

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS-CAMPUS  
MUZAMBINHO-POLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO  
CAPETINGA**

**REGINA SCHULD  
RITA DE CÁSSIA BONACINI**

**O PAPEL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE  
PREVENÇÃO DA SÍFILIS**

**CAPETINGA  
2010**

**REGINA SCHULD  
RITA DE CÁSSIA BONACINI**

**O PAPEL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE  
PREVENÇÃO DA SÍFILIS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do sul de Minas-Campus Muzambinho-Pólo da Rede Unidade de Ensino Capetinga como requisito parcial à obtenção do título de Técnico de Enfermagem.

Orientador Prof (a) Alexandre Balsanuf Oliveira

**CAPETINGA  
2010**

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

---

---

**Capetinga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010**

*DEDICATÓRIA*

*Dedicamos esse trabalho a todas as pessoas  
que de uma forma ou de outra contribuíram  
para a realização desse trabalho em especial  
nossos familiares.*

*Regina, Rita*

*AGRADECIMENTOS*

*Agradecemos a Deus, aos nossos professores e colegas de turma pela amizade, compreensão e companheirismo no decorrer do curso.*

*Regina, Rita*

*“Existem caminhos com 6 mil léguas de distância, mas todos começam com um passo”.*

*Karl Rogers.*

## RESUMO

O Técnico-enfermeiro que trabalha nos centros de saúde tem diversas atribuições dentre elas ressalta-se a prática do cuidar nas diferentes fases da vida humana, de modo específico enfocamos a atuação do mesmo na prevenção das DST destacando a Sífilis. Partindo desse princípio, surgiu a necessidade de identificar o papel do Técnico-enfermeiro na prevenção das DST. Essa monografia é um trabalho bibliográfico realizado por meio de pesquisa em livros, revistas, artigos e internet. Um dos grandes problemas de saúde na contemporaneidade é o elevado índice das Doenças Sexualmente Transmissíveis, o que vem acarretando grande motivo de preocupação na área da saúde. Quando se fala em patologias provindas desta via de transmissão, muitos se ressalvam, primordialmente, da Imunodeficiência Adquirida, devido ao seu maior impacto social. No entanto, a Sífilis vem ganhando destaque num linear internacional. Atualmente a Sífilis congênita infecta mais criança por transmissão vertical pelo Treponema Pallidum do que o próprio Vírus da Imunodeficiência Humana tão temida pela população, isto por ser consequência da Sífilis adquirida não tratada no período gestacional. A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível e seu tratamento se realiza com maior eficácia se diagnosticado nas primeiras etapas, lembrando que a prevenção é o melhor remédio.

Palavras-Chave: Técnico-enfermeiro. Sífilis. Prevenção. Tratamento.

## **ABSTRACT**

The Technical and nurses working in health centers have several assignments among them stands out the practice of care at different stages of human life, so we focused on the specific performance of that emphasis on prevention of STDs Syphilis. Based on this principle, the need to identify the role of Technical and nurses in the prevention of STDs. This monograph is a bibliographic work done through research in books, magazines, and internet. One of the major health problems nowadays is the high rate of Sexually Transmitted Diseases, which has been causing great concern in the health field. When it comes to diseases originated this route of infection, many emphasize the importance primarily to the Acquired Immunodeficiency due to their larger social impact. However, syphilis has been gaining attention in international linear. Currently Congenital syphilis infects most children by vertical transmission by *Treponema pallidum* than the actual human immunodeficiency virus as feared by the population, that to be a consequence of acquired untreated syphilis during pregnancy. Syphilis is a sexually transmitted disease and its treatment is carried out more effectively if diagnosed at an early stage, remembering that prevention is the best medicine.

**Keywords:** Technical nurse. Syphilis. Prevention. Treatment.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>1 – CONCEITUANDO A SÍFILIS.....</b>	<b>11</b>
1.1 A sífilis congênita.....	12
1.2 A prevenção e tratamento da sífilis e sífilis congênita.....	13
1.3 O trabalho da equipe multidisciplinar na erradicação da sífilis.....	14
1.4 A sífilis em questão.....	16
<b>2 – AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E BIOLÓGICAS NA ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>18</b>
2.1 A questão do sexo na adolescência.....	19
2.2 A atuação da equipe enfermagem na prevenção e promoção da saúde do adolescente.....	22
2.3 Planejamentos políticos na garantia da saúde do adolescente.....	25
2.4 A relação do profissional de enfermagem com o adolescente.....	26
<b>3 – O PERFIL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>28</b>
3.1 O combate a sífilis no Brasil.....	29
3.2 A divisão clínica da sífilis.....	32
3.3 A relação da sífilis com o HIV.....	34
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a alta incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis tem se tornado grande problema de saúde pública. Vale refletir que estamos em pleno terceiro milênio, vivendo num mundo globalizado com avanços e descobertas acontecendo constantemente na área da saúde. Considerando a Sífilis dentro deste parâmetro, notamos um visível desconexo, pois um dos problemas que necessita do mínimo de sofisticação tecnológica é motivo de preocupação na saúde do Brasil.

A Sífilis não tratada ou tratada de maneira ineficaz no estado do estado gestacional pode acarretar a manifestação da Sífilis Congênita, e esta tem como vítima os fetos. Além disso, é a que ocasiona as maiores sequelas, bem como maior índice de óbito fetal e de recém nascidos (GUIMARÃES, 2004, p.16).

Conforme os fundamentos científicos, ao ser acometido pela Sífilis, os indivíduos podem não se curar desta, mesmo após seu tratamento, permanecendo o vírus em estado de latência. Então, é viável enfatizar a necessidade em discorrer por meio de estudos a relevância em aprofundar a ideologia que vise a prevenção como proposta de tratamento primordial à sociedade, no intuito de promover meios alternativos que não sejam apenas o tratamento farmacológico após a patologia instalada, mas também a prevenção como promoção à saúde dos indivíduos susceptíveis (OLIVEIRA, 2008, p.21).

Os profissionais da área da saúde têm participação importante em ser um veículo de informações baseadas na atenção primária, que inclua as Doenças Sexualmente Transmissíveis, promovendo, assim, ações nas quais incluam novas formas, não utilizando de fórmulas igualitárias para as sociedades.

É preciso suscitar a compreensão de que os custos e benefícios da prevenção da Sífilis se tornam mais favoráveis do que o tratamento, pois esta é uma oportunidade que os cofres públicos têm de remanejar as verbas para outros setores da saúde com novos investimentos.

Esta pesquisa tem como objetivo geral enfatizar o papel do técnico de enfermagem nas ações de prevenção da sífilis como ação primordial na erradicação da mesma e como objetivos específicos abordar de maneira sindrômica a caracterização da Sífilis com seus respectivos estágios e manifestações e enfatizar a Sífilis Congênita.

O primeiro capítulo desse trabalho dará uma breve reflexão sobre o conceito de sífilis, abordando a sífilis congênita bem como o tratamento dessa doença nas mulheres gestantes ou não. Foi falado também do trabalho da equipe multidisciplinar na erradicação da

sífilis.

No segundo capítulo será falado sobre as doenças sexualmente transmissíveis na adolescência, ressaltando a questão do sexo nessa etapa da vida, mostrando a atuação da equipe de enfermagem na prevenção e promoção da saúde do adolescente. Além disso, foi falado dos planejamentos políticos na garantia da saúde do adolescente e da relação que o profissional de enfermagem tem que ter com o mesmo.

No terceiro e último capítulo será mostrado o histórico do trabalho da equipe de enfermagem sobre a sífilis bem como dos trabalhos voltados ao combate a essa doença aqui no Brasil.

Diante disso, percebemos que a sífilis é uma doença antiga, cuja propagação já causou medo e desgraça em várias épocas e regiões, atualmente, apesar de ser conhecida e diagnosticada, muitas pessoas sofrem com esse problema. O profissional da saúde tem um papel importante nos cuidados e tratamentos dessa doença e mais importante ainda na prevenção que é o melhor remédio e ainda mais barato aos cofres públicos.

