



MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE
JANEIRO

MAIRA PEREIRA COSTA

ANALISE DA SÍFILIS CONGÊNITA E A INCIDÊNCIA NO BRASIL

RIO DE JANEIRO- RJ

2015

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ANALISE DA SÍFILIS CONGÊNITA E A INCIDÊNCIA NO BRASIL

MAIRA PEREIRA COSTA

*Trabalho de Conclusão do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.***

Orientadora: Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Co-Orientadora: Lucineide Fernandes Moraes.

RIO DE JANEIRO

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Costa, Maira Pereira

Análise da sífilis congênita e a incidência no Brasil.
Rio de Janeiro, 2015.

37 p.: il ;30 cm

Trabalho de Conclusão do curso de especialização em nível de Pós- Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Co-Orientadora: Lucineide Fernandes Moraes.

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1. Sífilis | 2. Sífilis Congênita |
| 3. Pré-natal | 4. Educação e saúde |

'Mais belas que as palavras de um médico é o carinho de uma enfermeira, que tem que amar por um curto tempo acostumando-se com as perdas.'

Matheus Chaves

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso cujo tema aborda: Análise da Sífilis Congênita e a Incidência no Brasil, sendo um trabalho de revisão bibliográfica que está vinculado à linha de pesquisa: O cuidar do processo saúde e doença e na grande área cuidado à saúde da mulher com o objetivo de descrever a Sífilis Congênita e sua Incidência no Brasil. Foram utilizados quatorze artigos selecionados nas bases de dados da BVS (SCIELO e LILACS) e no Google Acadêmico, publicados no período de 1998 a 2012 no idioma português. A análise de dados foi realizada através das modalidades de leitura seletiva, crítica e interpretativa que permitem o agrupamento e integração dos conteúdos considerados essenciais para responder as questões do estudo. A Sífilis é um grande problema de Saúde Pública no Brasil, pois quando não tratada em tempo e de forma adequada, pode evoluir para complicações mais graves, ocasionando a Sífilis Congênita e muitas vezes levando a óbito o recém-nascido. A sífilis congênita é considerada a doença com a maior taxa de transmissão vertical. A assistência pré-natal tem o papel de prevenir e cuidar das possíveis intercorrências maternas e perinatais, assim as ações direcionadas à eliminação da sífilis dependem da qualidade da assistência à saúde. Desse modo, torna-se necessário um investimento em qualificação/capacitação do profissional de saúde para que o mesmo possa exercer a função de educador e orientar sobre o uso regular de preservativos, diagnóstico precoce em mulheres e seus parceiros e tratamento adequado ao casal, uma vez que esta é, sem dúvida, a maneira mais viável de prevenir a Sífilis Congênita.

Palavras-chave: Sífilis- Sífilis Congênita- Pré-natal- educação e saúde

ABSTRACT

Work Completion of course the theme addresses: Analysis of Congenital Syphilis and incidence in Brazil, a bibliographic review work that is linked to the line of research: Taking care of the health and disease and the area carefully to women's health in order to describe the Congenital Syphilis and its incidence in Brazil. We used fourteen articles selected in the VHL databases (SciELO and LILACS) and Google Scholar, published from 1998 to 2012 in the Portuguese language. Data analysis was performed using the methods of selective reading, critical and interpretative that allow the grouping and integration of content considered essential to answer the questions of the study. Syphilis is a major public health problem in Brazil, since when not treated in time and properly, can progress to more serious complications, leading to congenital syphilis and often leading to death the newborn. Congenital syphilis is considered the disease with the highest rate of vertical transmission. Prenatal care has the role to prevent and take care of possible maternal and perinatal complications, so the actions aimed at elimination of syphilis depend on the quality of health care. Thus, an investment in qualification / training of health professionals it is necessary so that it can exercise the educator role and advise on the regular use of condoms, early diagnosis in women and their partners and adequate treatment to the couple, Since this is undoubtedly the most viable way to prevent the congenital syphilis.

Keywords: Sífilis- Syphilis Congênita- Pre- Christmas- education and health

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Taxa detecção de sífilis gestacional por região. Brasil, 2011.....	28
Gráfico 2	Taxa detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011.....	28
Gráfico 3	Taxa detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade e por região. Brasil, 1998 a 2012.....	29
Gráfico 4	Taxa detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade e por região. Brasil, 2011.....	30
Gráfico 5	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2011.....	30

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	7
2.	METODOLOGIA.....	10
3.	BASE CONCEITUAL.....	13
3.1	Concepção da Sífilis no Brasil.....	13
3.2	Programa de Pré-Natal.....	14
3.2.1	Pré-Natal Masculino.....	20
3.3	Conceito Sífilis.....	22
3.3.1	Critério de diagnóstico e tratamento.....	23
3.3.2	Conceito Sífilis Congênita.....	24
3.3.3	Sinais Clínicos da Sífilis Congênita.....	24
4.	ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.1	Vigilância Epidemiológica da Sífilis em gestante no Brasil.....	27
4.2	Controle da Sífilis Congênita.....	31
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
	APÊNDICE	37

1. INTRODUÇÃO

O **tema** deste trabalho de conclusão de curso é a Análise da sífilis congênita e sua incidência no Brasil, que está vinculado à **linha de pesquisa**: o cuidar do processo saúde e doença, que por sua vez está inserido à **grande área**: cuidado à saúde da mulher.

A **motivação** pela escolha do tema foi à preocupação pelo grande aumento da sífilis gestacional no Brasil, pois é sabido que seu desdobramento é a causa da sífilis congênita, e poder auxiliar e contribuir no cuidado à saúde e com o bem estar materno-infantil tornou-se um grande desafio.

O **Objetivo Geral** presente estudo é descrever a epidemiologia da Sífilis Congênita e a sua incidência no Brasil, tendo assim como **Objetivos Específicos**, descrever como acontece as consultas de pré-natal, descrever a sífilis gestacional, descrever o tratamento adequado à gestante e seu parceiro e por fim, conhecer/revelar a incidência da sífilis congênita no Brasil no período de 1998 a 2012.

A sífilis foi descoberta por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905 e foi denominada Spirochaeta pallida. O primeiro teste sorológico para a doença tornou-se disponível em 1906, através de Wassermann, Neisser e Bruck, utilizando a técnica de fixação de complemento. O antígeno para sua reação foi preparado a partir do extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006)

A sífilis é uma doença infecciosa crônica que pode ser transmitida durante o período de gestação e parto, é a que tem maior taxa de transmissão vertical. Trata-se de uma doença infectocontagiosa, de distribuição mundial, transmitida pelas vias sexual, parenteral e vertical, sendo causada pelo Treponema Pallidum. O tratamento indicado para sífilis durante a gravidez é adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente, o tratamento só é eficaz se realizado por completo. (BRASIL, 1999)

Segundo publicação do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância em Saúde (2006), dentre as inúmeras doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção através da transmissão vertical, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo-se para 30% nas fases latentes tardias e terciárias da infecção materna. Quanto aos desfechos, o aborto espontâneo, o feto natimorto ou a morte perinatal estão presentes em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas.

