascidos podem ser tratados com sucesso com antibióticos apropriados iniciados logo após o parto, mas isso requer um alto índice de suspeição e diagnóstico apropriado que às vezes pode ser difícil.

Durante a gravidez, a infecção do parto é preocupante devido ao seu acometimento na forma congênita, aumentando os números de mortalidade perinatal, aborto e sequelas neurológicas em recém-nascidos (SILVA, 2019).

De acordo com Silva (2019), a sífilis gestacional e a sífilis congênita atingiram proporções não justificadas pela disponibilidade de diagnóstico e tratamento, bem como seus números não refletem o resultado esperado das constantes campanhas do Ministério da Saúde de combate à doença. É também um indicador de qualidade da assistência pré-natal, pois, quando realizada corretamente, não há motivos que justifiquem o nascimento de crianças com sífilis.

É possível observar que o número de publicações de enfermagem envolvendo o tema é reduzido. O foco da revisão da literatura está voltado para a patologia, tratamento, sequelas, diagnóstico diferencial, conhecimento, fatores de risco e fatores sociais.

O profissional de saúde, bem como toda a equipe multiprofissional, deve encontrar espaço para discussão e orientação dos casos, com foco em um processo de cuidado voltado aos aspectos biológicos, psicológicos e culturais da gestante. Os profissionais envolvidos nas corridas compartilham responsabilidades sobre o atendimento prestado no pré e pós-natal (MAGALHÃES, 2018).

Conhecimento sobre o esquema de tratamento para sífilis tardia

Para prescrever adequadamente um tratamento medicamentoso, os profissionais devem considerar a evolução ou o curso da infecção, para que, dependendo dos achados encontrados, o tratamento seja estabelecido, a adesão seja fiscalizada e o vínculo epidemiológico seja feito.

Para tanto, como ferramenta de auxílio ao Governo, Instituições de Saúde e profissionais da área, a Organização Mundial da Saúde (2021) estabelece o Guia Eliminação mundial da sífilis congênita, que recomenda como primeira escolha para sífilis tardia na gravidez, a administração da dose única intramuscular de Penicilina G Benzatina (2,4 milhões de UI).

Conhecimento sobre o teste rápido para o casal

No âmbito do conhecimento, o profissional de enfermagem deve saber os pormenores sobre o teste rápido para o parceiro, antes da aplicação do tratamento, uma vez o teste prévio não deve ser realizado para a aplicação do tratamento (LAFETÁ *et al.*, 2016).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde (2021) afirma que no(s) contato(s) sexual(is) de mulheres com sífilis gestacional, recomenda-se não realizar exames diagnósticos para sífilis, a fim de eliminar quaisquer barreiras à administração do tratamento (Penicilina G Benzatina) e assim prevenir casos de reinfecção para a gestante. E entende-se que se o parceiro sexual foi potencialmente infectado, a dose administrada para sífilis tem que ser “desconhecida”.

Em razão do exposto, ratifica-se que mesmo com a não realização do teste prévio para administração do tratamento ao(s) parceiro(s) sexual(is) da gestante, a educação deve continuar a ser prestada ao pessoal de saúde, tendo como referência as orientações da Organização Mundial da Saúde (2021) para o manejo adequado da patologia e não incorrer em ações que levem ao mau manejo da mesma, principalmente com casais que tendem a se mostrar relutantes ao tratamento.

O processo de acompanhamento pelo profissional de enfermagem nos casos de sífilis congênita

Na análise realizada das peças investigativas sobre sífilis congênita, destaca-se o papel do profissional de enfermagem e as intervenções assistenciais

realizadas, no processo de cuidar, como pilar fundamental para garantir a sobrevivência do recém-nascido nos primeiros dias de vida e no oferecimento de cuidados integrais, que determinam sua evolução durante a internação e o processo de acompanhamento dos mesmos em sua permanência no domicílio (SARACENI, 2015).