## 1 – CONCEITUANDO A SÍFILIS

Muitas pessoas têm a concepção de que a Sífilis (SF) é apenas uma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Até em algumas escritas é possível perceber na conceituação do autor com essa abordagem. No entanto, esta não é transmitida apenas pelo contato sexual ou de forma congênita. É uma doença infecciosa aguda e crônica, causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum* (T. Pallidum) (SMELTZER, 2005, p. 256).

A sífilis pode ocorrer também por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas, por meio de transfusão de sangue contaminado, via transplacentária. O risco de o parceiro passar a bactéria por meio do ato sexual é estimado em torno de 60% (SARACENI, 2005, p.148).

As manifestações estão interligadas com os estágios da SF, que se diferenciam a depender do tempo da infecção, e estão classificados em primária, secundária e terciária, também chamada de tardia.

A lesão específica da Sífilis é o cancro duro ou protossífiloma, que surge no local da inoculação após a infecção, isto em torno de três semanas, surge inicialmente uma pápula de cor rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e exulceração, geralmente é único, indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, as bordas induradas descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolor. Localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos. No homem é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral (AVELLEIRA, 2006, p. 111).

No sexo feminino, as lesões podem ocorrer no interior do trato genital, o que as torna difíceis de serem notadas, ou ainda nas partes externas, notadamente nos grandes e pequenos lábios ou na fúrcula (SARACENI, 2005, p.150).

Geralmente se inicia entre quatro e oito semanas após a lesão primária. Em muitos dos casos o paciente não se lembra de ter tido lesão primária. Por outro lado, em um quarto dos casos de SF secundária a lesão primária ainda está presente. Isto pelo fato de que o cancro primário pode surgir de 7 a 90 dias após o contágio sexual. Os sintomas gerais do secundarismo luético mais relatados são: mal-estar, cefaleia, dor nos olhos, dor óssea, artralgia, meningismo, irite e rouquidão, exantema no corpo e face, na região palmar; linfadenopatia, cancro primário residual, condiloma plano, hepatoesplenomegalia, placas

mucosas e alopecia (OLIVEIRA, 2007, p.213).

Também conhecida como tardia, é o resultado final na história natural da doença. Estima-se que entre 20 e 40% dos infectados não exibem este nível do quadro patológico, nem tais achados clínicos. Apresenta-se como uma doença inflamatória lentamente progressiva e nesse estágio tem um grande potencial de evoluir e afetar múltiplos órgãos. As manifestações mais comuns são: aortite, neurosífilis, psicose, paresia, acidente vascular cerebral ou meningite (SMELTZER, 2002, p. 180).

Outro problema relacionado a sífilis é que algumas pessoas não têm conhecimento de que a doença está instalada, pois existem casos em que o teste sanguíneo apresenta-se negativo mesmo quando portador da bactéria, tornando assim mais difícil a questão da erradicação (AVELLEIRA, 2006, p.113).

### **1.1 A Sífilis Congênita**

É transmitida de uma mãe doente para seu filho não nascido através da placenta. Quase sempre, isto se resulta em aborto espontâneo ou natimorto (MILLER, 2003, p. 1102).

A Sífilis Congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *T. Pallidum* da gestante infectada que não tenha recebido tratamento ou que o recebeu de maneira inadequada para o conceito por via transplacentária, sendo conhecida como transmissão vertical. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da doença na mãe e a duração de exposição do feto no útero, sendo maior nas fases iniciais devido ao maior número de espiroquetas na circulação (AVELLEIRA, 2006, p.256).

A contaminação pode ocorrer também no momento do parto, no período expulsivo. A prevenção para a SC começa com o tratamento antes mesmo do nascimento do bebê. É no período gravídico que esta deve ser tratada o mais precoce possível.

A depender do tipo das manifestações, que pode ser precoce ou tardia, os sinais e sintomas se diferenciam, além de ter a possibilidade de permanecer assintomática por muito tempo.

Além de gerar a prematuridade e baixo peso ao nascimento, suas principais características são: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, demonstrado, lesões cutâneas como o pênfigopalmo-plantar e condiloma plano, periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada, principalmente a

epitroclear (BRASIL, 2005, p.10).

A sífilis congênita tardia, surge após o segundo ano de vida e o diagnóstico deve ser estabelecido por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, atentando-se para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. Pallidum* por meio de exposição sexual. As principais características incluem: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2005, p.11).

## **1.2 A prevenção e tratamento da Sífilis e Sífilis Congênita**

Ao começar trabalhar com a prevenção da Sífilis, é necessário refletir sobre o seu modo de transmissão, promovendo ações que incluam antes do tratamento medicamentoso o preventivo. Contudo, se a infecção estiver instalada na gestante, inicia-se outro tipo de prevenção, para evitar a transmissão da mãe para o feto.

O intuito do controle da SF é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos, evitando que a doença se propague. No entanto, é necessário a detecção e um tratamento individualizado precoce e adequado para cada cliente. A introdução do teste rápido em parceiros de pacientes ou de gestantes poderá ser muito importante (AVELLEIRA, 2006, p.258).

Para prevenir a SC, todas as gestantes deverão realizar o teste para a Sífilis durante os meses iniciais da gravidez. Para prevenir as infecções do feto é preciso antes do quinto mês começar o tratamento, pois quanto mais precoce, maior será a probabilidade de a criança nascer saudável. Se a criança nascer com Sífilis, o tratamento imediato pode ser eficaz, com menor chance de complicações, isto se a doença não progrediu muito (MILLER, 2003, p. 112).

O que acontece em parte da sociedade, sendo de certa forma prejudicial, são as condutas tomadas pelo companheiro, como o uso do mecanismo de deslocamento, em apontar a mulher como culpada, pois é em seu útero que está o conceito e é lá que se dá a transmissão vertical. Lembrando-se que o parceiro vem sendo apontado como o maior vetor desta, e que o mesmo, em grande parte dos casos, não se trata junto com sua companheira, ocorrendo a reinfecção da mesma, consequentemente acarretando danos cada vez em maior escala para o feto.

No Brasil, é pequeno o número de parceiros de gestantes com SF que comparecem

aos serviços para realizar o tratamento. Isto deve-se ao fato de que grande parte da sociedade é preconceituosa e machista, na qual tanto a gravidez e a criação dos filhos são de responsabilidade exclusiva das mulheres, o que contribui para o aumento deste quadro negativo (RAMOS, 2001, p.73).

Por isso, torna-se necessário uma atitude mais firme dos gestores e trabalhadores de saúde para captação destes parceiros, bem como a extensão da assistência do pré-natal para estes, como estratégia no combate à transmissão vertical, sugerindo, inclusive, que o mesmo faça de rotina os seguintes testes: VDRL, Hepatite B e C e sorologia HIV (OLIVEIRA, 2008, p.97).

Várias foram as drogas utilizadas na tentativa de tratar a Sífilis, como o mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos. No entanto, mostraram baixa eficácia, toxicidade e dificuldades operacionais. Também mostraram pouca eficácia tratamentos que, inspirados na pouca resistência do *T. Pallidum* ao calor, preconizam o aumento da temperatura corporal por meios físicos como banhos quentes de vapor ou com a inoculação de plasmódios na circulação, chamado de malarioterapia (AVELLEIRA, 2006, p.264).

O antibiótico preferencial para o tratamento de pacientes com SF é a penicilina, por mostrar eficácia no tratamento. Consiste na única terapia comprovada e amplamente usada para pacientes com neurosífilis, com Sífilis Congênita ou com SF durante a gestação. O recém nascido reage a esta medicação com mais um sofrimento que atinge a pele (LOWDERMILK, 2002, p. 119).

Esta patologia é preocupante devido aos agravos à saúde da população, bem como o maior custo do tratamento devido às complicações que se instalam, comparado à prevenção. Tomando como base o elevado número de casos de Sífilis e, conseqüentemente, Sífilis Congênita, o que se percebe em termos financeiros são maiores gastos para os cofres públicos (LORENZI, 2001, p.80).

Alguns profissionais de saúde têm se preocupado em fazer parte de programas intervencionistas para melhorar a assistência prestada à população que apresenta quadro patológico de SF, embora a prevenção seja o que deve ser priorizado neste contexto.