Muitos pré-natais não oferecem como rotina o VDRL. Exame de sangue que auxilia o médico no diagnóstico da sífilis, o VDRL investiga a presença, no sangue, da bactéria *Treponema Pallidum*, a causadora da sífilis em parturientes, dessa maneira mãe e bebê retornam à comunidade com a possibilidade do agravo. Esse descuido com a sífilis na gestação pode estar promovendo o aumento do número de casos de sífilis congênita, necessitando, portanto, de políticas públicas e ações eficazes para eliminar essa doença que teoricamente, é de fácil controle. (BRASIL, 1999)

Vale destacar também que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, enquanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso, por este motivo é recomendável o investimento em ações educativas com finalidade de informar e esclarecer os indivíduos sobre a importância da prevenção em saúde. (BRASIL, 1999)

A pesquisa respaldará a reflexão acerca de propostas de educação em saúde durante o pré-natal, de modo que haja compreensão e um olhar diferenciado para a incidência da sífilis congênita, da equipe multiprofissional pré-natalista. Esperamos, ainda que, este estudo possa apontar à necessidade de ter um ensino de qualidade que valorize propostas educativas eficientes e eficazes, contribuindo com a prática obstétrica na consulta de pré-natal, empoderando a mulher à maternidade (Instruções sobre a sífilis e sífilis congênita, orientações sobre uso de medicações e seu tratamento).

Este estudo se **justifica** por contribuir para uma melhor compreensão da sífilis congênita, mediante a identificação de alguns dos fatores críticos de vulnerabilidade

que possam estar contribuindo na área do estudo, para o retardo no alcance da meta proposta de diminuição da Sífilis Congênita.

Pretende-se, também, aprofundar o conhecimento acerca dos fatores de vulnerabilidade associados à morbimortalidade da Sífilis Congênita e materna, em particular, sobre o processo da assistência pré-natal.

Na **relevância social** a pesquisa visa contribuir na melhora da qualidade dos atendimentos dos profissionais de saúde atuantes na consulta de pré-natal, apontando possibilidades para tornar viável a implementação desta melhoria na qualidade da assistência.

A **relevância acadêmica** reside na reflexão sobre a proposta de educação em saúde permanente, como um viés no alcance da excelência do acompanhamento das consultas de pré-natal, de modo que haja melhor compreensão e olhar diferenciado dos discentes, docentes e equipe multiprofissional para a sífilis congênita, visando uma prática de ensino de qualidade que valorize os aspectos subjetivos envolvidos nesta patologia.

2. METODOLOGIA

Optou-se por adotar no presente estudo a pesquisa bibliográfica com abordagens qualitativa e quantitativa que segundo GIL (2002):

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em matéria já elaborada, constituída principalmente de livros e artigos científicos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na internet.

E de acordo, ainda, com a professora Maria Cecília Minayo (2006):

A pesquisa bibliográfica coloca a frente os desejos do pesquisador e os autores desenvolvidos em seu horizonte de interesse. Esse esforço de discutir ideias e pressupostos tem como lugar privilegiado de levantamento (...), os centros especializados e arquivos. Nesse caso, trata-se de um campo de natureza teórica que não ocorre diretamente de pesquisador e atores sociais que estão vivenciando uma realidade peculiar dentro de um contexto histórico social.

Com finalidade de legitimar a pesquisa integrativa como opção do presente trabalho trouxemos a afirmação de GANONG (1987), que postula o seguinte:

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Baseado, ainda, nos estudos de metodologia da pesquisa da professora Maria Cecília Minayo (1996), justificamos a opção da escolha da abordagem qualitativa, que segundo a mesma:

Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado; trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização e variáveis.

MARCONI E LAKATOS (2005) descrevem que a pesquisa bibliográfica, não se trata de uma *mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sobre novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras*. Portanto, este estudo, sintetiza o conhecimento prévio do

assunto com busca nas informações em referências, como livros, manuais, teses e dissertações e artigos científicos, procurando a fundamentação adequada para sua realização.

A pesquisa bibliográfica facilita o acesso de diferentes visões sobre o objeto de estudo no campo da enfermagem obstétrica. Segundo GIL (2002) *O estudo procura o aprofundamento de uma realidade específica*. É basicamente realizada por meio de observação indireta e de informações para captar as explicações e interpretações do que ocorre naquela realidade. É realizada uma revisão da literatura disponível em livros, revistas e pesquisas científicas.

Quanto ao método de análise e abordagem dos dados, optou-se pelo qualitativo. NEVES (1996) afirma que:

[...] enquanto estudos quantitativos geralmente procuram seguir com rigor um plano previamente estabelecido (baseado em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objeto de definição operacional), a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos, geralmente não emprega instrumental estatístico para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos.

Considerando o objetivo da pesquisa, esta, ainda, pode ser classificada como descritiva, que conforme GIL (2002):

Tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sobre este título.

O levantamento e a seleção dos artigos foram realizados nas bases de dados tais como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), no Scientific Electronic Library on line (SciELO), e no acervo do Ministério da Saúde. O critério para escolha das bases de dados fundamenta-se no fato de que estas bases privilegiadas concentram maior número de publicações. Foram incluídos, resumos, artigos de periódicos resultantes de pesquisas e livros publicados no período de 1998 a 2012.

O critério utilizado para a seleção dos artigos trabalhados neste estudo foi a partir de um levantamento bibliográfico através dos indexadores científicos acima citados como fonte de pesquisa para iniciar o trabalho. Com as palavras norteadoras Sífilis, Sífilis Congênita, Cuidado com o Pré-Natal e Educação e Saúde obteve-se uma lista de quarenta e sete artigos científicos, entre o período de 1993 a 2012.

Neste levantamento apareceram outros temas relacionados à Sífilis e suas consequências. Porém o critério adotado para chegar à lista mais refinada de quatorze artigos foi à inclusão dos artigos que associavam à Sífilis a gravidez e com propostas e projetos de Educação em Saúde voltados à Sífilis na gravidez com pesquisas realizadas em hospitais públicos. Os demais artigos foram excluídos por não pertencerem ao escopo da pesquisa.

A técnica de análise de dados foi realizada de acordo com o preconizado por Cervo, Bervian e Silva (2007), através pré-leitura, leitura seletiva, leitura crítica e reflexiva e fichamento.

3. BASE CONCEITUAL

3.1 Concepção da Sífilis no Brasil

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa ¹, a sífilis é uma doença milenar, descrita biblicamente. A palavra sífilis vem do grego: sys = porco + philein = amar e significa “amor imundo”. Já a palavra lues, usada como sinônimo de sífilis vem do latim e significa praga, pestilência, epidemia e corrupção.