A descrição desta abordagem começa com: abordagem da equipe interdisciplinar; descrição operacional das intervenções assistenciais de monitoramento; e acompanhamento ambulatorial-evolução do recém-nascido após o tratamento.

As Intervenções realizadas pelo profissional de enfermagem

As intervenções de enfermagem incluem cuidado direto e indireto. Os tratamentos podem ser iniciados pela enfermeira, médico, ou outro agente provedor.

A intervenção de cuidado direto inclui duas ações de enfermagem: fisiológicas e psicológicas. Por sua vez a intervenção de cuidado indireto inclui o tratamento realizado longe do paciente, mas favorecendo-o, e/ou ao grupo de pacientes. Incluem ações dirigidas ao gerenciamento do ambiente de cuidado do paciente e colaboração multidisciplinar. O tratamento iniciado pela enfermagem consiste em uma intervenção em resposta ao diagnóstico do profissional e uma ação autônoma baseada no raciocínio científico (SARACENI, 2015).

As intervenções realizadas pelo profissional de enfermagem são: intervenções do tipo preventivo; intervenção de acompanhamento hospitalar; intervenções no acompanhamento extra-hospitalar; intervenções educativas; e intervenções relacionadas com o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação, que segundo a literatura revisada são as mais bem sucedidas no acompanhamento de recém-nascidos com sífilis congênita.

As intervenções do tipo preventivo, segundo Figueiró (2017) trata-se de detecção de casos de sífilis gestacional por meio do diagnóstico precoce de gestantes durante seu primeiro trimestre; realização dos exames diagnósticos necessários para confirmação do caso; início de tratamento oportuno e completo na gestante e seu parceiro com Penicilina G Benzatina para remoção da infecção; educação do paciente sobre a doença e informar as recomendações e a necessidade de continuidade do

tratamento e acompanhamento com exames laboratoriais para evitar reinfecção e transmissão da sífilis congênita e promover o uso do preservativo para evitar IST's.

Acompanhamento hospitalar, exame físico para sinais de sífilis congênita; anormalidades ósseas; secreção nasal aquosa; irritação da pele e rachaduras ao redor da boca, genitália e ânus; hepatoesplenomegalia; bolhas, especialmente nas palmas das mãos e plantas dos pés; febre; e em caso de baixo peso e parto prematuro, devem ser admitidos no Programa Mãe Canguru (HUMPHERY, 2016).

Da mesma forma, devem ser realizados testes laboratoriais: Testes Não Treponêmicos, *Venereal Disease Research Laboratory* séricos; testes de função hepática; hemograma completo; urinálise com proteinúria; radiografia de ossos longos; e punção lombar (REGAZZI; BOTTINO, 2016).

Durante a internação cabe ao profissional de enfermagem: alimentar o recém-nascido oferecendo leite materno a cada 3 horas ou uma fórmula infantil adequada; tomar e monitorar os sinais vitais; monitorar peso e diurese diária; administrar tratamento com penicilina cristalina; realizar cuidados de higiene e curativos, se necessário (dificuldade respiratória, cianose, icterícia, distensão abdominal, entre outros) frequentemente para evitar complicações; e orientar o principal cuidador sobre o acompanhamento que deve ser realizado na criança nos meses seguintes de vida (HUMPHERY, 2016).

Outro tipo são as intervenções no acompanhamento extra-hospitalar, tais como: comunicação contínua com o cuidador principal para examinar o estado de saúde da criança; monitorar o cumprimento dos controles; e realizar os exames correspondentes no período determinado (SARACENI, 2015).

Versa-se versa que em todas as crianças soropositivas, cujas mães foram positivas, os títulos de *Venereal Disease Research Laboratory* devem ser testados a cada 2-3 meses até que o teste não seja reativo ou o título tenha diminuído 4 vezes. Em crianças não soropositivas ou tratadas com sucesso, os títulos de anticorpos não treponêmicos aos 6 meses geralmente não são reativos (SARAIVA *et al.*, 2016).