### **1.3 O trabalho da equipe multidisciplinar na erradicação da sífilis**

Devido a não existência de “vacinas anti-sífilis”, a equipe multidisciplinar tem o papel de focar a prevenção desta por meio de ações assistenciais, lembrando que é necessário a participação de cada indivíduo como contribuição para que a solução da SF não

fique cada vez mais distante.

É cabível mencionar a importância da equipe de enfermagem e sua ligação positiva neste contexto, pois o planejamento de suas ações para intervir neste quadro trará bons resultados se colocados em prática. Por isso, as informações, as ações, campanhas e quaisquer recursos utilizados em prol desta patologia estão voltados para a prevenção, ou seja: o “antibiótico” da responsabilidade de cada cidadão e suas contribuições é a conscientização de buscarem, juntos, o fim de um mal, melhorando as suas próprias condições de saúde.

O profissional de enfermagem deve enfatizar que é necessário a realização de testes sorológicos a longo prazo mesmo com a ausência de sintomas, recomendando à paciente infectada pela SF a abstinência das atividades sexuais até o fim do tratamento e após toda evidência de SF primária e secundária ter desaparecido e ser demonstrada a comprovação sorológica negativa (LOWDERMILK, 2002, p. 119).

Os países que tiveram sucesso no controle da SF foram aqueles que, além de eficientes medidas de Saúde Pública, tiveram melhoria nas condições gerais de vida da população e no exercício da cidadania. Por isso espera-se que no Brasil ocorram também essas mudanças e, enquanto essas não acontecem, os profissionais de saúde devem aumentar os esforços para que os serviços se tornem mais eficientes e organizados, aumentando as opções de acesso (RAMOS, 2001, p.75).

Pequenos avanços nos aproximarão do objetivo de controle e até eliminação desse mal que assola a saúde de vários da sociedade, até que não seja mais motivo de vergonha para os brasileiros. Espera-se, ainda, não levar outro meio século para apagar do mapa esta doença, cuja presença é uma evidência da falência do sistema de saúde.

Os profissionais de saúde devem orientar na tentativa de informar às gestantes a importância do pré-natal no sentido de minimizar os riscos e complicações de várias patologias que podem ser preveníveis ou tratadas nos primeiros meses de gestação, evitando assim complicações de maiores proporções como a SC. Porém, não está ocorrendo o êxito que se espera.

Apesar das iniciativas para erradicar a SC, a mesma ainda persiste em nosso país num índice elevado. Há má qualidade no pré-natal, apesar do número de consultas registradas nos Cartões de Gestante, e déficit de capacitação e atualização de alguns profissionais de saúde no manejo das DSTs. É necessário destacar a importância do comprometimento dos profissionais desta área quando o objeto de discussão for a saúde da população (LORENZI, 2001, p.82).

Os profissionais da área de saúde precisam estar reforçando as ações de prevenção e



diagnóstico o mais precoce possível, especialmente no pré-natal, além de informar às gestantes o direito que elas têm de realizar os testes que detectam a SF e quantas vezes são necessários no período gestacional.

A população geral deve estar inserida em campanhas educativas com uma perspectiva de conscientizar quanto à importância da realização de exames periódicos.

Por ser a mais antiga infecção congênita, a Sífilis ainda representa significativo problema de saúde pública. A diminuição de sua incidência é observada após a Segunda Guerra Mundial, sendo atribuída ao efeito da penicilina, desenvolvimento de testes sorológicos, diagnósticos e controle dos contatos. Na década de 1980, pode-se notar o novo aumento dessa incidência, relacionado à epidemia da AIDS e, assim como esta última, também associada ao abuso de drogas, à troca de sexo por drogas, comportamento sexual mais livre e associado a parceiros múltiplos, sexo desprotegido, gravidez indesejada na adolescência, acesso limitado aos serviços de saúde e ausência de avaliação pré-natal (PEREIRA, 2000, p.49).

Em 1943 veio a melhoria dos cuidados de saúde à população. Após o advento da penicilina, a SF e a SC tiveram seus números reduzidos de maneira tão abrupta que se chegou a prever, na década de 60, sua erradicação no final do século XX. No entanto, parece verdadeira a observável que quando um programa de controle de uma doença aproxima-se de sua erradicação é mais provável que o programa acabe e não a doença seja erradicada. Assim, a partir da década de 80 até meados dos anos 90, observou-se um aumento na incidência de SF em mulheres na idade fértil (GUINSBURG, 2008, p.63).

#### **1.4 A sífilis em questão**

Se compararmos o tempo de existência da Sífilis e de outras patologias que surgiram mais recentemente, é possível afirmar que ela não deveria ainda ser um problema de grande escala, pois a mesma já deveria ter sido erradicada ou varrida da face da terra como foram outras enfermidades, ainda mais complexas como exemplo a varíola, em 1977 (GUINSBURG, 2008, p.65).

Há mais recém-nascidos afetados por Sífilis Congênita do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e tétano, que atualmente estão a receber atenção mundial (OMS, 2008, p.84).

Não apenas no Brasil, mas em várias partes do mundo, a Sífilis Congênita permanece na lista de doenças prioritárias, com um nível de controle em situação pior do que

a própria transmissão vertical da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (PAZ, 2004, p. 12).

A maioria dos pacientes que foram infectados com SF permanecerão com testes de anticorpos treponêmicos positivos e permanecerá positivo para sempre, independente do tratamento ou do estágio da doença. Mais do que 11,5 a 20% das pacientes tratadas durante o estágio primário podem retornar a não-reatividade depois de dois a três anos (LOWDERMILK, 2002, p. 114).

## **2 – AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E BIOLÓGICAS NA ADOLESCÊNCIA**

Para o Estatuto da criança e do adolescente, a adolescência inicia-se aos 12 anos com término aos 18 anos, fase em que já se é possível responder juridicamente por seus atos (BRASIL, 2005, p.32).

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, delimita a adolescência como a segunda década de vida, período compreendido de 10 aos 19 anos, onze meses e vinte e nove dias (OMS, 2008, p.97).

O Ministério da Saúde toma por base a definição recorrente aos termos (população jovem), que refere ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, abrangente a faixa compreendida de 10 a 24 anos (BRASIL, 2005, p.24).

Sociologicamente, seria o período correspondente a transição que o indivíduo passa do estado de dependência para uma condição de autonomia e, sobretudo, de assumir funções e responsabilidades características do mundo adulto, já na concepção psicológica, a adolescência seria um período crítico da definição da identidade de ego cujas repercussões podem trazer graves consequências para o indivíduo e para a sociedade (XAVIER, 1997, p.28).

Em 1980, cálculos da Organização das Nações Unidas indicaram a existência de cerca de 900 milhões de adolescentes no mundo, nos países em desenvolvimento, entre as décadas de 70 a 80, registrou-se um crescimento de mais de 70%, considerado um dos maiores do mundo (BRASIL, 1988, p.19).

Na adolescência ocorrem algumas alterações no desenvolvimento do adolescente, dentre elas o desenvolvimento biológico onde as modificações biológicas da puberdade acontecem em todos os órgãos e estruturas do corpo, resultado da atividade hormonal, conclui-se com o amadurecimento das gônadas, pela capacidade do indivíduo de procriar e pelo crescimento físico.

Já na área psicossocial, a fase da adolescência é descrita de várias maneiras: como jovens, que possuem um conjunto de valores, padrões e modo de se comportar distintas do que é habitual do resto da sociedade, outros consideram como uma pessoa que rejeitou o mundo infantil, mas que ainda não foi aceito no mundo dos adultos. Nessa fase começa a existir um maior interesse entre os sexos, tanto a menina quanto o menino se interessarão um pelo outro. Os meninos poderão sentir necessidade de testar sua força sexual para compactuar

com as expectativas do grupo. A confusão acerca da orientação sexual é comum na adolescência, mas a maioria que tem sentimentos homossexuais não se tornam homossexuais adultos, os interesses e as atividades das meninas e meninos exibem contraste agudo (PEREIRA, 2000, p.65).

Pereira (2000, p.65), acrescenta que o desenvolvimento social durante a adolescência, as relações pais e filhos mudam de uma relação de proteção e dependência para uma de afeição e igualdade mútua. A maior parte do comportamento observado no adolescente está ligada à busca da independência e aos conflitos com restrições e cobranças externas, que estão presentes neste processo espontâneo de maturação. O desenvolvimento cognitivo neste período é influenciado por princípios lógicos ao em vez de suas próprias percepções.