Segundo FREYRE, (1963). Uma variedade de livros de história apresenta a sífilis como uma vingança da América para os colonizadores europeus: Colombo teria regressado para o Velho Mundo carregando nova bactéria nas caravelas, mas alguns pesquisadores questionam e apontam uma origem mais antiga: a sífilis teria surgido entre 16,5 mil e 5 mil anos atrás,

A colonização traria a disseminação de inúmeras doenças aos demais povos. Os navios negreiros, abarrotados de escravos trazidos do continente africano, eram ambientes próprios de disseminação entre eles, que, muitas vezes, nem conseguiam chegar à América com vida.

Assim como o pensamento europeu dominaria a economia do Brasil até o século XVIII, também a influência de sua concepção racial sobre a doença tornaria-se um temeroso tabu social ao longo dos tempos.

Em meados do século XIX, a sífilis ressurgia em epidemias no Brasil, ocasionando novamente o pânico na sociedade da época, associando sua condição de doença a uma espécie de mal terrível. (CARRARA, 1996)

Segundo HELMAN (2003), muitos problemas na saúde pública têm uma relação direta ou indireta com a pobreza, o que implica condições básicas de higiene e saúde. Por isso, de modo influente, um dos fatores mais recorrentes para explicar a relação social com as epidemias de doenças infectocontagiosas, assim como a sífilis, é apontado também pela industrialização. (HELMAN, 2003)

A medicina no Brasil se colocaria em combate às epidemias, após as descobertas da microbiologia, nos séculos XVIII e XIX, ocasionando pesquisas

¹Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, popularmente denominado Dicionário Aurélio ou simplesmente Aurélio, é um dicionário do idioma português, editado no Brasil e lançado originalmente em fins de 1975.

científicas que, em grande parte, foram de Louis Pasteur, microbiologista francês, que desvendou os verdadeiros agentes transmissores. (BRAGA, 2008)

A sífilis foi descoberta por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905 e foi denominado Spirochaetapallida, em 1906 surgiu o primeiro teste efetivo para a sífilis, o teste de Wassermann, já em 1910, foi escolhido o uso de drogas contendo arsênico - Salvarsan e somente a partir da descoberta da penicilina e sua difusão depois da Segunda Guerra Mundial, os outros tratamentos passaram a ser obsoletos, e foi possível então a cura efetiva da sífilis. (AVELLEIRA e BOTTINO,2006)

3.2 Programa de Pré- Natal

Durante a gravidez muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais. É muito importante promover uma assistência psicológica e emocional, pois este é um período em que a mulher vive uma fase mais sensível, mais emotiva, é quando surgem muitas dúvidas e medos. É fundamental que as mulheres sejam orientadas e ajudadas para que se situem de uma maneira equilibrada e tranquila, simplesmente voltada para as sensações boas e novas que ela começa a apresentar. (BRASIL,2012)

Através de um acompanhamento é possível assegurar maior equilíbrio a gestante. É a assistência que se dá a mulher a partir do momento em que ela engravida que ajudará o médico a diagnosticar e tratar doenças preexistentes. (RODRIGUES et al, 2010)

Inicialmente, a consulta será mensal e à medida que a paciente chegar à gravidez a termo, as consultas serão feitas com intervalos menores, dependendo de cada caso. Durante essas consultas mensais, qualquer eventualidade que aconteça, o intervalo poderá ser mudado.(BRASIL, 1999)

No início são realizados exames laboratoriais na tentativa de diagnosticar algumas patologias que possam afetar a mãe e o feto durante a gestação. Os exames de uma maneira geral são: tipagem sanguínea, hemograma, glicemia, pesquisas de toxoplasmose, rubéola, sífilis, fezes, urina, justamente visando

detectar algumas alterações que possam ser tratadas. Hoje, existem recursos para realizar exames na tentativa de diagnosticar patologias cromossômicas, como por exemplo: biopsia vilio cordial para detecção principalmente de Síndrome de Down. (BRASIL, 1999)

Os especialistas reforçam a importância do pré-natal da mulher de hoje, que se considerar sua ascensão sociopolítica e econômica, tornou mais exigente em termos de acompanhamento, cobrando um maior suporte e atenção a nível médico. (BRASIL, 1999)

O pré-natal é de grande importância na História da Saúde Pública por diminuir consideravelmente o risco de complicações pré e pós-parto, através de consultas periódicas e contínuas com o médico, enfermeiro e equipe multiprofissional, as quais tem o intuito de prevenir intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis. (PEREIRA, 2005).

Diante da representatividade dos problemas relacionados à saúde da mulher no Brasil, tais como mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST), o Ministério da Saúde lança, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Segundo ÁVILA E CORRÊA, 1989.

O PAISM rompeu com a lógica do exagerado intervencionismo sobre o corpo da mulher, considerando-as sujeitos de transformação de suas realidades, com direitos e deveres. Nesse sentido, destaca o caráter de autonomia, condizente com os ideais feministas, que defendiam o lema “nosso corpo nos pertence”.

Sendo assim, os profissionais deveriam ser capacitados para atender a comunidade de modo a operacionalizar esta ideia, eficaz e condizente com seus conceitos (OSIS, 1998).

A Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Ações Programáticas Estratégicas da área Técnica de Saúde da Mulher recomenda que deve ser fornecido pelo serviço de saúde o seguinte:

-O cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre mesmo;

-A solicitação dos exames de rotina. As mulheres que fazem acompanhamento do pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) dispõem de 23 exames, sendo que 14 deles foram acrescentados à lista com a implantação da Rede Cegonha, lançada pelo governo federal em 2011. Mesmo com esta cobertura, os cuidados para garantir uma gravidez saudável devem começar antes da fecundação. (BRASIL, 2012).

-As orientações sobre a sua (gestante) participação nas atividades educativas reuniões em grupo e visitas domiciliares;

-O agendamento da consulta médica para pesquisa de fatores de risco.

As consultas de pré-natal criam inúmeras possibilidades: permite identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, etc. O diagnóstico possibilita medidas terapêuticas que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida. (BRASIL, 1999)

Estas consultas possibilitam a detecção de problemas fetais, tais como má formação, que em fases iniciais permitem o tratamento intrauterino que proporciona ao recém-nascido uma vida normal. Avalia ainda aspectos relativos à placenta, possibilitando tratamento adequado, pois a localização inadequada da mesma pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos. Identifica, também, precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento de função renal e cerebral, podendo ocasionar convulsões e coma. Esta patologia constitui uma das principais causas de mortalidades o Brasil.(BRASIL, 1999)

Os principais objetivos do pré-natal são:

-Preparar a mulher para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (puericultura);

-Fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida. Na gravidez, o exercício físico deve ser leve ou moderado. A rotina de atividades depende do perfil de cada gestante. Se a mulher nunca fez atividade física, não é recomendado que de uma hora para outra ela passe a fazer. É preciso ter cuidado para que seja de maneira

gradual e suave. As caminhadas são uma boa opção, pois ativam a circulação, principalmente das pernas, e auxiliam o processo digestivo. A mulher precisa encontrar um exercício prazeroso e que traga tranquilidade. Além disso, é importante evitar movimentos bruscos e abdominais. (PORTAL SAUDE, 2012).