Tem-se ainda as intervenções educativas, realizadas pela equipe de enfermagem, voltadas aos cuidadores principais do recém-nascido com sífilis congênita: buscam promover o autocuidado; prevenir a recorrência da doença; acompanhar o tratamento em tempo hábil; e reabilitar para melhorar a qualidade de vida do recém-nascido e dos pais. Tais intervenções são consideradas um pilar fundamental para o cuidado em saúde (HUMPHERY, 2016).

Haja vista, este tipo de intervenção inclui várias atividades: estratégias de comunicação informativa para o cuidador, incluindo planos de conversação, introdução de folhetos e respectiva explicação; educação para a alta hospitalar sobre os passos a serem seguidas para monitorização e cura da doença; apoio em situações de estresse; troca de opiniões, ideias e sentimentos que permitem, a quem sofre com essa mazela, auxiliar na superação dessa difícil fase da vida do recém-nascido e de seus cuidadores (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Por fim, as intervenções relacionadas com o uso das tecnologias da informação e comunicação, como chamadas ou videochamadas que facilitam o acompanhamento extra-hospitalar do recém-nascido e permitem a comunicação entre o profissional e o cuidador principal de forma a proporcionar apoio emocional; palestras educativas e motivacionais para alcançar o respectivo cumprimento dos controles da criança e a realização de exames no prazo acordado; uso de dispositivos móveis e redes sociais para manter contato contínuo com o principal cuidador da criança durante o acompanhamento e fornecer educação sobre prevenção de doenças virais e higiene pessoal, levando em consideração a situação atual da pandemia de Covid-19; uso de *blog* e aplicativos de saúde recomendados ao cuidador principal para fortalecer o aprendizado e obter informações atualizadas sobre patologia, tratamento, acompanhamento e sua importância para melhorar a saúde da criança; e armazenamento em formato eletrônico do histórico clínico, pois facilita o acesso às informações do paciente de qualquer centro de saúde e o acompanhamento é feito corretamente (MAGALHÃES, 2018).

De modo que as intervenções de enfermagem se referem a qualquer cuidado baseado no julgamento e conhecimento clínico do enfermeiro, tendo por base uma ação fundamentada cientificamente, realizada e prevista em benefício do paciente (SARAIVA *et al.*, 2016).

Conclusão

Em resumo, a infecção por sífilis gestacional ainda representa um problema de saúde pública mundial. Se não tratada, pode levar à morte fetal e alta morbidade e mortalidade neonatal. A sífilis congênita pode ser efetivamente prevenida por triagem sorológica pré-natal de mães e tratamento com penicilina de mulheres infectadas, seus parceiros sexuais e, quando indicado, seus recém-nascidos.

Diante da relevância científica, social e pessoal do trabalho, conclui-se que é necessário a adesão ao protocolo de vigilância da sífilis gestacional e congênita nas instituições de saúde por parte dos profissionais de enfermagem.

O trabalho teve como problema de pesquisa: Qual o papel da assistência de enfermagem frente ao diagnóstico de sífilis gestacional? Obteve-se como resposta que a atuação do profissional de enfermagem frente à sífilis congênita é essencial, pois presta cuidados específicos, identificando oportunamente os sinais de alarme, monitorando e alimentando continuamente o paciente, administrando o tratamento, levando e interpretando laboratórios. Além de realizar o acompanhamento extra-hospitalar dos casos diagnosticados, intervindo com ações educativas para o cuidador principal sobre a importância do tratamento e realização de exames sorológicos, já estabelecidos e evidenciados nas peças investigativas incluídas no trabalho, e que se implementados de forma correta, tempestiva e seguindo as indicações explícitas nos documentos, o profissional de enfermagem tem todas as bases para prestar cuidados a fim de evitar recaídas ou abandono do tratamento, bem como, aumentar o conhecimento sobre esta patologia e evitar possíveis complicações em recém-nascidos.