Conforme Lorenzi (2001, p.185), a medida da maturidade sexual e a distinções físicas entre os sexos ocorrem com base nos caracteres sexuais e a avaliação é realizada pelo desenvolvimento das mamas e dos pêlos púbicos, no sexo feminino (10 a 12 anos), já no sexo masculino (10 a 14 anos) há o desenvolvimento dos genitais bem como o crescimento e espessamento dos pêlos pubianos.

De acordo com Adler (1987, p.48), os caracteres sexuais podem ser: primários órgãos externos e internos que comportam as funções reprodutivas como ovários, útero, mamas e pênis, outra diferenciação são os caracteres sexuais secundários que são perceptíveis em todo corpo dos meninos como alterações da voz, surgimento de pomo-de-adão, desenvolvimento de pêlos faciais e pubianos, depósitos de gordura e primeira ejaculação, porém não desempenha função direta na reprodução.

Para Avelleira (2006, p.77), o cérebro torna-se um órgão alvo dos hormônios sexuais, as células hipotalâmicas estimulam a produção das gonadotrofinas hipofisárias, LH (hormônio luteinizante) e FSH (hormônio folículo-estimulante) que irão estimular a secreção de hormônios gonodais, promovendo o FSH desenvolvimento do folículo ovariano e a gametogênese nos testículos, já LH estimula a formação do corpo lúteo e a ovulação na mulher e a secreção da testosterona no homem.

## **2.1 A questão do sexo na adolescência**

A novidade das relações sexuais é algo desejado para testar a virilidade, a capacidade reprodutiva ou por cobranças do grupo em torno da experimentação sexual, resultando em uma tradução negativa da sexualidade, bem como ausência de projetos,

perspectivas futuras de vida e descuido com a prevenção (OLIVEIRA, 2007, p.52).

No período final da adolescência, o jovem está mais independente, não precisa tanto do grupo e está à procura de um (a) parceiro (a), com uma capacidade maior de desenvolver a ternura, o cuidado com o objeto amoroso. Trata-se de uma necessidade tão grande, que, se não satisfeita, empurra o jovem para a solidão, um estado difícil para quem ainda não possui elementos suficientemente consistentes para tolerá-la ou superá-la (SMELTZER, 2005, p.31).

Ainda segundo Smeltzer (2005, p.33), a adolescência pode ser considerada como uma fase rica em transformações em todos os sentidos. Os meninos, por exemplo, em suas primeiras experiências sexuais, na maioria das vezes passam por confusão e ansiedade, muitas vezes devido à embaraçadora ejaculação precoce e a insegurança com a parceira. Já as meninas tendem a se sentirem publicamente expostas, já que seus parceiros também adolescentes passam uma fase de exibicionismo, onde compartilham com amigos suas experiências sexuais. Na fase final da adolescência o que mais importa é se livrar da imagem repressora que os pais exercem na infância, abrindo caminho para a vida adulta, enfrentado o difícil caminho de garantir liberdade, individualidade e sua identidade.

Paz (2004, p.107), relata sobre uma pesquisa realizada em uma escola de ensino médio, confirmaram que 54% dos adolescentes já tiveram pelo menos uma relação sexual e que 22% dos adolescentes confirmam que mantiveram relação sexual com pelo menos quatro parceiros, como consequência principal desses atos foi evidenciado a contaminação por DST e a gravidez indesejada.

Segundo Tyrrel (1995, p.96), o sexo é comumente visto por várias pessoas de diversas faixas etárias em todos meios de comunicação (através de comerciais, rádio, internet, novelas, músicas), sendo tratado com certa banalidade, passando uma imagem de algo atrativo, fácil e inconsequente.

Portanto é necessário informar ao público adolescente a respeito das consequências futuras de um ato impensado e da iniciação precoce da prática sexual sem as devidas medidas preventivas.

De acordo com Paz (2004, p.108), anualmente cerca de 10 milhões de pessoas com menos de 25 anos de idade são contaminadas pelas DST. Essa elevada incidência torna obrigatório que os adolescentes sexualmente ativos sejam orientados para as medidas de prevenção.

Diversos são os microorganismos causadores das DST: "dentre eles estão incluídos os fungos, bactérias, vírus e protozoário" (COSTA, 1998, p.11).

Na década de 60 foram divulgadas taxas alarmantes de DST, atribuídas a

microorganismos resistentes pelo uso indiscriminado de antibióticos, bem como, múltiplos parceiros sexuais e adolescentes mal informados quanto às medidas de prevenção (MILLER, 2003, p. 257).

Os casos de DST não são recentes, antigamente havia preconceito e os tabus impossibilitavam que as pessoas procurassem se informar sobre as medidas preventivas, bem como o conhecimento dos sinais e sintomas sugestivos de DST. Isso porque se considera as DST como sendo uma doença ligada aos grupos de risco (homossexuais, prostitutas, usuários de drogas) (PAZ, 2004, p.110).

As DST acompanham a história da humanidade. Durante a evolução da espécie humana, as DST vêm acometendo pessoas de todas as classes, sexos e religiões. No tempo da Grécia antiga foram chamadas de doenças venéreas, como referência a Vênus, a Deusa do Amor. A gonorréia, descrita em passagens da Bíblia, só teve o seu agente causador identificado em 1879 (SOUZA, 2005, p.13).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.23), as DST são aquelas transmitidas, predominantemente, pelo contato sexual vaginal, anal ou oral por pessoas infectadas e são classificadas de acordo com suas características:

- a) doença com corrimento vaginal ou uretral, tais como a Candidíase que tem como agente causador a *Cândida Albicans*; Gardnerella como agente causadora *Gardnerella vaginalis*; Tricomoníase, agente causador - *Trichomonas Vaginalis*; Vaginose Bacteriana causada por vários bacilos; Gonorreia, agente causador a *Neisseria Gononorrhoeae*; Clamídia causada pela *Clamydia Trachomatis*;
- b) doenças que apresenta úlcera genital, ferida ou caroço, tais como a Donovanose causada pela bactéria *Calymmatobacterium granulomatis*; a Herpes Genital causada pelo vírus tipo dois; Sífilis causada pelo *Treponema Palidim*; Condiloma Acuminado causada pelo papiloma vírus humano – HPV; Granuloma Inguinal causada pelo *Donovania Granulomatis*; Linfoganuloma Venéreo causada pelo *Clamydia Tracomatis*; Cancróide causada pelo *Haemophilus Ducrey*;
- c) doenças que apresentam dor abdominal inferior ou dor escrotal, doença inflamatória pélvica (DIP); Epidídimo-orquite (infecção nos testículos);
- d) doenças que apresentam sinais sistêmicos associados, semelhante aos de outras patologias, AIDS e Hepatite B (HBV); é necessário ficar alerta para os seguintes sinais e sintomas das DST: corrimento branco coalhado com prurido, amarelo esverdeado espumoso com odor fétido acinzentado bolhas que se rompem e forma ulcera dolorosas, ulcera oval e limitada ao redor, ulceras grandes, verrugas que parecem uma couve-flor, ínguas, muitas úlceras em

genitais externos periniano de bordas irregulares moles, dolorida, ardência e prurido (BRASIL, 2005, p.23).

Komka (2007, p.87) diz que o uso de preservativo, o atraso escolar e o uso de drogas lícitas e ilícitas estão associadas ao número de casos de DST na adolescência, notando-se a importância de criar medidas de redução do risco de contaminação por DST e pelo vírus da AIDS, como orientações sobre o início da vida sexual, fidelidade mútua, redução do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco.

Deste modo, faz-se necessário a criação estratégias de prevenção das DTS, através da adoção do modelo de educação e saúde, para promoção da saúde da população adolescente.