-Orientar sobre a manutenção essencial de estado nutricional apropriado. É necessário para evitar malformação da medula óssea e da meninge uso de ácido fólico três meses antes de engravidar. Os cuidados com a alimentação também devem ser anteriores à gravidez. O ideal é que a mulher alimente-se corretamente. O cardápio precisa ser rico em frutas, vegetais e proteínas de alta qualidade. Gorduras e produtos industrializados devem ser evitados, além das bebidas alcoólicas, do fumo, uso de drogas e café.

O risco de contaminação por toxoplasmose exige atenção redobrada no consumo de alimentos mal cozidos, como vegetais ou carnes, principalmente quando os procedimentos de higienização são desconhecidos. Os problemas são variados e podem ser transmitidos ao feto. Há possibilidade de cegueira e microcefalia.

- Orientar sobre o uso de medicações que possam afetar o feto ou o parto ou medidas que possam prejudicar o feto;

- Tratar das manifestações físicas próprias da gravidez;

-Tratar de doenças existentes, que de alguma forma interfiram no bom andamento da gravidez;

- Fazer prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças próprias da gestação ou que sejam intercorrências previsíveis dela;

- Orientar psicologicamente a gestante para o enfrentamento da maternidade;

- Nas consultas com o profissional de saúde deverá orientar a paciente com relação à dieta, higiene, fumo, drogas e outras eventuais orientações que se façam necessárias. Na gravidez há maior capacidade de desenvolver alergias, então deve ser evitado o uso de produtos cosméticos. Produtos com ácido retinóico e vitamina A

na fórmula, por exemplo, não podem ser usados. Escova progressiva, alisamentos e tinturas também devem ser evitados, porque todas estas formulações possuem formol. São produtos com potencial tóxico. Há uma hipersensibilização neste período então, o recomendado é deixar de usar.

Lançada em 2011 pelo governo federal, a Rede Cegonha vem qualificando a assistência prestada às gestantes no SUS. A estratégia conta com R\$ 239 milhões para propostas apresentadas por estados e municípios. Dentro da estratégia existem ações que também visam melhorar a assistência às mulheres negras, quilombolas e adolescentes. (BRASIL, 2012).

O Ministro da Saúde juntamente com o presidente da Caixa Econômica Federal (CEF), assinaram um contrato que garantirá a todas as gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) o benefício de até R\$ 50,00, para o apoio ao deslocamento para realização das consultas de pré-natal e para o parto. O sistema está disponível para que os municípios solicitem a senha de acesso. A Rede Cegonha incluiu o exame de eletroforese de hemoglobina, exame específico para identificação da anemia falciforme, para todas as gestantes como rotina com o objetivo de melhorar o diagnóstico e tratamento. Essa ação privilegia mulheres negras pelo fato de anemia falciforme ser mais prevalente nelas. A redução da mortalidade materna foi o primeiro resultado observado com a implantação da Rede Cegonha, apesar desta redução, ainda estamos longe de cumprir o objetivo do milênio, mas é uma sinalização de que é possível avançar com a ajuda da sociedade e o compromisso dos gestores públicos. Nesta iniciativa, também foi incluída a capacitação das parteiras quilombolas para qualificar a atenção ao parto e nascimento, elas também receberão os kits parteiras. O Ministério da Saúde já comprou 1.680 kits para parteiras tradicionais e parte dos kits é destinada às quilombolas. (BRASIL, 2012).

Em 2012 espera-se beneficiar um milhão de gestantes (mais de 40% das gestantes usuárias do SUS) devem receber o benefício. Até 2013, a meta é alcançar todas as grávidas (2,4 milhões). A proposta do auxílio foi aprendida com municípios que já concediam esse benefício, que mostraram que esta ação aumentava a adesão das mulheres ao pré-natal.

Por meio da Rede Cegonha, tem-se investido em medidas para evitar atitudes discriminatórias e violentas contra as mulheres. Essas medidas incluem a qualificação do atendimento no parto e ao nascimento, de forma humanizada, e através da qualificação das maternidades. Também preveem o acompanhamento das gestantes e identificação dos riscos social e clínico. (BRASIL, 2012)

Com a Rede Cegonha, foram acrescentados os seguintes exames: Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis o qual é dividido em dois testes são eles: não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos² (TPHA, FTA-Abs, ELISA); Teste rápido de HIV³; Cultura de bactérias para identificação (urina); Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina; Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; proteinúria (teste rápido); Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo.

O Ministério da Saúde também tem capacitado profissionais e qualificando serviços que atendem as mulheres em situação de violência. O SUS conta atualmente com 552 serviços de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual e 64 serviços para a realização de aborto legal. Considera-se que é imprescindível a educação permanente dessas equipes de acompanhamento ao pré-natal. Acredita-se que a notificação compulsória vai permitir melhores condições para identificar onde se precisa expandir e qualificar os serviços, sobretudo na humanização desse atendimento. (BRASIL, 2012)

Para as adolescentes, o benefício importante é a inclusão do teste rápido de gravidez no SUS e o encaminhamento para orientação sobre gravidez não planejada indesejada, seja nas Unidades Básicas de Saúde ou por meio do Programa Saúde na Escola. Todas as mulheres também serão beneficiadas pelo sistema que melhora o acompanhamento das gestantes de risco. (BRASIL, 2012).

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) é um movimento que pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um

²Testes não treponêmicos: provas lipídicas ou reagínicas; Testes treponêmicos: pesquisa de Ac específicos. São testes indicados para confirmação do diagnóstico de sífilis.

³HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da aids, ataca o sistema imunológico, responsável pela defesa do organismo frente a microrganismos.

cuidado ao processo de gravidez, parto, nascimento e amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico.

Outra instituição é a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que é responsável no Brasil desde 2010, pela campanha “Ponto Final na Violência contra as Mulheres e Meninas”, juntamente com a Rede de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG) e Coletivo Feminino Plural. Dentre os objetivos da iniciativa está à mudança de atitudes e crenças sociais relacionadas à discriminação, desigualdades e iniquidade de gênero que promovem a violência contra as mulheres. (BRASIL, 2012)

De acordo com o Ministério da Saúde, as gestantes estão aderindo cada vez mais à assistência prestada pelo Serviço de pré-natal e os Profissionais de Saúde estão cada vez mais conscientes da importância deste atendimento para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL,2005).

Ressalta-se que o SUS preconiza dentro de seus princípios e diretrizes a integralidade da assistência que é atendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigindo uma resposta para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (SANTOS, 2007).