De acordo com os resultados da investigação, sugere-se que a instituição provedora de saúde continue capacitando enfermeiros de forma integral sobre as diretrizes técnicas e operacionais vigentes no território nacional, bem como as internacionais promulgadas pela Organização Mundial da Saúde, a fim de atender a gestante de forma holística e cumprir as metas estabelecidas pelo Governo Nacional.

Enfatiza-se que os profissionais de saúde que atendem as gestantes no pré-natal, devem reforçar conhecimentos, práticas e atitudes sobre sífilis gestacional e congênita, atualizando-se com base nas Diretrizes de Prática Clínica e protocolos assistenciais que norteiam amplamente o trabalho.

Em reforço a essas considerações, vale frisar que a pesquisa não esgota o assunto, pois ele pode desdobrar-se em pesquisas de maior fôlego, que exijam maior tempo de consulta teórica sobre o papel da enfermagem frente a sífilis congênita, além da pesquisa meramente bibliográfica, tais como pesquisas de campo e pesquisa-ação, a fim de se confrontarem os pressupostos teóricos.

Todavia, em que pesem as limitações do trabalho, ele tem a virtude de apontar caminhos para futuros pesquisadores, além servir de referencial teórico inicial para quem já trabalha na área.

Referências

ANTUNES, C. **Como transformar informações em conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 2017, p. 102-203.

BOGASKI, N. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. **A prevenção das DST/AIDS entre adolescentes**. Acta Paul Enferm. 2020; 13(1): 18-26. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/a-prevencao-das-dst-aids-entre-adolescentes/>. Acesso em: 11 set. 2022.

DITZ, E. S. **A mãe no cuidado do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2019. 4 ed. 147 p. Tese (Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECJS-7X3ERY/1/erika_da_silva_dittz.pdf. Acesso em: 12 set. 2022

FIGUEIRÓ, E. A. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 181-187, mar./abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/DBLqPzw6k3n4CwqfFgRkhZk/abstract/?lang=pt>
<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/DBLqPzw6k3n4CwqfFgRkhZk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2022.

HUMPHERY, M. **Congenital syphilis still a reality**. New York: Preston Hill, 2016. 409 p.

LAFETÁ, K. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 19, n. 1, jan-mar 2016; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>. Acesso em: 17 set. 2022.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* **Sífilis materna e congênita**: ainda um desafio. Caderno de Saúde Pública, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBY9Yb4FTvjhvCDz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**: novas estimativas sobre sífilis congênita. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2019-organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-Sifilis-congenita>. Acesso em: 29 set. 2022.

REGAZZI, J. C.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2016. 122 p.

RODRIGUES, C. S. **Sífilis Gestacional e puerpério: oportunidades estratégicas para sua prevenção e controle**. Belo Horizonte: UFMG, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECJS-73BJ78/1/celeste_de_souza_rodrigues.pdf. Acesso em: 12 set. 2022.

SARACENI, N. **A sífilis, a gravidez e a Sífilis Congênita**. 6 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2015. 280 p.

SARAIVA, K. S. *et al.* **Sífilis congênita**: conhecimento de puérperas sobre prevenção e tratamento dos filhos. 2016. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/1269>. Acesso em: 10 set. 2022.

SILVA, L. R. O que as mães sabem e sentem sobre a Sífilis Congênita: um estudo exploratório e suas implicações. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 393-401, 2019.

SOEIRO, C. M. O. *et al.* **Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita no Brasil**: uma avaliação por meio de *linkage* de banco de dados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.14; p. 715-900, 2021.

SOUZA, K. M. **Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família**. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_07.pdf. Acesso em: 10 de set. 2022.

TRIVIÑOS, A. M. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 14 ed. São Paulo: Atlas, 2017. 350 p.