## **2.2 A atuação da equipe de enfermagem na prevenção e promoção da saúde do adolescente**

Durante décadas a atenção à saúde foi centrada no modelo biomédico, em que a assistência era curativista sem a preocupação com o indivíduo e sim com a doença já instalada, esse modelo era considerado desumano, ineficaz, individualizado e fragmentado. Nesta visão, considerava-se que o médico tinha valor quantitativo e superior ao da atenção primária, sendo considerado o único e absoluto na promoção da saúde, por não haver na época outros profissionais da saúde (PAZ, 2004, p.15).

No entanto, mudanças ocorreram com a Reforma Constitucional de 1988. Conforme a Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo nº196, estabelece a saúde como direito de todos e um dever do Estado garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução das doenças, agravos e acesso igualitário aos serviços de saúde com intuito de promover a prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1988, p.56).

Ainda conforme a Constituição Brasileira de 1988 foi criado o SUS, tendo como princípio: universalidade, integralidade, equidade e que se destaca pela descentralização do atendimento à saúde, tendo o mesmo determinantes do processo saúde/doença: habitação, alimentação, escolaridade, esporte e lazer (BRASIL, 1988, p.43).

Considerando o SUS como uma política pública de saúde que inclui a participação de toda a população na gestão de serviços, neste contexto de participação o adolescente também está inserido.

O compromisso historicamente assumido pela saúde coletiva aponta para um novo paradigma no processo saúde/doença, sendo este entendido como processo histórico e social

que promove a saúde a partir da reorganização do modo de viver em sociedade, da construção da cidadania, da evolução da saúde e do intercâmbio interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2005, p.20).

Neste contexto histórico e social a promoção da saúde se dá através da participação popular. Conforme a Constituição Brasileira o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) causou impacto positivo quanto à reorganização dos Sistemas de Saúde dos municípios do Nordeste, dentre esses a Bahia. Desse modo contribuiu para desencadear um processo de envolvimento das lideranças locais, na discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes sociais, residindo assim, nas regiões de atuação da equipe (LOWDERMILK, 2002, p.38).

O PSF foi implantado no Brasil em 1994 tendo como objetivo principal a reorientação do modelo assistencial da saúde brasileira. Ele teve como base o PACS iniciado em 1990. Outro estímulo foi a consolidação do Sistema Nacional de Saúde baseada em Atenção Primária à Saúde, em países como Canadá, Cuba e Reino Unido (MILLER, 2003, p.49).

Os municípios em que o PSF está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrados ao sistema municipal de saúde, têm condições de dar soluções efetivas a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida (COSTA, 1998, p.124).

Segundo o Ministério da Saúde, cada equipe do PSF deve ser composta no mínimo de um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, de quatro a seis ACS, um dentista e um auxiliar de dentista. Cada equipe do PSF atende cerca de 600 a 1.000 famílias, 3.475 pessoas em média. A partir do surgimento do PSF começou-se a exigir dos profissionais de saúde uma maior participação destes na resolução dos problemas de sua comunidade, por estarem diretamente inseridos na realidade específica de sua área de atuação (BRASIL, 2005, p.51).

Nessa percepção, a equipe de enfermagem atuará nas diferentes etapas de desenvolvimento do indivíduo, de modo especial, a fase da adolescência por ser uma fase primordial para a formação e construção do indivíduo como cidadão.

Nessa perspectiva, em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que tem por finalidade assistir o adolescente de maneira integral, com participação de outros setores, objetivando promover a saúde e a prevenção de agravos em que este grupo está sujeito de forma holística, multisetorial e interdisciplinar. Neste contexto é reafirmado o compromisso da enfermagem com o adolescente (PAZ, 2004, p.42).

Os desenvolvimentos das práticas dos cuidados de enfermagem nas diferentes etapas



da vida estão associados ao exercício profissional da enfermagem (SARACENI, 2005, p.70).

De acordo com Ramos (2001, p. 15), a equipe de enfermagem é entendida como uma prática social que se articula às demais práticas, especialmente àquelas que se conformam como trabalho coletivo que responde pela produção de serviços de saúde. A compreensão da equipe de enfermagem como processo de trabalho considera as condições histórico-sociais concretas que determinam as especificidades de sua inserção e organização no interior do trabalho em saúde, das quais decorrem processos particulares de trabalho, por referência a objetos, finalidades e instrumentos diversificados e com características centralizadas em torno das ações de cuidar, administrar e educar.

Desta diversidade são construídos modos de pensar e fazer enfermagem nos mais diversos contextos de serviços, com potenciais de intervenção crítica e transformadora, em alianças com setores da população e com os demais profissionais.

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem, a experiência do adolescer faz parte do ciclo natural da vida do ser humano, porém longa foi a história de reconhecer que este processo se dá em sociedades concretas, em dadas condições de existências, ou seja, pelas diferenças individuais e possibilidades sociais criadas para humanidade em geral e para cada ser em particular, em face de suas mutáveis necessidades, por isso ao propor uma direção para o trabalho de promoção da saúde do adolescente, pretende-se contribuir não apenas no sentido de uma instrumentalização como domínio técnico de metodologias, mas no sentido de apropriação de novas formas de pensar e atuar, possíveis de ser coletivamente construídas, atualizadas e reformuladas (BRASIL, 2005, p.36).

Ainda na percepção do autor (BRASIL, 2005, p.37), a qualidade de vida entrelaça elementos da história pessoal e da organização da vida cotidiana, que mostra as possibilidades para se ter uma vida saudável e as necessidades de bem viver, nessa reflexão o marco da promoção da saúde representa a primeira possibilidade de avanço ainda não contemplado pela atenção primária, porém coerente a esta, pois concebe a saúde como produção social, que não fica restrita ao setor saúde, mas aponta para a articulação de um conjunto de setores de gestão municipal e o estímulo da participação social.

Ao cuidar em saúde coletiva, os corpos dos enfermeiros e de sua equipe vagam a trabalhar "dentro e fora das instituições" para tentar alcançar vãos e se lançar no fascinante perigo da vida, e, assim quebrar os limites que lhes são impostos – por isso, precisam de forças internas e externas para manter viva a idéia de que precisam cuidar dos outros. (...) Os profissionais de saúde devem compreender que o direito à saúde inclui a possibilidade de realização plena como ser humano. Para isso, é necessário que se tenha uma assistência de qualidade como direito de todos os cidadãos, englobando dimensões do indivíduo e da coletividade. Essa assistência deve atender às demandas da população e dos clientes, especificamente no campo da

saúde, por meio de ações que facilitam seu acesso aos locais de cuidados, onde lhe seja possibilitada a expressão de potencialidade subjetiva, que servirá de subsídio para uma semiologia da subjetividade em uma perspectiva de saúde total (OLIVEIRA, 2007, p.24).

### **2.3 Planejamentos políticos na garantia da saúde do adolescente**

O governo brasileiro tem colocado em ação, por intermédio do Ministério da Saúde e outros setores, programas de saúde para atender a população materno-infantil e aos adolescentes em nível nacional (BRASIL, 2005, p.63).

A Constituição Brasileira, em 1988 estabelece em seu artigo 227 a seguinte lei:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta propriedade, o direito à vida, à saúde, a alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 5).

A criação do ECA pela Lei nº 8.069 de 1990, em substituição do Código de Menores, confirma todos os direitos referentes a criança e adolescentes, e tem como finalidade defender e fazer cumprir, estes direitos pela família, poder público e sociedade em geral (BRASIL, 2005, p.57).

O ECA possui um capítulo especial que trata dos direitos à vida e à saúde e, no seu Art. 7 e 11, estabelece:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. É assegurada a atenção integral à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2005, p. 58).

Estes dados justificam a necessidade de ações voltadas para o adolescente e incentiva a realização de oficinas de prevenção em serviço de saúde, pois nas oficinas acontecem os seguintes passos: análise da clientela, problemática, do contexto e do grupo, definição do foco, planejamento flexível (implicando contínua transformação, enquanto flui o processo grupal), utilização de técnicas de sensibilização, dinamização, comunicação, reflexão, a fim de propiciar a formação de vínculo grupal, respeitando-se a autonomia e o desenvolvimento dos participantes, através da promoção da comunicação, da análise das

implicações do sujeito, da rede de vínculos, transferências, contratransferências e relação do grupo com o contexto (OLIVEIRA, 2007, p.16).