3.2.1 Pré-Natal Masculino

Embora, ainda, não esteja oficialmente implantado o pré-natal masculino é considerado uma estratégia de prevenção e já é adotado em alguns estados e municípios do país, este foi o motivo pelo qual consideramos essencial a sua inclusão no corpo deste estudo.(BRASIL, 2010)

O Ministério da Saúde pretende adotar mais uma estratégia para estimular a população masculina a fazer exames com mais frequência. A campanha que está sendo difundida pelo órgão na rede de saúde quer motivar os futuros pais a fazerem o "pré-natal masculino", ou seja, um conjunto exames preventivos durante o pré-natal da parceira.(BRASIL, 2010)

A ideia é que os profissionais de saúde aproveitem o momento em que o homem está mais sensível – às vésperas de ser pai – para incentivá-lo não só a acompanhar as consultas durante os nove meses de gestação da parceira como também a fazerem um check-up. Para o Ministério da Saúde, essa iniciativa parte do princípio de que o homem precisa se cuidar para cuidar da família.

Segundo o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), esta é uma estratégia que está sendo difundida entre as secretarias municipais de Saúde.

O I Seminário Internacional de Saúde do Homem nas Américas, realizado nos dias 13 e 14 de setembro de 2010, em Brasília, levantou pontos de discussão e reflexão acerca da saúde do homem, analisando diversos contextos socioculturais apresentados por representantes de onze países americanos, são eles: Brasil, México, Guatemala, Canadá, Costa Rica, Uruguai, Paraguai, Equador, Chile, Bolívia e Peru. Foram compartilhadas experiências de promoção da saúde masculina e estratégias de ações executadas nessas nações. Essas ações visam estabelecer uma agenda comum de cooperação internacional para estimular os homens a se envolverem nos cuidados preventivos com a saúde. (BRASIL, 2010).

Atualmente, existem iniciativas de “pré-natal masculino” principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. Incentivam os pais a realizarem exames para diagnóstico precoce e tratamento de doenças que podem afetar a saúde da mulher e, por consequência, a do bebê.

O principal objetivo é combater Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), por meio de exames de sífilis, HIV e hepatites virais B e C. Na oportunidade, médicos também diagnosticam hipertensão arterial, diabetes, colesterol outros tipos de doenças.

Em Várzea Paulista (SP), a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve um programa semelhante, mas, neste caso, os homens aprendem a cuidar do bebê. Campinas também usa a estratégia. E em São José do Rio Preto (SP), o “pré-natal masculino” está previsto em lei municipal.

No Rio de Janeiro (RJ), a Secretaria Municipal de Saúde promove ações junto aos médicos da rede pública para que eles estimulem os futuros pais a cuidarem da saúde. O projeto foi batizado de Unidade de Saúde Parceira do Pai.

Os homens são mais resistentes segundo estudos do Ministério da Saúde, a população masculina geralmente procura cuidado médico quando o problema de saúde já foi detectado e está em estágio de evolução. Acredita-se que por motivos culturais, os homens têm mais resistência a procurarem cuidados médicos e a se prevenirem.

Muitos deles também não seguem os tratamentos recomendados. Além disso, indicadores mostram que os homens têm hábitos de vida menos saudáveis e estão mais suscetíveis a fatores de risco para doenças crônicas. (BRASIL, 2010)

3.3 Conceito de Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, milenar que é causada por uma bactéria chamada *Treponema Pallidum*, gênero *Treponema*. As patogênicas são o *Treponema Pallidum subsp. pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema Carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema Pertenuis*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *Treponemapallidum subspendemicum*. (BRASIL, 2005)

A forma de transmissão de sífilis mais comum é através da via sexual e denominada de sífilis adquirida, a transmissão vertical, ou seja, via placenta da gestante para o feto é nomeada de sífilis congênita. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por maior dos casos de sífilis. Há outras formas de transmissão da sífilis, porém estas são mais raras e, se processam por via indireta, objetos contaminados, tatuagens e por transfusão sanguínea. (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006)

A penetração do *treponema* é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Logo após, o *treponema* atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem

depositar-se em qualquer órgão. Entretanto, a imunidade humoral⁴ não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *Treponema pallidum* multiplicar e sobre viver por longos períodos.(BRASIL,2005)

3.3.1 Critério de diagnóstico e tratamento

A história natural da doença mostra evolução que alterna períodos de atividade com características imunológicas,histopatológicas e clínicas distintas e períodos de latência (sífilis latente).A sífilis divide-se em sífilis recente,cujo diagnóstico é feito em até um ano após a infecção, e sífilis tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano da infecção.(BRASIL,1999)

A sífilis primária é o primeiro estágio da patologia. Cerca de 2 a 3 semanas após ser infectado, formam-se feridas indolores, chamados cancros, no local da infecção. Não é possível observar as feridas ou qualquer sintoma, principalmente se as feridas estiverem situadas no reto ou no cólon do útero. As feridas desaparecem em cerca de 4 a 6 semanas depois, mesmo sem tratamento. A bactéria torna-se inativa no organismo nesse estágio. O tratamento de Sífilis da sífilis primária é a base de Penicilina benzatina 2.400.000UI, intramuscular, dose única. (AVELLEIRAE BOTTINO,2006)

A sífilis secundária acontece cerca de 2 a 8 semanas após as primeiras feridas se formarem, cabe esclarecer que a mesma apenas se desenvolve caso a primária não seja devidamente tratada. Esses sintomas geralmente somem sem tratamento e, mais uma vez, a bactéria fica inativa no organismo. O tratamento da Sífilis secundária ou latente recente (com menos de um ano) é tratada com Penicilina benzatina 4.800.000UI, intramuscular, em duas dose semanais de 2.400.000UI.(AVELLEIRAE BOTTINO,2006)

A Sífilis terciária é o estágio final da sífilis. A infecção se espalha para o cérebro, o sistema nervoso, o coração, a pele e os ossos. A bactéria dormente pode ser detectada tanto por meio da observação do dano causado em uma parte do corpo, quanto por meio de exame de sangue para sífilis. O tratamento da Sífilis

⁴Imunidade humoral é uma subdivisão da imunidade adquirida onde a resposta imunológica é realizada por moléculas existentes no sangue, denominadas de anticorpos, produzidos pelos linfócitos B, diferente da imunidade mediada por células, que são realizadas pelos linfócitos T.

tardia chamada de sífilis terciária, sífilis latente tardia (com mais de um ano) e sífilis latente de tempo desconhecido é com Penicilina benzatina 7.200.000UI, intramuscular, em três doses semanais de 2.400.000UI. (AVELLEIRAE BOTTINO,2006)

3.3.2 Conceito de Sífilis Congênita

A Sífilis Congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, podendo ocasionar aborto e óbito fetal (natimorto). (BRASIL,2006)

A transmissão vertical do *Treponema Pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A taxa de infecção da transmissão vertical do *Treponema Pallidum* em mulheres não tratadas é de 70% a 100%, nas fases primárias e secundárias da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna. (BRASIL,2006)

Há possibilidade de transmissão direta do *Treponema Pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis. (BRASIL,1999)

Durante a gravidez quando a mulher adquire Sífilis, poderá haver infecção sintomática ou assintomática nos recém-nascidos. Mais da metade das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, o surgimento dos primeiros sintomas é geralmente nos três primeiros meses de vida. Por isso, a importância da triagem sorológica da mãe na maternidade. (BRASIL,2006).

A infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorre antes do 4º mês de gestação, entretanto, já se constatou a presença de *Treponema Pallidum* em fetos, já a partir da 9ª semana de gestação. As alterações fisiopatogênicas observadas na gestante são as mesmas que ocorrem na não gestante. A sífilis congênita apresenta,

para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período. (BRASIL,1999)

Nos casos de sífilis gestacional que pode gerar a sífilis congênita não confirmada a radiografia dos ossos longos pode oferecer auxílio diagnóstico,são alterações mais características a osteocondrite, periostite e a osteomielite. Em alguns casos podem ser as únicas alterações no recém-nato. (BRASIL,2005)

O tratamento adequado para sífilis durante a gravidez é adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente o tratamento só é eficaz se realizado por completo. (BRASIL, 1999)

3.3.3 Sinais Clínicos da Sífilis Congênita

Na Sífilis Congênita Precoce, os sinais e sintomas surgem até os 2 anos de vida: baixo peso; coriza serossanguinolenta; obstrução nasal; prematuridade; osteocondrite; choro ao manuseio; pênfigo palmoplantar; fissura peribucal; hepatoesplenomegalia; alterações respiratórias/pneumonia; icterícia; anemia geralmente severa; hidropsia; pseudoparalisia dos membros; condiloma plano. (BRASIL, 2010)

Na Sífilis Congênita Tardia, os sinais e sintomas surgem a partir dos 2 anos de vida, tibia em “lâmina de sabre”; fronte olímpica; nariz em sela; dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson); mandíbula curta; arco palatino elevado; ceratite intersticial; surdez neurológica; dificuldade no aprendizado.(BRASIL, 2010)

É considerado Natimorto por Sífilis todo caso de óbito fetal com mais de 22 semanas de gestação ou peso maior que 500g, de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis. O Aborto por sífilis é todo caso de morte fetal com menos de 22 semanas de mãe não tratada ou inadequadamente tratada para sífilis, afastadas causas de aborto não espontâneo.(BRASIL, 1999)

Exames complementares para detecção da sífilis: Sorologia não-Treponêmica (VDRL e RPR); Sorologia treponêmica (FTA-Abs, TPHA, ELISA) ;Raio-X de Ossos Longos; Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR).(BRASIL, 2010)

4. ANÁLISE DE DADOS

4.1 Vigilância Epidemiológica da Sífilis em gestante no Brasil

A portaria no 33º, de 14 de julho de 2005, que inclui Sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória, apresenta os seguintes objetivos: controlar a transmissão vertical do *Treponema Pallidum* e acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle. (BRASIL, 2005)

A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações; todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério; todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita. (BRASIL, 2005)

Anualmente, cerca de três milhões de mulheres dão à luz no Brasil. Estimativas de 2004 apontam prevalência de sífilis em 1,6% das mulheres no momento do parto - aproximadamente 49 mil gestantes, 12 mil nascidos vivos com sífilis, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS⁵, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV no mesmo grupo, estimando-se um total de 48.425 gestantes infectadas naquele ano. Comparando o dado estimado em 2004, com o dado notificado em 2005 (1.863), calcula-se que a vigilância só alcançou 3,8% dos casos esperados. Considerando o total de casos notificados de sífilis em gestantes em 2011 (14.321), pode-se dizer que esse aumento, possivelmente, é consequência dos esforços de fortalecimento dos serviços de pré-natal, com a realização de diagnóstico precoce e tratamento. (BRASIL, 2012)

Entre 2005 e junho de 2012, no Brasil, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (Sinan) 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste do país, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente. Como visto em 2011 o número total de casos notificados no Brasil foi de 14.321, dos quais 6.488 (45,3%) na Região Sudeste, 3.359 (23,5%) na Região Nordeste, 1.687 (11,8%) na Região

⁵OMS é a sigla para Organização Mundial da Saúde, que é uma agência especializada em saúde, fundada no ano de 1948 e é subordinada à Organização das Nações Unidas. A sede da OMS é em Genebra, na Suíça.

Norte, 1.458 (10,2%) na Região Sul e 1.329 (9,3%) na Região Centro-Oeste (Gráfico 1).(BRASIL, 2012)

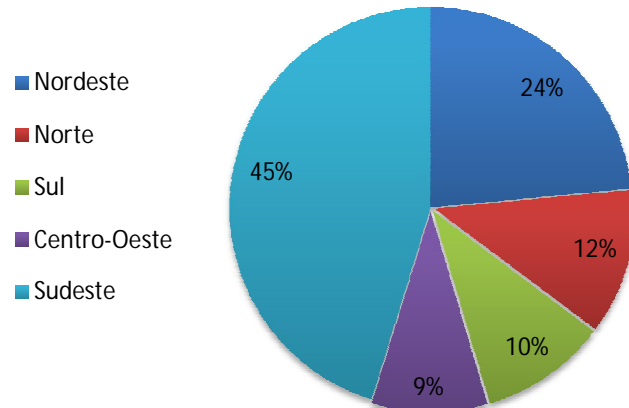


Gráfico 1. Taxa de detecção de sífilis gestacional por região. Brasil, 2011

Com relação à taxa de detecção no Brasil como um todo, em 2011 observou-se uma proporção de 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas Regiões Centro-Oeste (6,0), Sudeste (5,8) e Norte (5,5). Quanto aos estados, as taxas mais elevadas observam-se no Mato Grosso do Sul (13,7) e Rio de Janeiro (10,8). (Gráfico 2).(BRASIL, 2012)