As ações preventivas tanto para a gravidez na adolescência como para as DST devem ser realizadas nas diferentes esferas sob a responsabilidade de vários atores, o papel do Estado é fundamental, tanto em ações globais que propõem o aumento da renda (Governo Federal) como na melhoria da escola, permitindo às adolescentes terem possibilidades reais de profissionalização no futuro (ações municipais através da Secretaria Municipal de Educação), compete aos municípios também, através de sua Secretaria de Saúde, a ativação de programas como o PROSAD nas unidades de saúde e a criação de espaços apropriados e acolhedores para os adolescentes que permitam atendimento diferenciado para este público.

Sendo assim, é de extrema importância a presença de profissionais de saúde com disponibilidade afetiva para atenção aos adolescentes e treinados para a aquisição de conhecimentos sobre esse importante período da vida, atentando-se para a prevenção das DST. A educação sexual é promovida no espaço escolar como um dos componentes essenciais que atuam na construção da saúde sexual ao longo do ciclo vital (GUIMARÃES, 2004, p.24).

#### **2.4 A relação do profissional de enfermagem com o adolescente**

De acordo com Saraceni (2005, p.59), a educação em saúde e a promoção da saúde, ambas estão ligadas por uma meta em comum que é encorajar as pessoas a obter o nível mais elevado de bem-estar de modo que elas possam viver com mais saúde e previnam-se de doenças evitáveis, dessa forma, a educação em saúde dispõe de uma base sólida para o bem-estar individual e da comunidade, tendo-se como meta ensinar as pessoas a viver a vida da forma mais saudável possível.

Já a promoção da saúde pode ser considerada como as atividades que auxiliam os indivíduos no desenvolvimento de recursos que manterão ou estimularão o bem-estar e melhorarão a qualidade de vida cabendo ao indivíduo decidir se faz as alterações que promoverão a sua saúde (GUIMARÃES, 2004, p.31).

É preciso cuidar do adolescente em situação de rua para que ele se torne um cidadão. Faz parte da intersetorialidade das ações de saúde contribuir para que esse jovem reconheça como seu o direito de cuidar-se e de reivindicar políticas públicas que atendem às suas necessidades de cidadania. Saúde, cultura e profissionalização são recursos que podem contribuir para a saída da situação de exclusão que os condena a, eternamente, viverem

dependentes de recursos assistencialistas que não os farão crescer, que os deixarão exatamente onde encontram, ou ainda pior, que poderão reduzir ainda mais seu tempo de existência (AVELLEIRA, 2006, p.12).

Acrescenta Avelleira (2006, p.13), que é necessário se criar estratégias de prevenção de agravos direcionados ao grupo adolescente, considerando as peculiaridades e as vulnerabilidades dessa faixa etária, que compreende dos 10-19 anos, sendo que não é possível delimitar exatamente o início e o fim dessa fase.

O principal propósito de se trabalhar com grupos de adolescentes é ampliar o acesso e aumentar a adesão aos serviços de saúde, visando atender às especificidades dessa faixa etária, com a atenção especialmente voltada aos aspectos preventivos.

Quando o adolescente procura a unidade de saúde, a grande maioria se sente envergonhado, com medo de ser repreendido ou intimidado pela figura profissional, fazendo da atitude de procurar a unidade de saúde um ato difícil e que necessita de certa coragem. Por esse motivo, é importante que o adolescente sinta-se confortável, ajudado e respeitado para que possa confiar seus medos e dúvidas (GUIMARÃES, 2004, p.32).

### **3 – O PERFIL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

A competência profissional dos trabalhadores da saúde tem como referência doutrinária a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia de reordenação setorial e institucional (GUIMARÃES, 2004, p.312).

Segundo Miller (2003, p.134) o Técnico em Enfermagem é um profissional que participa de ações de promoção, recuperação e manutenção da saúde, trabalhando em equipes de saúde multiprofissionais, visando à melhoria da qualidade de vida da população nos seguintes espaços ocupacionais ou funções:

- promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- prevenção e controle das doenças;
- apoio ao atendimento clínico e organização do ambiente de trabalho em saúde;
- restabelecimento da saúde;
- planejamento participativo e avaliação dos serviços de saúde (gestão).

Ainda segundo Miller (2003, p.135) são aspectos do perfil profissional do Técnico de Enfermagem:

- Raciocínio lógico;
- Cooperatividade;
- Capacidade de observação;
- Autonomia intelectual;
- Senso crítico;
- Iniciativa;
- Ética;
- Capacidade de comunicação;
- Capacidade de trabalhar em equipe;
- Solidariedade;
- Espírito empreendedor;
- Bom relacionamento interpessoal;
- Flexibilidade.

Exige-se do profissional de saúde capacidade de diagnóstico, de soluções de problemas, aptidão para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constante mudança e intervir no processo de trabalho para a melhoria da qualidade dos processos,

produtos e serviços.

Para acompanhar as transformações da área de saúde e desempenhar com aptidão suas atividades profissionais, os profissionais técnicos devem ter, ainda, uma formação ampla, que lhes possibilite continuar sua educação de forma permanente (GUIMARÃES, 2004, p.315).

### **3.1 O combate a sífilis no Brasil**

A sífilis é uma infecção sistêmica e seu microorganismo se multiplica já na porta de entrada. A sua disseminação ocorre em horas por via sanguínea e linfática. O contágio pode ser direto (genital, cutâneo ou oral), vertical (transplacentária) e iatrogênica (transfusão sanguínea). Atualmente sua transmissão ocorre em 90% dos casos, durante o contato sexual (OLIVEIRA, 2007, p.19).

A sua detecção clínica é muito difícil: é que a sífilis primária, muitas vezes, passa despercebida e a fase latente se prolonga por muitos anos, no adulto, dificultando o seu controle epidemiológico.

Na década de 80, o Ministério da Saúde elaborou Programas de Assistência Integral à Saúde, traçando metas e ações para o atendimento primário à população em consonância com a declaração da VIII Conferência Mundial de Saúde, cujo tema central foi Saúde para todos no ano 2000 (LORENZI, 2001, p.108).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher PAISM (1984) surge neste contexto e tem por meta transformar o sistema de saúde. Seu objetivo é romper com um modelo de assistência centrado de forma limitada na reprodução biológica da mulher e restrito a um atendimento no pré-natal, parto e puerpério.

Baseado no respeito mútuo, o programa propõe novas formas de relacionamento entre os profissionais de saúde e suas usuárias, criando assim, as condições necessárias para que as mulheres sejam atendidas em todas as suas necessidades. Nesse sentido, a humanização do serviço prestado contempla principalmente as mulheres fragilizadas pela infertilidade ou aborto e as que são vítimas de violência sexual e doméstica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1993) estima-se que, nos países em desenvolvimento, do total de mulheres atualmente gestantes, 10 a 15% têm sífilis. Em países da África, onde 15% de todas as gestantes são infectadas pelo flagelo, as conseqüências são trágicas: 5% de todas as crianças sofrem malformações, retardos mentais ou morrem por sífilis congênita (OMS, 2008, p.72).

Em 1993, o Ministério da Saúde propôs um Projeto para a Eliminação da Sífilis Congênita até o ano 2000. Destacamos entre seus objetivos, aquele que pretende evitar ou interromper a transmissão da sífilis adquirida materna para o seu conceito, já que um tratamento adequado da gestante com sífilis, durante o pré-natal, traz dois benefícios: além de tratar a própria mulher, gera um efeito protetor/terapêutico para o feto (LORENZI, 2001, p.109).

Sabemos que o Brasil está contido no rol dos países nos quais o não diagnóstico precoce dificulta o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Sobre o assunto, o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 92), no âmbito do seu Programa de Abordagem Síndrômica, afirma que:

As longas filas para atendimento, a demora nas salas de espera, a impossibilidade de realização dos exames propostos por falta de motivação, treinamento, insumos ou equipamentos, tornam o atendimento inadequado. A obrigatoriedade de longas esperas e múltiplos retornos levam os clientes a procurar serviços nos quais há aparente resolutividade e cuja qualidade é bastante inferior, por exemplo o balconista de farmácia

Reportagens e dados estatísticos divulgadas revelam que as DST estão cada dia mais presentes nas consultas de ginecologia e pré-natal. Esse quadro é grave nos países em desenvolvimento por conta da pobreza, das más condições de higiene e saneamento, da má qualidade dos serviços de saúde pública e dos altos níveis de analfabetismo.

Segundo Brasil (2005, p.97) a probabilidade de contaminação é muito alta, de 30 a 40% por via genital, anal e oral e a doença pode ter conseqüências muito graves como a de aumentar consideravelmente o risco de transmissão vertical.

Atualmente, no Brasil, o sistema de saúde passa por momentos difíceis. Observa-se que a assistência hospitalar e até os ambulatórios encontram-se com baixa resolutividade. É grande o número de mulheres que aguardam uma simples consulta ginecológica. Mesmo quando conseguem ser atendidas, o resultado do exame colpocitológico pode demorar até 90 dias, o que retarda o seu retorno a consulta.

A importância da realização da sorologia na primeira consulta de pré-natal e sua repetição no terceiro trimestre da gestação é uma medida primordial para diminuir a incidência de sífilis congênita.

Sendo assim, surge a pergunta, porque, então, não fazer o exame de sífilis (VDRL) em mulheres não grávidas, nas consultas ginecológicas e até nos exames pré-nupciais? Esta poderia ser uma saída para a diminuição das estatísticas no Brasil. Afinal de contas, o

surgimento de tantos casos de sífilis congênita detectada após o nascimento, é resultado de falhas no pré-natal como a demora do resultado dos exames sorológicos.

Assim é que, apesar da modernidade, do avanço da tecnologia, da atualização teórico metodológica dos profissionais, as doenças sexualmente transmissíveis vêm aumentando a cada dia. Esta afirmação é comprovada quando checamos o aumento do número de casos de sífilis congênita na maternidade.

Muitas mulheres se descobrem VDRL positivas após o nascimento do seu filho. Cunha (1995, p. 4) nos diz que:

As mulheres são mais suscetíveis à infecção por DST, tanto por fatores sociais como por fatores biológicos, e pela interação destes dois tipos de fator: pelas diferenças na genitália masculina e feminina; pela falta de métodos de prevenção controláveis pela mulher; pela passividade e desconhecimento esperados no que diz respeito à sexualidade; pela falta de poder de barganha nas relações sexuais; pela violência sexual que é praticada contra a mulher em larga escala; e pela aceitação social e ocultamento da infidelidade masculina.

Xavier (1997, p.11) diz que as mulheres em geral são afetadas mais jovens que os homens. Elas com frequência são condenadas e estigmatizadas por terem uma DST, devido à relação existente, no imaginário social, entre essas doenças, a prostituição e a promiscuidade. Como podem não apresentar nenhum sintoma, o que dificulta o tratamento essas mulheres estão expostas a um risco mais alto de efeitos secundários, incluindo infertilidade, gravidez ectópica, câncer cervical e outras infecções não-diagnosticadas.

A gravidade da situação não pode ser creditada apenas à precariedade dos serviços públicos de saúde. A liberação sexual, o outro lado da moeda, liberalizar hábitos e costumes fez crescer as estatísticas de adolescentes grávidas e com sífilis. A saúde da mulher, portanto, não é só responsabilidade do profissional de saúde.

Tyrrel (1995, p.238) em sua tese de doutorado afirma que: não é suficiente conchamar serviços públicos de assistência à mulher e a criança com pretensos recursos e insumos, se não houver uma aliança com a população para assegurar direitos individuais e coletivos, frente às políticas públicas com vistas ao bem estar da sociedade.

Assim percebemos a propagação das doenças sexualmente transmissíveis e suas consequências, pois não escolhem faixa etária para se alojarem, portanto, os cuidados prestados a esta clientela devem ser cercados de muita emoção e, principalmente, vigilância por parte de quem assiste a população feminina. A responsabilidade pela transmissão vertical devem ser divididas entre o profissional de saúde, a mulher e seu companheiro.



Afinal, a maioria das doenças que podem afetar o feto ou o recém-nascido podem ser prevenidas se reconhecidas e tratadas precocemente.

Em relação ao nascimento das crianças afetadas pela doença é a ocupação de leitos no alojamento conjunto, já que o recém nascido, acometido por sífilis congênita, permanece internado recebendo penicilina cristalina endovenosa por 14 dias. Neste momento de internação do binômio, a mulher é trabalhada pela equipe para (re)iniciar o seu tratamento, restando a terceira e última dose a ser administrada no posto de saúde. Na verdade, se a mulher não sai da maternidade convencida da necessidade do tratamento, ela pode não concluí-lo e, assim, iniciar o novo ciclo (OLIVEIRA, 2008, p.100).

### **3.2 A divisão clínica da sífilis**

A história natural da doença mostra evolução que alterna períodos de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente). A sífilis divide-se ainda em sífilis recente, nos casos em que o diagnóstico é feito em até um ano depois da infecção, e sífilis tardia, quando o diagnóstico é realizado após um ano (GUINSBURG, 2008, p.132).

De acordo com Smeltzer (2005, p.104) a sífilis primária é caracterizada por uma lesão específica é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação em média três semanas após a infecção. É inicialmente uma pápula de cor rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e exulceração. Em geral o cancro é único, indolor, praticamente sem manifestações inflamatórias perilesionais, bordas induradas, que descem suavemente até um fundo liso e limpo, recoberto por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, não supurativa, de nódulos duros e indolores.

Ainda segundo Smeltzer (2005, p.105) ela localiza-se na região genital em 90% a 95% dos casos. No homem é mais comum no sulco balanoprepucial, prepúcio, meato uretral ou mais raramente intra-uretral. Na mulher é mais freqüente nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino. Assintomático, muitas vezes não é referido. As localizações extragenitais mais comuns é a região anal, boca, língua, região mamária e quirodáctilos. O cancro regride espontaneamente em período que varia de quatro a cinco semanas sem deixar cicatriz.

A ausência de lesão primária geralmente decorria de transfusões com sangue infectado (sífilis decapitada). O chamado cancro misto de Rollet é o resultado da infecção conjunta com o *Haemophilus ducreyi* (cancro mole) (KOMKA, 2007, p.86).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza, nos locais em que não haja possibilidades de diagnóstico laboratorial, uma abordagem sindrômica das lesões ulceradas com o tratamento simultâneo das possibilidades diagnósticas.

De acordo com Avelleira (2006, p.213) a sífilis secundária acontece após período de latência que pode durar de seis a oito semanas, a doença entrará novamente em atividade. O acometimento afetará a pele e os órgãos internos correspondendo à distribuição do *T. pallidum* por todo o corpo.

Na pele, as lesões (sifilides) ocorrem por surtos e de forma simétrica. Podem apresentar-se sob a forma de máculas de cor eritematosa (roséola sifilítica) de duração efêmera. Novos surtos ocorrem com lesões papulosas eritêmato-acobreadas, arredondadas, de superfície plana, recobertas por discretas escamas mais intensas na periferia (colarete de Bielt) (KOMKA, 2007, p.88).

Segundo Avelleira (2006, p.214) o acometimento das regiões palmares e plantares é bem característico. Algumas vezes a descamação é intensa, atribuindo aspecto psoriforme às lesões. Na face, as pápulas tendem a agrupar-se em volta do nariz e da boca, simulando dermatite seborréica. Nos negros, as lesões faciais fazem configurações anulares e circinações (sifilides elegantes). Na região inguinocrural, as pápulas sujeitas ao atrito e à umidade podem tornar-se vegetantes e maceradas, sendo ricas em treponemas e altamente contagiosas(condiloma plano). Na mucosa oral, lesões vegetantes de cor esbranquiçada sobre base erosada constituem as placas mucosas, também contagiosas.

Em alguns pacientes estabelece-se alopecia difusa, acentuada na região temporoparietal e occipital (alopecia em clareira). Pode ocorrer ainda perda dos cílios e porção final das sobrancelhas. Mais raramente nessa fase são descritas lesões pustulosas, foliculares e liquenóides (GUIMARÃES, 2004, p.114).