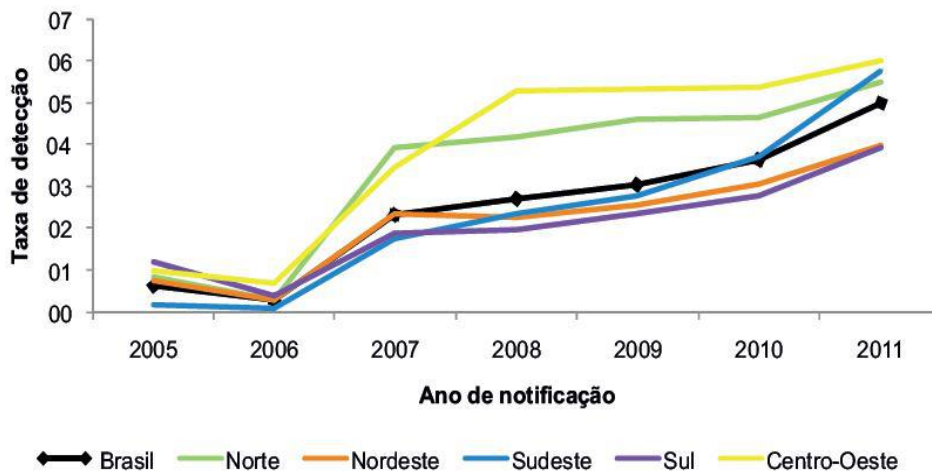


Gráfico 2. Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por

De modo geral, as maiores proporções de gestantes com sífilis encontram-se na faixa etária entre 20 e 29 anos (52,4%), em dois níveis de escolaridade distintos – da 5ª à 8ª série incompleta (22,1%) e da 1ª a 4ª série incompleta (10,8%). Com relação à raça/cor, os casos se concentram na raça parda (46,5%) e branca (28,7%).(BRASIL, 2012)

A política de prevenção da mortalidade materno infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde(2006) inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis. Entre 1998 e junho de 2012, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificações(Sinan) 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A Região Sudeste registrou 36.770 (45,9%) desses casos; o Nordeste, 25.133 (31,4%); o Norte, 6.971 (8,7%); o Sul, 6.143 (7,7%); e o Centro-Oeste, 5.024 (6,3%).(Gráfico 3).(BRASIL, 2012)

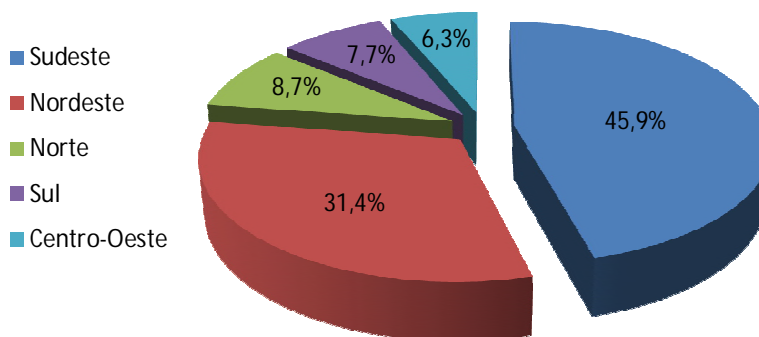


Gráfico 3. Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade e por região. Brasil, 1998 a 2012.

Em 2011, foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 4.083 (43,6%) na Região Sudeste, 3.188 (34,0%) na Região Nordeste, 908 (9,7%) na Região Sul, 801 (8,5%) na Região Norte, e 394 (4,2%) na Região Centro-Oeste. (Gráfico 4).(BRASIL, 2012)

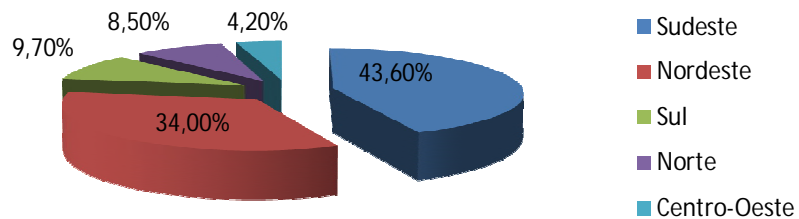


Gráfico 4. Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade e por região. Brasil, 2011

Com relação à taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, em 2011 observou-se uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, 3,8 e 3,6, respectivamente. Das Unidades Federativas, o Rio de Janeiro (9,8 por 1.000 nascidos vivos), Ceará (6,8), Sergipe (6,7), Alagoas (5,9), Rio Grande do Norte (5,4) e Pernambuco (4,9) apresentaram as maiores taxas de incidência em 2011 (Gráfico 5).(BRASIL, 2012)

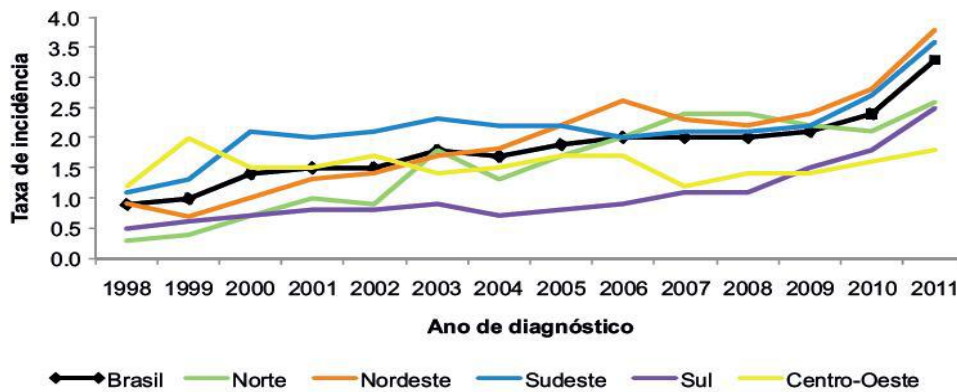


Gráfico 5. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2011.

4.2 Vigilância e Controle da Sífilis Congênita

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada e de qualidade, que se traduz em: captação precoce da gestante para o início do pré-natal; realização de no mínimo seis consultas com atenção integral qualificada; realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, preferencialmente no decorrer da primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28 semanas com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes; instituição do tratamento e seguimento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica; documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante; notificação dos casos de sífilis congênita. (BRASIL, 2010)

Uma vez identificada a sífilis é realizado um indicador epidemiológico para monitorizar os agravos de sífilis em gestante apresentada abaixo:

Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de notificação e local de residência.

Número total de nascidos vivos, residentes no mesmo local, no mesmo ano de notificação.

Cálculo da Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano, apresentada abaixo:

Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.

Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano. X 1.000

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada neste estudo apresenta-se como elemento norteador às reflexões futuras das equipes de saúde, administrativas, gerenciais e dos responsáveis pelo cuidado das gestantes no Brasil. Tal estudo permitiu apresentar de forma clara e sucinta, através de um cartograma o quadro epidemiológico da sífilis congênita e sua incidência no Brasil.

Foi percebido, a partir desta pesquisa, que o elemento **qualidade do cuidado no pré-natal** é imprescindível para demonstrar a importância dos profissionais na assistência a gestante. É necessário estabelecer vínculos, através de acordos e parcerias, bem como formar grupos de gestantes, a fim de oferecer apoio coletivo, sanar medos e compartilhar dúvidas, otimizando resultados e aceitação das orientações, o que motiva a gestante a prosseguir sua preparação para a maternidade.