O secundarismo é acompanhado de poliadenomegalia generalizada. A sintomatologia geral é discreta e incaracterística: mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaléia, meningismo, artralguas, mialgias, periostite, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótica, glomerulonefrite, neurite do auditivo, iridociclite. A presença de lesões pápulo-pustulosas que evoluem rapidamente para necrose e ulceração, apresentando muitas vezes crostas com aspecto osteriforme ou rupiódide, acompanhadas de sintomatologia geral intensa, representa uma variante descrita como sífilis maligna precoce (LOWDERMILK, 2002, p.92).

De acordo com Oliveira (2008, p.67) lesões residuais hipocrômicas “colar de Vênus” na região cervical e lesões anetodérmicas principalmente no tronco podem suceder as

lesões do secundarismo.

A fase secundária evolui no primeiro e segundo ano da doença com novos surtos que regridem espontaneamente entremeados por períodos de latência cada vez mais duradouros. Por fim, os surtos desaparecem, e um grande período de latência se estabelece. Os estudos que acompanharam a evolução natural da sífilis mostraram que um terço dos pacientes obtém a cura clínica e sorológica, outro terço evoluirá sem sintomatologia, mas mantendo as provas sorológicas não treponêmicas positivas. E, num último grupo, a doença voltaria a se manifestar (sífilis terciária) (LOWDERMILK, 2002, p.93).

De acordo com Saraceni (2005, p.168) na sífilis terciária os pacientes nessa fase desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Em geral a característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas. Podem estar acometidos ainda ossos, músculos e fígado. No tegumento, as lesões são nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas ou tuberculocircinadas e gomas.

Segundo Oliveira (2008, p.69) na fase terciária, as lesões são solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas com pouca inflamação, bordas bem marcadas, policíclicas ou formando segmentos de círculos destrutivas, tendência à cura central com extensão periférica, formação de cicatrizes e hiperpigmentação periférica. Na língua, acometimento é insidioso e indolor, com espessamento e endurecimento do órgão. Lesões gomosas podem invadir e perfurar o palato e destruir a base óssea do septo nasal. “Cancro redux” é a presença de goma no local do cancro de inoculação, e “pseudo-cancro redux”, uma goma solitária localizada no pênis.

### **3.3 A relação da Sífilis com o HIV**

As interações entre a sífilis e o vírus HIV iniciam-se pelo fato de que ambas as doenças são transmitidas principalmente pela via sexual e aumentam sua importância porque lesões genitais ulceradas aumentam o risco de contrair e transmitir o vírus HIV.

Nos Estados Unidos, análises de estudos sobre a soroprevalência da sífilis em pacientes HIV-positivos encontraram positividade de 27,5% no sexo masculino e de 12,4% no feminino (MILLER, 2003, p.149).

A sífilis nos pacientes infectados pelo HIV, não apresenta comportamento oportunista, mas possui características clínicas menos usuais e acometimento do sistema nervoso mais freqüente e precoce (GUINSBURG, 2008, p.135).

Na sífilis primária a presença de múltiplos cancros é mais comum, bem como a permanência da lesão de inoculação que pode ser encontrada em conjunto com as lesões da sífilis secundária. Lesões ostráceas e ulceradas da sífilis maligna precoce foram descritas mais frequentemente e também acometimento ocular e oral (SMELTZER, 2005, p.221).

Na maioria dos pacientes infectados com o vírus HIV os testes sorológicos apresentam-se dentro dos padrões encontrados nos pacientes não infectados. Entretanto, resultados atípicos podem ocorrer. A titulação poderá ser muito alta ou muito baixa; flutuações no resultado de exames consecutivos e falsa-negatividade poderão dificultar o diagnóstico laboratorial (MILLER, 2003, p.152).

O diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames laboratoriais mais adequados deverão considerar a fase evolutiva da doença. Na sífilis primária e em algumas lesões da fase secundária, o diagnóstico poderá ser direto, isto é, feito pela demonstração do treponema. A utilização da sorologia poderá ser feita a partir da segunda ou terceira semana após o aparecimento do cancro, quando os anticorpos começam a ser detectado (SMELTZER, 2005, p.223).

## CONCLUSÃO

O presente trabalho enfatizou as principais ações da equipe de enfermagem direcionadas a prevenção das DST particularizando a Sífilis, devido ao grande índice de casos ligados a este problema que ocorrem frequentemente, por falta de estratégias preventivas voltadas a essas doenças.

No entanto, esse trabalho teve como pauta o papel do técnico-enfermeiro na prevenção das DST nas ESF e também a identificação dos fatores que dificultam o desenvolvimento de ações de educação e saúde para a adoção de medidas preventivas das DST pelo público adolescente e gestantes, bem como discussão de estratégias para a implementação de um atendimento do técnico-enfermeiro ao adolescente, considerando as diferentes alterações que ocorrem nesta fase da vida, que exige do profissional um atendimento diferenciado e participativo para o cuidado eficaz.

Constatou-se nesta pesquisa a necessidade da criação de um programa de saúde direcionado para atendimento ao público adolescente e em fase gestacional, tendo em vista evidenciado no referido estudo a carência de uma atenção exclusiva à saúde dos mesmos.

Além disso, com a concretização deste estudo, foi possível a compreensão de que a erradicação da Sífilis e da Sífilis Congênita é um desafio prevenível que pode se transformar em uma realidade. No entanto, o que intriga é o porque dela ainda existir e afetar tantas pessoas, uma vez que doenças mais complexas já foram extintas e tratadas. É chegado o momento de não apenas lançar o desafio da erradicação da Sífilis, que já foi almejado e quase contemplado há várias décadas, este desafio deve ser vencido, ultrapassado e ter como mérito pessoas saudáveis e libertas deste mal. Afinal, este é o propósito primordial dos profissionais da saúde.

Enfim, a saúde é um direito de todo cidadão, os cuidados e atenção básica relacionada as DST destacando a Sífilis é dever do Estado e dos profissionais de saúde. O técnico-enfermeiro tem que estar preparado para os cuidados, orientação e prevenção dessa doença que tanto aflinge nossos jovens e gestantes com planejamento, respeito e educação continuada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, M. *ABC das doenças sexualmente transmissíveis*. Rio de Janeiro: Manole, 1987.
- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi. *Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e controle. Educação Médica continuada*. São Paulo: Dermatol, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita*. Brasília, DF: MS, 2005.
- COSTA, GR. *Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal*. Brasília: 1998.
- CUNHA, A. *Diagnóstico sorológico da sífilis na gravidez*. Rio de Janeiro: 1995.
- GUIMARÃES, R. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- GUINSBURG, Ruth. *Medidas para Erradicação da Sífilis Congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro: 2008.
- KOMKA, Maria Regina. *Sífilis Congênita: Notificação e Realidade*. Porto Alegre: Scientia Médica, 2007.
- LOWDERMILK, Deitra Leonard. *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.
- LORENZI, Dino Roberto Soares de. *Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal*. Rio de Janeiro: 2001.
- MILLER, Benjamin Frank. *Enciclopédia e dicionário médico para enfermeiros e outros profissionais da saúde*. São Paulo, SP: Roca, 2003.
- OLIVEIRA, Ederson Valei Lopes. *Sífilis Secundária com acometimento pulmonar*. An Brás Dermatol, 2007.
- OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. *Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestantes e da Sífilis Congênita no DF*. Boletim especial: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal- SES-DF, 2008.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento*

*lógico e estratégia para ação.* 2008.

PAZ, Leidijany Costa. *Vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: definição de casos.* São Paulo: 2004.

PEREIRA, Luciana Baptista. *Sífilis Congênita: uma apresentação cutânea incomum. Caso clínico.* Rio de Janeiro: An. bras. Dermatol, 2000.

RAMOS, Mauro Cunha. *Sífilis Congênita, ainda um desafio.* J bras, 2001.

SARACENI, Valéria. *A Sífilis, a gravidez e a Sífilis Congênita.* 2005.

SMELTZER, Suzanne C. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* São Paulo: Guanabara kaogan, 2005.

TYRREL, Maria Antonieta Rubio. *Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político e inserção da enfermagem.* Rio de Janeiro: Ed. Da UFRJ, 1995.

XAVIER, I. M. *A mulher e a convivência com a AIDS: uma questão de gênero.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz 1997.