Destacam-se também as ações educativas em saúde, essenciais para a continuação da assistência e a promoção da qualidade de vida materno-fetal, que se reflete também no contexto familiar. Entendemos que este processo educativo é fundamental para a aquisição de conhecimentos sobre a sífilis, seu tratamento adequado para a gestante e seu parceiro, com intuito de evitar a sífilis congênita.

Conclui-se que as ações direcionadas à diminuição da sífilis dependem invariavelmente da qualificação na assistência à saúde, principalmente nas mãos do profissional que realiza educação em saúde: orientações sobre o uso regular de preservativos, diagnóstico precoce em mulheres e parceiros e realização do tratamento adequado, que estas informações possam contribuir com a redução dos casos de sífilis congênita no Brasil.

Para legitimar e consolidar a importância da qualidade da consulta de pré-natal, retorno ao cenário do ano de 2011, no qual se constatou um aumento significativo de notificações de novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade em todo território nacional. Entendemos que a qualidade do pré-natal pode contribuir para diminuição dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, porém a qualidade de um pré-natal não se resume apenas em cumprir um determinado número de consultas ou a realização de exames com tecnologia “de ponta”, mas principalmente na qualidade do atendimento do profissional pré-natalista, na maneira de como o mesmo enxerga a paciente. Parafraseando

Leonardo Boff, a relação entre profissional de saúde e paciente não deve ser de sujeito-objeto e sim de sujeito-sujeito. A mesma deve ser uma relação de convivência, na qual um entra em sintonia com o outro, uma vez que pacientes e profissionais de saúde não trocam apenas dados de anamnese. Nestas consultas, histórias de vidas são contadas, e existe sempre a busca de uma reestruturação de forma menos sofrida e mais satisfatória para os “entraves”.(BRASIL, 1999)

Muitas vezes as mulheres ainda se sentem envergonhadas e constrangidas, ocultando algumas informações imprescindíveis, principalmente durante a gravidez. É tarefa do profissional de saúde pré-natalista reduzir o constrangimento materno durante a anamnese e o exame físico. Espera-se, ainda, deste mesmo profissional, um olhar diferenciado, mais apurado, durante o exame físico e a anamnese para identificar gestantes que possam estar contaminadas com a bactéria causadora da sífilis. (BRASIL, 2010)

Este estudo considerou relevante a inserção do pré-natal masculino, uma vez que o mesmo tem como principal objetivo combater doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), por meio de exames de sífilis, HIV e hepatites virais B e C, e é uma grande oportunidade para que médicos diagnostiquem possíveis patologias como: hipertensão arterial, diabetes, colesterol outros tipos de doenças. (BRASIL, 2000)

O presente estudo aponta, ainda, que é necessário que o profissional de saúde, na qualidade de pré-natalista, compreenda a necessidade de um conhecimento mais específico sobre a problemática da sífilis na gravidez e maior reflexão da sua prática e dos objetivos que pretende atingir na assistência do pré-natal às gestantes portadoras de sífilis e de seu parceiro.

E finalizando o estudo, faz-se necessário esclarecer que com a falta da matéria prima (Penicilina Benzatina) entre os anos 2014 a 2015 para o combate da sífilis, foi adiada a proposta inserida pelo Ministério da Saúde para a extinção da sífilis no Brasil no ano de 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Avelleira, J. C. R., & Bottino, G. (2006). **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**
Syphilis: diagnosis, treatment and control. *An Bras Dermatol*, 81(2), 111-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>.> Acesso em 20/06/2014.

BRAGA, Juliana. **Luz Sobre o Mundo Microscópico.** Scientific American Brasil. 5 ed. São Paulo: Editorial Duetto, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos / equipe de colaboração:** Martha Ligia Fajardo... [et al.]. - 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/assistenciaprenatal.pdf>. Acesso em 12/04/ 2014.

_____. Ministério da Saúde (Br). **Assistência pré-natal: manual técnico.** 3ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.

_____. 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/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/prevencaovienciasexual/>>Acesso em 4/04/ 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/itdecit.pdf>> acesso em 12/03/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em 14/04/ 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. **Assistência pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 20/03/ 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica . **Rede Cegonha: Sistema de notificação é aprimorado.** Rio de

Janeiro. 2012. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3817/162/rede-cegonha:-sistema-de-notificacao-e-aprimorado.html>> acesso em 23/04/2014.

_____.Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde.Departamento de Atenção Básica. **Programa de Humanização do Parto**. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>acesso em 15/02/2015.

_____.Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde.Departamento de Atenção Básica. **Programa saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=2035&codModuloArea=301&chamada=Mais-sobre-Saude-da-Mulher>> acesso em 20/04/2014.

_____.Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde.Departamento de Atenção Básica. **Programa Pré-Natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.Disponível em:http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4947/162/pre_natal-e-fundamental-para-uma-gravidez-saudavel.html> acesso em 13/04/2014.

_____.Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Testes de Sensibilidade à Penicilina – - Manual - Brasília: Ministério da Saúde; 1999.**Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf.>acesso em 10/06/2014.

_____.Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - Brasília: Ministério da Saúde; 1999.**Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_13.pdf.>Acesso em 11/06/2014.

_____.Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Bases técnicas para eliminação da Sífilis congênita- Brasília: Ministério da Saúde; 1993.**Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf. Acesso em 09/06/2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.**Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> Acesso em 10/06/2014.

CARRARA, Sérgio et al. **Um vírus só não faz doença**. Comunicações do ISER.5 ed. Rio de Janeiro: 1985.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

Ganong LH. **Integrative reviews of nursing research**. Res Nurs Health 1987.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde & doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NETO, M. M. C. BRASIL. Ministério da saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1. Secretarias de políticas públicas, 2000, 44p.

OSIS, M. J. M. D. **PAISM: um marco na abordagem da saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.25-32, 1998.

PEREIRA S.V.M., BACHION M.M. **Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré natal**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.58, n.6, Nov./Dez. 2005. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-no-pre-natal-de-baixo-risco-na-estrategia-saude-da-familia/>.> Acesso em 15/04/2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, K. S. F.; ZAGONEL, I. P. S. **Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, p.534-542, 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-no-pre-natal-de-baixo-risco-na-estrategia-saude-da-familia>.> Acesso em 17/04/2014

SANTOS, L. M. P.; PEREIRA, M. Z. **Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 17-24, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em: 12/04/2014.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

COSTA, Maira. **ANALISE DA SÍFILIS CONGÊNITA E A INCIDÊNCIA NO BRASIL.** 2015. 35 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação). Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

Formulário para Coletas de Dados Bibliográfico

Identificação do pesquisador: _____

Nome: _____

Título do trabalho: _____

Ano: _____

Metodologia do estudo: _____

Palavra chave: _____

Tipo de Publicação

- Artigo Livro Monografia
 Dissertação Resumo Outros

Área de conhecimento utilizada

- Enfermagem Medicina Outros

Questão norteadora: Qual a análise da sífilis Congênita e os indicadores no Brasil?

Resposta:
