

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA DE OLIVEIRA BARBOSA
LARYSSA DE OLIVEIRA MAGALHÃES DA SILVA
PAULA DA SILVA NINAUT RIBEIRO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SÍFILIS CONGÊNITA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RIO DE JANEIRO

2022

LARISSA DE OLIVEIRA BARBOSA
LARYSSA DE OLIVEIRA MAGALHÃES DA SILVA
PAULA DA SILVA NINAUT RIBEIRO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SÍFILIS CONGÊNITA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário São José apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Professora Ludmila Oliveira.

RIO DE JANEIRO

2022

AGRADECIMENTO

A Deus, em primeiro lugar, que sempre nos conduziu com as devidas lições de amor, fraternidade e compaixão hoje e sempre, por ter concedido saúde e força para superar as dificuldades.

A este Centro Universitário, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte superior, elevado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Renata Halzemann, pelo apoio, estímulo e suporte durante esse processo.

A nossa orientadora Ludmila dos Santos Oliveira pela sua disponibilidade e incentivo que foram fundamentais para realizar e prosseguir este estudo. Saliento o apoio incondicional prestado, a forma interessada e pertinente como acompanhou a realização deste trabalho.

Aos nossos amigos, pela coragem e incentivo que nos foi transmitido, especialmente as amigas de academia, Amanda e Ivana.

Aos nossos pais, avós, irmãos e noivos, pelo amor e apoio incondicional prestado, a sua compreensão e paciência demonstradas, que sempre e em qualquer momento nos ofereceram.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigada.

Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível.

(Charles Chaplin)

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Larissa de Oliveira Barbosa¹
Laryssa Oliveira Magalhães da Silva¹
Paula da Silva Ninaut Ribeiro¹
Ludmila Santos de Oliveira²

RESUMO

Introdução: A presença da sífilis congênita é considerada um evento que marca a qualidade de qualquer sistema de saúde, isso porque é uma doença previsível, fácil e barata de tratar. O enfermeiro é um dos principais responsáveis pela assistência obstétrica de baixo risco no Sistema Único de Saúde - SUS, e sua formação inclui, entre outras coisas, a capacidade de atuar como promotor de saúde, promovendo um cuidado holístico e individualizado de acordo com as necessidades do paciente. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo discorrer sobre a importância da assistência de Enfermagem para as gestantes portadoras de sífilis, apresentando seus sentimentos referente a transmissão vertical ao RN. **Metodologia:** Foi realizado uma revisão integrativa, para seleção de amostra, um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no período de agosto a novembro de 2022, utilizando os descritores “Enfermagem”, “Sífilis congênita”, “Transmissão vertical” e “Atenção primária a saúde”, totalizando 17 artigos para o estudo. **Análise de Dados:** Os principais tópicos discutidos nos artigos selecionados para revisão foram explorados e, em seguida, usados como orientação de pesquisa. **Discussão:** Através dos dados coletados, foi possível identificar o déficit de conhecimento das gestantes portadoras de sífilis sobre a doença, e o sentimento externado por elas após o diagnóstico da doença e a facilidade de transmissão vertical. Com isso, os cuidados e acolhimento de Enfermagem são essenciais nesse momento delicado, para cura da gestante e do parceiro. **Conclusão:** todos os objetivos traçados foram alcançados e os resultados apontaram a necessidade de ações resolutivas pelo Enfermeiro e equipe de saúde, para que sejam amenizados os impactos e angústias desencadeados a partir do diagnóstico da sífilis em gestantes.

Palavras-chave: Enfermagem; sífilis congênita; transmissão vertical; atenção primária à saúde.

¹Discente do 10o período do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São José.

¹Discente do 10o período do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São José.

¹Discente do 10o período do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São José.

²Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem do Centro Universitário São José, Especialista em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Gestão Pública dos Serviços de Saúde.

NURSING CARE IN CONGENITAL SIFILIS

ABSTRACT

Introduction: The presence of congenital syphilis is considered an event that marks the quality of any health system, because it is a predictable disease, easy and cheap to treat. Nurses are one of the main responsible for low-risk obstetric care in the Brazilian Unified Health System, and their training includes, among other things, the ability to act as a health promoter, promoting holistic and individualized care according to needs of the patient. **Objective:** This study aims to discuss the importance of Nursing care for pregnant women with syphilis, presenting their feelings regarding vertical transmission to the NB. **Methodology:** An integrative review was carried out, for sample selection, a bibliographical survey in the Virtual Health Library (VHL) from August to November 2022, using the descriptors "Nursing", "Congenital syphilis", "Vertical transmission" and "Primary health care", totaling 17 articles for the study. **Analysis:** The main topics discussed in the articles selected for review were explored and then used as research guidance. **Discussion:** Through the data collected, it was possible to identify the lack of knowledge of pregnant women with syphilis about the disease, and the feeling expressed by them after the diagnosis of the disease and the ease of vertical transmission. and the partner. **Conclusion:**

Keywords: Nursery, CONGENITAL SIFILIS, vertical transmission, Primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

QUADRO 1 – Esquema de doses terapêuticas para tratamento de Sífilis.....17

QUADRO 2 – Portaria que instituíram para notificação compulsória das sífilis no Brasil.....22

FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – Fluxograma da organização do processo de busca de dados com critérios de inclusão e exclusão.....25

TABELA

TABELA 1 – Artigos selecionados em Biblioteca Virtual de Saúde no ano de 2022.....26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

SC – Sífilis Congênita

SG – Sífilis Gestacional

SINAN – Sistema de Informação de agravos de notificação

OMS – Organização Mundial de Saúde

IST – Infecção sexualmente transmissível

SUMÁRIO

1.2.1.1 INTRODUÇÃO	9
1.2.1.2 OBJETIVOS.....	
1.2.1.3 OBJETIVO GERAL	
1.2.1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	
1.2.1.5 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA.....	
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	
2. METODOLOGIA	
3. RESULTADOS	
4. DISCUSSÃO.....	
5. CONCLUSÃO	
REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema foi motivada a partir de vivências no campo de estágio na atenção primária em saúde (APS) durante a graduação em enfermagem, onde foi observado que ainda é de alta prevalência a transmissão vertical por sífilis congênita pela falta de prevenção e educação em saúde.

Educação sexual é uma estratégia para a promoção da saúde, e a saúde sexual integra o desenvolvimento humano e aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneiras que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação, o prazer e o amor (BRASIL, 2022).

A sífilis é uma doença antiga que existe há mais de 500 anos. Relatos de sua presença na Europa logo após a descoberta da América se misturam com sua presença no Velho Continente antes das viagens de Cristóvão Colombo ao Novo Mundo. A sífilis trazida para a Europa por Colombo e seus marinheiros foi seguida pela disseminação da espiroqueta por todo o continente. A sífilis tornou-se uma pandemia com um quadro clínico muito agudo, que muitas vezes terminava em morte na fase secundária e foi descrita por muitos autores na virada do século XVI (SINGH *et al*, 1999).

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária. Sabe-se que: a transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna, os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. 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 *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária), há possibilidade de transmissão direta do *T. 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, p. 9, 2006).

A presença da sífilis congênita é vista como evento marcador da qualidade de qualquer sistema de saúde. Isto se deve ao fato de ser uma doença previsível e de tratamento simples e barato. Sua eliminação como problema de saúde pública,

portanto, é factível, desde que toda gestante tenha acesso à assistência de qualidade nos serviços de pré-natal que possibilite a realização de exames para a triagem da sífilis na primeira consulta e no terceiro trimestre, a fim de que a mesma seja detectada e o tratamento adequado possa ser instituído precocemente. A reinfeção poderá ser evitada com o devido aconselhamento e com o tratamento concomitante do parceiro (BRASIL, 1999).

O Enfermeiro é um dos grandes responsáveis pela atenção ao pré-natal de baixo risco no Sistema Único de Saúde - SUS e em sua formação está intrínseca, entre outras habilidades, a de atuar como promotor de saúde. O processo de empoderamento da gestante e de seu parceiro quanto à sífilis congênita requer a utilização de estratégias educativas que possibilitem escolhas informadas, que concorram a um comportamento saudável. Nesse cenário, diversos recursos, metodologias e técnicas podem ser utilizados para a facilitação do processo educativo (COSTA *et al*, 2020).

As medidas de controle da sífilis congênita consistem em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, com captação precoce e vinculação aos serviços de assistência pré-natal, oferta de testagem para sífilis no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta) e no terceiro trimestre de gestação (em torno da 28ª semana), instituição de tratamento oportuno e adequado para as gestantes e suas parcerias sexuais, seguimento após o tratamento, busca ativa de faltosas, documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na caderneta da gestante, além da notificação dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita (BRASIL, 2022).

Sabe-se que, para uma gestante, ser diagnosticada com sífilis pode gerar uma cascata de emoções, que variam desde culpa apesar à falta de informações que deixaram de ser transmitidas. Essas variações emocionais e comportamentais devem ser acompanhadas pelo enfermeiro, a fim de promover uma assistência holística e personalizada, de acordo com as necessidades da paciente. Dessa forma, o tema deste artigo é a perspectiva da gestante portadora de sífilis sob a ótica da Enfermagem (SILVA *et al*, 2019).

Diante do exposto, foi formulada a seguinte questão norteadora: Quais ações de enfermagem para o cuidado da gestante portadora de sífilis?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

- Discorrer sobre a importância da assistência de Enfermagem com as gestantes portadoras de sífilis.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o sentimento das gestantes portadoras de sífilis encontrados em estudos científicos;
- Apontar as atribuições do Enfermeiro com a gestante portadora de sífilis.

1.3 JUSTIFICATIVA

O tema foi anteposto devido à grande ocorrência da patologia no cotidiano do Enfermeiro, apesar de ser um assunto constantemente abordado, ainda há muitos casos.

Em 2021 no Brasil foram notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) mais de 167 mil novos casos de sífilis adquirida, com taxa de detecção de 78,5 casos para cada grupo de 100 mil habitantes; 74 mil casos em gestantes, com taxa de 27,1 para cada 1 mil nascidos vivos; 27 mil ocorrências de sífilis congênita, com taxa de 9,9 em menores de um ano por 1 mil nascidos vivos; e 192 óbitos por sífilis congênita, com taxa de 7,0 por 100 mil nascidos vivos. (BRASIL, 2022).

Sendo assim, almeja-se que no desenvolvimento do presente estudo, ocorra uma ampliação dos estudos e pesquisas acerca da temática, considerando sua importância diante de profissionais e estudantes das áreas da saúde e para a população que precisa informar-se sobre a sífilis congênita, para que o mesmo possa ser evitado ou tratado após a sua incidência.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Gestantes portadoras de Sífilis

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) têm um impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, porquanto acarretam infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança. Elas também têm um impacto indireto na facilitação da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana-HIV (BRASIL, 2019).

As relações sexuais na gravidez não oferecem risco à gestação. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está relacionada a aumento de prematuridade e mortalidade perinatal. Entretanto, é importante considerar a possibilidade de contrair IST que prejudiquem a gestação ou que possam ser transmitidas verticalmente (BRASIL, p. 30, 2020).

Em 1984 foi implementado o Programa nacional de assistência integral à saúde da mulher, que tinha como objetivo primordial os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem aos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

O desconhecimento da gravidade da doença e das consequências para o feto, bem como o fato de a doença ser em sua maioria assintomática. A presença de infecção em parceiros que, sendo assintomáticos, não considerarem esta doença como um problema de saúde, também é um problema. Essa concomitância, não incomum entre pais de infectados ou recém-nascidos infectados, contribui significativamente para a interrupção do tratamento e, conseqüentemente, para a transmissão da infecção ao feto. A falta de conhecimento sobre a doença indica que a interpretação das IST em mulheres deve ser reestruturada para incluir todos os

aspectos da transmissão da sífilis congênita, tratamento e transmissão vertical. (SIMÕES *et al*, 2019).

A falta de acompanhamento pré-natal, gravidez na adolescência, uso de drogas ilícitas (principalmente crack/cocaína) pela mãe ou parceiro, falta de parceiro sexual estável e/ou múltiplos parceiros, baixa escolaridade e nível socioeconômico, diversidade, acesso limitado aos serviços de saúde e presença de outras doenças sexualmente transmissíveis na mulher ou em seu parceiro apresentam fatores de risco para infecção congênita. Se a sífilis estiver envolvida, a triagem é recomendada para descartar outras doenças sexualmente transmissíveis. A sífilis aumenta o risco de infecção pelo HIV cerca de 10 vezes (e 18 vezes para úlceras genitais). A coinfeção com sífilis e HIV deve sempre ser descartada devido ao risco de transmissão vertical (RODRIGUES *et al*, 2008).

Vale ressaltar que a sífilis é uma infecção que requer intervenção ativa para evitar que a bactéria cause mais danos à saúde da mulher, por isso é importante que os profissionais de saúde estejam atentos aos sintomas. Seu período de incubação é de 21 dias, podendo chegar até 90 dias. E o desenvolvimento da sífilis varia de acordo com o período de latência e as características específicas presentes em cada fase da infecção, sendo essas fases: sífilis primária, secundária e terciária (SIQUEIRA, 2021).

A sífilis primária, que geralmente representa a sífilis dura cerca de três semanas após a infecção, que pode passar despercebida nas mulheres se estiver localizada nas paredes vaginais ou no colo do útero, a sífilis secundária, está associada à manifestação de cerca de seis a oito semanas de latência, quando o a infecção se manifesta novamente, desta vez o envolvimento é localizado na pele e nos órgãos internos, de acordo com a distribuição do *T. pallidum* pelo corpo. Novos focos podem aparecer com o aparecimento de lesões arredondadas em uma superfície plana coberta por escamas leves, localizadas principalmente nas áreas plantar e palmar, na face localizam-se principalmente ao redor da boca e do nariz. No entanto, a sífilis terciária é caracterizada por lesões na pele e mucosas, nos sistemas cardiovascular e nervoso e pode afetar qualquer órgão e causar infecção clínica entre cinco e trinta anos após a infecção inicial. Nesta fase, as lesões formam granulomas destrutivos com ausência de treponemas, são solitárias, endurecidas, assimétricas e com limites bem definidos (SIQUEIRA, p. 3-4, 2021).

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa

abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis ofertadas pelos profissionais de saúde. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões (BRASIL, 2010).

De acordo com estudos de DA SILVA *et al* (2004), a reflexão sobre o problema da sífilis deve explorar mais se os profissionais de saúde, que realizam consultas de pré-natal, não estão conseguindo mostrar a importância do tratamento quando cuidam da gestante e/ou se as mulheres com história de sífilis em outras gestações realmente não acreditam no fato de que possam novamente contaminar seus filhos. Esse, certamente, é um dos maiores desafios para a Saúde Pública, ou seja, a erradicação da sífilis, como uma doença que tem prevenção, pois ela tem um determinado tratamento específico.

Por diversos motivos, a população ainda não sabe como a sífilis é transmitida e como se prevenir. O processo de adoecimento envolve expressões subjetivas caracterizadas por entrar em uma cultura com uma linguagem própria do sofrimento, definida por sinais e sintomas. Por apresentar sinais e sintomas que muitas vezes passam despercebidos, a sífilis não é considerada uma doença, o que dificulta o tratamento e o entendimento de sua disseminação. (SANTOS *et al*, 2000).

2.2. Prevenção da Sífilis Congênita

A sífilis congênita é uma doença que é transmitida às crianças durante a gravidez ou parto (transmissão vertical). A transmissão vertical da sífilis resulta em eventos adversos graves, especialmente se ocorrer no primeiro ano de infecção. As consequências da doença no primeiro ano incluem baixo peso ao nascer, parto prematuro, aborto espontâneo, natimorto, deficiência mental e manifestações clínicas precoces e tardias (DA SILVA, *et al* 2022).

Uma pesquisa nacional de base hospitalar demonstrou que o controle da sífilis congênita e sífilis gestacional no Brasil está deficiente. Embora o ministério da Saúde tenha adotado estratégias importantes como Rede Cegonha, oferta de testes rápidos para diagnósticos de gravidez e aplicação de penicilina benzatina em

mulheres portadoras de sífilis gestacional, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ainda existem falhas que dificultam a implementação dessas medidas de controle principalmente para atingir as populações mais susceptíveis (DOMINGUES *et al*, 2016).

No enfrentamento da epidemia de sífilis, necessita-se uma alta suspeição clínica, com testagem de pacientes assintomáticos e tratamento e monitoramento de todos os casos e de suas parceiras sexuais. Nunca se está diante de apenas um caso de sífilis – são sempre pelo menos duas pessoas infectadas (a mulher e seu parceiro), além do conceito, que apresenta risco para infecção pelo *Treponema Pallidum*. Muitas vezes se trata de toda uma rede sexual infectada. Conversar com o paciente sobre suas práticas e parcerias sexuais é realizar uma boa assistência saúde (BRASIL, 2022).

Os testes usados para diagnosticar a sífilis se enquadram em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Ao escolher um teste, é importante considerar não apenas os testes disponíveis, mas também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado. Por exemplo, no início da infecção, ainda não há tempo suficiente para desenvolver anticorpos *anti-pallidum*, o ideal é que seja realizada a busca direta pelo *T. pallidum* (BRASIL, 2022).

Os exames diretos ou pesquisa direta do *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária, pode ser feita pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%). Quando isso não é possível, a pesquisa do treponema pode ser realizada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias (BRASIL, p. 93, 2015).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos contra antígenos do *Treponema pallidum*. Eles primeiro se tornam reagentes e são importantes para o diagnóstico. Na maioria dos casos, permanecem positivos mesmo após o tratamento do paciente para o resto da vida. Portanto, não são adequados para monitorar a resposta ao tratamento. Exemplos de testes treponêmicos são: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva, testes de imunofluorescência indireta, quimiluminescência, imunoenaios enzimáticos indiretos e testes rápidos. O teste rápido é prático e de fácil execução, além de ser o mais utilizado, com leitura do

resultado em até 30 minutos, e pode ser feito a partir de amostra de sangue total coletada por punção venosa ou punção digital (BRASIL, 2015).

Já os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, porquanto a queda do título é indicação de sucesso terapêutico. Exemplos de testes não treponêmicos com metodologia de floculação: VDRL, RPR e TRUST. O VDRL baseia-se em uma suspensão antigênica composta por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e utiliza soro inativado como amostra. O RPR e o TRUST são modificações do VDRL que visam a aumentar a estabilidade da suspensão antigênica e permitir a leitura do resultado a olho nu (BRASIL, p. 93, 2015).

O teste mais comumente usados para uma espiroqueta é o VDRL. Títulos baixos (< 1:4) são esperados se a infecção for detectada tardiamente na doença, que pode persistir por meses ou anos. Nesses casos, em que não há registro do tratamento e não se sabe a data da infecção, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia e deve ser tratada (BRASIL, 2015).

Para a prevenção da sífilis congênita, o tratamento da gestante com Benzilpenicilina benzatina após um teste reagente é fundamental. Quanto mais tempo uma gestante com sífilis permanece sem tratamento, maior o período de exposição e o risco de infecção para o concepto. A Benzilpenicilina benzatina é segura e representa a melhor opção para o tratamento da mãe e da criança. Garantir o tratamento adequado da gestante, além de registrá-lo na caderneta de pré-natal, é impedir que o recém-nascido passe por intervenções biomédicas desnecessárias, que podem colocá-lo em risco e comprometer a relação mãe-bebê (BRASIL, 2022).

Sendo assim, apresenta-se abaixo o esquema terapêutico com as doses do antibiótico conforme o estágio da sífilis.

FIGURA 1 – ESQUEMA DE DOSES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativa
Sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração)	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, VO, 2x ao dia, por 15 dias (exceto para gestantes) Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x ao dia por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração com duração ignorada e sífilis terciária)	Penicilina G benzatina, 2,4 milhões de UI, IM (1,2 milhões UI em cada glúteo), semanal por três semanas. Dose total 7,2 milhões UI.	Doxiciclina 100mg, VO, 2x ao dia, por 30 dias (exceto para gestantes) Ceftriaxona 1mg, IV ou IM, 1x ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
<p>Observação: os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmicos, considerando a detecção precoce de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.</p>		
Neurosífilis	Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2g, IV ou IM, 1x ao dia, por 10 ou 14 dias.
<p>Observação: Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliação dos quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.</p> <p>Observação: Na gestação, tratamentos não penicilínicos são inadequadas e só devem ser considerados como opção nas contra-indicações absolutas ao uso da penicilina. Para as gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, recomenda-se dessensibilização, em serviço terciário, de acordo com os protocolos existentes.</p>		

Fonte: BRASIL, 2022

Após o tratamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas por meio de exames clínicos e testes sorológicos. O VDRL deve ser repetido mensalmente, durante os seis primeiros meses após o tratamento, e trimestralmente, durante o segundo ano ou até sua negativação (COUTO *et al*, 2006).

2.3. Olhar feminino sobre a sífilis congênita

A sociedade modela e reprime a mãe através da cultura da culpa, que está tão profundamente arraigada, que o mau desempenho da mãe é visto como tributário de uma lista de problemas contemporâneos. Portanto, a culpa está tão associada à maternidade que acaba passando a ser um sentimento “natural”, naturalizado, do ponto de vista cultural, em nossa sociedade (SILVA *et al*, 2004).

Segundo os estudos de SOUZA *et al* (2019, p. 9), é possível identificar através de narrativas apresentadas por gestantes diagnosticadas com sífilis, o sentimento de culpa e sofrimento recorrente da possibilidade de transmissão vertical da doença para o seu bebê. E os principais sentimentos vivenciados por esta mãe são remorso, inquietação, insegurança e falta de informações que afetam diretamente seu entendimento em relação ao tratamento, podendo dificultar a assistência ao RN.

Traduzir o conceito de saúde, doença, bem-estar, mal-estar e até culpabilização da doença, na qual o diagnóstico positivo não é apenas responsabilidade da mulher, mas também do homem, e, portanto, do casal, possibilita que, através das intervenções de Enfermagem, seja realizada a abordagem humanística. Nesta abordagem o cuidado é realizado tanto de fora para dentro (tratamento), quanto de dentro para fora (mulher e sua família como sujeitos do cuidado) (DA SILVA *et al*, 2004).

De acordo com CAVALCANTE *et al* (2012, p. 5), a estigma da sífilis tem repercussões negativas para as pessoas, suas famílias e a comunidade. Provoca isolamento social e implica em relutância para a revelação do diagnóstico mesmo quando se pretende, deseja ou necessita fazê-lo. Mesmo após o diagnóstico de IST, a mulher se sente vulnerável se não encontrar abertura suficiente para discutir o problema com o parceiro. Nesse caso, agravando a situação, tendo em vista que a unidade deve estar em avaliação diagnóstica e tratamento, e por outro lado, a cadeia de transmissão da doença é preservada, pois também impossibilita o tratamento do parceiro sexual.

A recusa dos homens em usar preservativo permanece como a chave do problema. Como visto em diversos estudos, os homens pensam que apenas podem sentir o orgasmo de suas parceiras e o seu próprio orgasmo quando não usam preservativos, e por isso não usam (CAVALCANTE *et al*, 2012)

Anúncios que pregam a adoção de práticas sexuais seguras não têm obtido sucesso entre grupos de mulheres em relacionamentos sérios por vários motivos: a ideia de exigência na esfera sexual está em total desacordo com a forma como muitas mulheres e homens apresentam amor e sexualidade. É um guia para as relações sexuais, além de não serem usadas, uma discussão aberta entre muitos casais sobre sexo e métodos de proteção sexual, pois a gravidez é percebida como responsabilidade da mulher e as doenças sexualmente transmissíveis não costumam ser discutidas entre os casais ou pelos serviços de saúde. Apesar das iniciativas do Ministério da Saúde para prevenir e controlar as IST (CAVALCANTE *et al*, 2012).

Os homens devem ser parceiros fundamentais quando o assunto é a corresponsabilidade e parceria nas relações sexuais e na hora da escolha de métodos preventivos. Entretanto, muitos homens resistem a usar preservativo. Portanto, nem sempre essa é uma negociação fácil ou simples para muitas mulheres. Há ainda graves e crescentes relatos da prática de *stealth*, quando o parceiro retira a camisinha sem consentimento durante o sexo. Por isso, o preservativo feminino é uma forma de prevenção que dialoga também com temas como autonomia da mulher sobre seu corpo e violência sexual. O preservativo feminino ainda é cercado de mitos e tabus, por isso, é importante que seja mais abordado para que traga à tona aspectos como a autonomia das mulheres sobre seu corpo e formas de vivências suas sexualidades (OLIVEIRA *et al*, 2010)

Ele é tão eficaz quanto a camisinha masculina, tanto como método contraceptivo como de prevenção da transmissão do HIV/aids, da sífilis, da gonorreia, do vírus Zika e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Uma das grandes vantagens do preservativo feminino é ser um dispositivo de prevenção que está sob o controle da mulher, porque é usado no seu corpo e, por isso, dá maior autonomia às mulheres em relação às escolhas preventivas na sua vida sexual (BRASIL, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), o Brasil é o país que mais compra preservativos femininos no mundo, via governo federal. O Ministério da Saúde distribui por ano mais de 10 milhões de camisinhas femininas gratuitamente, para

toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Também são distribuídos em ações de prevenção em grandes festas populares, como o Carnaval e festas juninas. Também pode-se comprar o preservativo feminino em algumas farmácias e também pela internet, geralmente em sex shops.

A falta de esclarecimento ou acesso ao preservativo feminino, não deve ser vinculada apenas como falha na transmissão de informações para a população pelas Unidades de Assistência a Saúde, esta pode estar associada a diversos fatores como: desinteresse da mulher em adotar um meio independente para realizar sua proteção, o constrangimento ou até mesmo questões religiosas (BRASIL, 2017).

Porém, entendemos que o uso e aceitabilidade do preservativo feminino estão em fase de “fecundação” e sua inserção efetiva exigirá uma mudança de comportamento, tanto dos usuários como dos profissionais, e isto, é sem dúvida um grande desafio, principalmente quando envolve sexualidade e consenso entre duas pessoas. Cabe assim, persistir neste desafio, incentivando a criação de espaços, que possibilitem as mulheres falar de suas vivências, culturas e dificuldades, elevando sua autoestima, potencializando sua capacidade de negociação e poder de decisão, oferecendo subsídios e orientações na construção conjunta de mudança de comportamento. Devemos também, incentivar cada vez mais, que esta prática seja inserida nos processos educativos, tanto em nível escolar como nos serviços de saúde desde as fases iniciais, isto possibilitará que no futuro tenhamos mulheres mais fortalecidas, com autonomia para decidir como cuidar seu corpo e sua saúde, o preservativo feminino certamente também poderá ser aliado efetivo no combate as doenças sexualmente transmissíveis ao tornar-se popularmente conhecido assim como o masculino (PREUSSLER *et al*, 2003, p. 3).

O apoio de profissionais a essas mulheres é fundamental, assim como evitar com que a mulher se sinta fragilizada e culpada pela propagação da doença. Cabe ao Enfermeiro estabelecer uma comunicação efetiva com essa gestante, de forma explicativa e eficaz, a fim de sanar todos seus questionamentos, oferecendo suporte assistencial e orientações à cerca de sua saúde. Com a aplicação de estratégias educativas e respeitando às crenças e a cultura de cada mulher, o Enfermeiro pode contribuir de forma significativa para a adesão ao exame, conscientizar sobre a seriedade do exame preventivo e incentivar a procura pelas unidades de saúde (SOUZA *et al*, 2019).

A aceitação do parceiro sexual na adesão ao tratamento para sífilis possui uma configuração multifatorial, envolvendo aspectos relacionados ao nível

socioeconômico-cultural e educacional, incluindo até as questões vinculadas ao próprio tratamento, tais como medicação e a unidade de saúde, na qual a medicação é administrada (FIGUEIREDO *et al*, 2015)

A adesão do parceiro, bem como seu comportamento guarda uma relação direta com o sucesso do tratamento, pois mulheres que tem o apoio do parceiro apresentam cinco vezes mais chances de concluírem o tratamento, devido o apoio que recebem. Infelizmente, de acordo com os estudos, existem parceiros que não apoiam a gestação, desvinculam sua responsabilidade perante a mãe-bebê, desafiando o trabalho dos profissionais (HILDEBRAND, 2010).

Devido à sociedade machista em que vivemos, seguir o mecanismo preventivo masculino, infelizmente retira da mulher o poder de decisão em assuntos que deveriam pertencer ao casal. Investir menos em preservativos femininos extrai essa decisão das mulheres.

2.4. Atribuições de Enfermagem para gestantes portadoras de sífilis

O enfermeiro é o responsável pela primeira consulta de pré-natal, é ele que irá solicitar os exames de rotina, preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), e é o enfermeiro que irá classificar a gestante no grupo de baixo ou alto risco. Gestantes com sífilis são referenciadas ao pré-natal de alto risco, sendo responsabilidade do médico controlar seu acompanhamento, no entanto a equipe responsável pela gestante na ESF deverá dar continuidade a essa atenção. Neste cenário, o enfermeiro surge como protagonista e é capacitado para orientar a gestante sobre o uso correto da medicação visando prevenir possíveis consequências para mãe e filho, dentre outras condutas (NUNES *et al* 2017).

Segundo DE OLIVEIRA *et al* (2011), o profissional enfermeiro, mantém o contato mais próximo da população, por conta das suas funções, que proporcionam esse vínculo. Faz-se necessário fortalecer as ações preventivas e diagnósticas o quanto antes, principalmente no pré-natal, além de informar as gestantes do direito de realizar os exames que detectam a sífilis e a frequência com que são necessários durante o período gestacional. Outra atribuição do enfermeiro, seria a busca ativa de gestantes na comunidade; no que se refere ao acesso ao parceiro sexual da

gestante acometida pela sífilis, essa função assume grande importância, pode incluir a captação desses parceiros, bem como a ampliação do pré-natal para eles, a fim de combater a transmissão vertical. Durante as consultas de pré-natal realizadas pelos enfermeiros, é absolutamente necessário que durante o acompanhamento procurem obter da gestante informações sobre o estado do companheiro, especifiquem que este é o vetor do problema e chamem a atenção para a possibilidade de reinfecção.

Outra atribuição da enfermagem, está relacionado à notificação compulsória dos casos de sífilis na gestação, sendo assim, necessária a identificação dos casos. Após a confirmação do diagnóstico, o profissional deve preencher uma ficha de notificação e remetê-la ao órgão de competência do município, a fim de promover ações e controle dos agravos. A assistência a essa parcela de mulheres deve ter como principal objetivo evitar o comprometimento do feto e do recém-nascido e, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), todas as mulheres devem ser assistidas de forma integral e adequada às suas necessidades (SANTOS, 2021).

De acordo com BRASIL (2022), a notificação compulsória nacional das ISTS se deu por meio de portarias, de maneira gradual, iniciando-se com a notificação de aids e sífilis congênita em 1986, segue abaixo as portarias instituídas para sífilis:

QUADRO 1 – Portaria que instituíram para a notificação compulsória das Sífilis no Brasil

AGRAVO	PORTARIA	ANO
Sífilis congênita	Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986	1986
Sífilis adquirida	Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010	2010
Sífilis em gestantes	Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005	2005

Portanto, acredita-se que uma abordagem baseada em esforços voltados para a captação e manejo da gestante e seu companheiro por um profissional enfermeiro pode contribuir decisivamente para a implementação de medidas efetivas no combate à sífilis, que serão implementadas em uma relação harmoniosa e ética sustentada pelo compromisso com a segurança dos clientes e a solução de seus problemas (DE OLIVEIRA *et al*, 2011).

Neste contexto, a enfermagem se faz muito importante, pois o planejamento de suas ações para intervir nesta patologia, 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 (SANTOS *et al*, 2009).

Além das atribuições citadas, podemos incluir como privativo do enfermeiro, o diagnóstico de enfermagem, sendo esse para o caso em questão: Enfretamento ineficaz relacionado a capacidade de resposta afetiva alterada evidenciado por confiança inadequada na capacidade de lidar com uma situação. (NANDA, 2021).

3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa que se utilizou a pesquisa bibliográfica que Segundo Souza *et al* (2021) representa um fator fundamental para o ponto de partida da pesquisa científica, um método usado para coletar dados e informações sobre um tópico desejado com base em artigos científicos já publicado.

A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (ERCOLE *et al*, 2014).

De acordo com o método de processamento selecionado, a revisão foi realizada em seis etapas: 1) Elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa (ERCOLE *et al*, 2014).

Seguindo o método e as etapas pertinentes, definiu-se a seguinte questão norteadora: Quais ações de enfermagem para o cuidado da gestante portadora de sífilis?

Para o levantamento da busca ou amostragem na literatura que compreende a segunda etapa, foram selecionados os descritores em ciências da saúde “Enfermagem”, “Sífilis congênita”, “Transmissão vertical” e “Atenção primária a saúde.” Após a seleção, os descritores foram associados com auxílio do operador booleano AND para averiguação dos artigos que correspondiam a temática proposta na plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

As combinações e seus respectivos resultados foram: Enfermagem AND sífilis com resultado de 86 artigos, Enfermagem AND Transmissão vertical, com resultado de 393 artigos, Sífilis Congênita AND Transmissão Vertical, com resultados de 478 artigos, Sífilis Congênita AND Atenção primária a Saúde, com resultados de 102 artigos, Transmissão vertical and Atenção primária a Saúde, com resultados de 154 artigos, somatizando assim, 1.243 artigos selecionados.

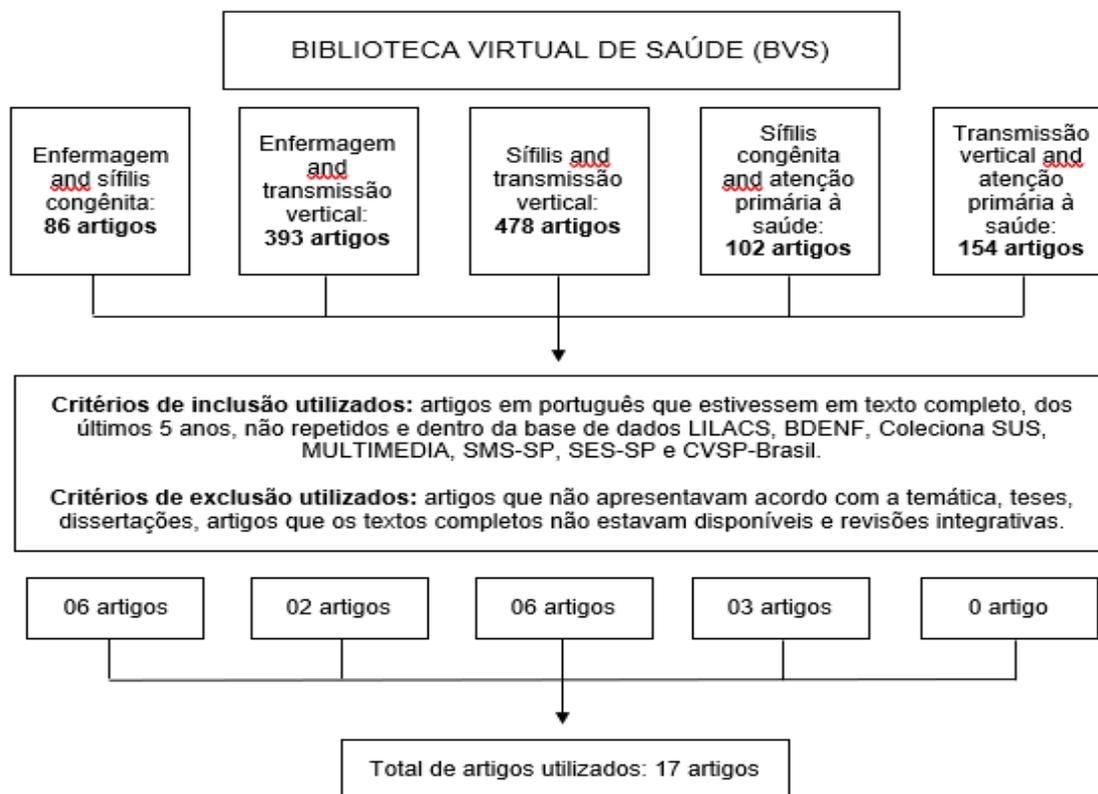
Posteriormente, passamos aos critérios de inclusão, onde escolhemos um recorte temporal de 5 anos correspondente aos anos de 2017 a 2022, texto completo disponível na base de dados, não repetido e no idioma nativo dos autores. Assim, focamos no Brasil como país de estudo porque o tema trata do cenário da saúde pública brasileira.

Assim, o número de artigos foi reduzido para 149 artigos, os quais foram classificados como pré-selecionados e analisados por meio da leitura de seus respectivos títulos e resumos, que contemplavam objetivo, método, resultados e conclusão. Para poder verificar corretamente sua inserção neste trabalho, assim encerra-se a terceira etapa.

Em seguida, iniciou-se o processo de exclusão, onde todos aqueles que apresentavam títulos e resumos incompatíveis com o tema proposto, artigos

considerados inadequados, foram desclassificados. Somando o total de 17 obras adequadas para o estudo, conforme descritos no fluxograma a seguir:

FLUXOGRAMA 1 – Fluxograma da organização do processo de busca dos dados com os critérios de inclusão e exclusão



Fonte: Autoria Própria, 2022.

Dessa forma, são concluídas as três primeiras fases da revisão integrativa, que nortearão a construção das demais. Eles são abordados no próximo capítulo e são consistentes com as seguintes etapas: 4) análise de crítica dos estudos inclusos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa (ERCOLE et al, 2014).

4. ANÁLISE DE DADOS

TABELA 1 – ARTIGOS SELECIONADOS EM BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE NO ANO DE 2022

BASE DE DADOS	TÍTULO	AUTORES	ANO	INTERVENÇÃO ESTUDADA
LILACS	1. Ambiente externo da mulher e sífilis congênita à luz da Teoria da Conservação de Levine	FELIX <i>et al</i>	2022	Discutir os elementos do ambiente externo da mulher com recém-nascido portador de sífilis congênita.
LILACS BDENF	2. “Só sei que é uma doença”: conhecimento de gestantes sobre sífilis	GOMES <i>et al</i>	2021	Analisar o conhecimento de mulheres que realizaram consultas de pré-natal em relação à sífilis e as orientações recebidas acerca da prevenção de sífilis gestacional.
LILACS BDENF	3. Sífilis congênita no recém-nascido: repercussões para a mãe	SILVA <i>et al</i>	2019	Conhecer as repercussões do diagnóstico da Sífilis Congênita no recém-nascido para a mãe.
LILACS	4. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno	DE SOUZA; BECK.	2019	Compreender as percepções maternas sobre sífilis congênita e os cuidados de saúde desses recém-nascidos.
LILACS	5. Ações na estratégia saúde da família para combate à sífilis congênita	SANTOS; GOMES.	2019	Relata a experiência desenvolvida e os avanços obtidos no combate à sífilis congênita no município baiano de Ibicaraí-BA, onde foram realizadas atividades para qualificação dos profissionais médicos e de enfermagem no manejo e conduta para o

				atendimento às gestantes com sífilis.
LILACS BDENF	6. Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições	GUIMARÃES <i>et al</i>	2019	Compreende a vivência de transições na parentalidade de pais que tiveram um filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita.
LILACS	7. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (ist)	Ministério da Saúde	2022	Estabelece os critérios para diagnóstico de infecções/doenças ou agravos à saúde; o tratamento preconizado com medicamentos e demais produtos apropriados; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.
BDENF	8. Aconselhamento em hiv/aids e sífilis às gestantes na atenção primária	SILVA <i>et al</i>	2018	Avaliar o conhecimento dos profissionais referente a importância do aconselhamento como estratégia para prevenção do HIV/AIDS e sífilis na gestante considerando seus contextos de vida.
LILACS	9. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical	MARONEZZI DA SILVA <i>et al</i>	2021	Analisa a incidência de sífilis congênita e os fatores associados à transmissão vertical na 16ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

LILACS	10. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical	MACEDO <i>et al</i>	2020	Avalia as barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical da sífilis em gestantes segundo o perfil sociodemográficos, reprodutivo e assistencial em uma metrópole do Nordeste brasileiro.
LILACS BDENF	11. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos	OZELAME <i>et al</i>	2020	Analisa a ocorrência de sífilis gestacional e congênita à luz da vulnerabilidade, no período de 2008 a 2018, no Mato Grosso do Sul.
LILACS	12. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal	FAVERO <i>et al</i>	2019	Traça o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita e sífilis gestacional, bem como verificar possíveis relações entre fatores sociodemográficos e clínicos associados à notificações de sífilis congênita.
LILACS	13. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico*	NUNES <i>et al</i>	2018	Analisa a incidência de sífilis em gestante (SG) e sífilis congênita (SC) e a correlação desses indicadores com a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Goiás, Brasil, de 2007 a 2014.
LILACS	14. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: Uma realidade na atenção à saúde da Mulher e da criança no Brasil	ANDRADE <i>et al</i>	2018	Descreve um caso de sífilis congênita com diagnóstico tardio e identificar as oportunidades perdidas nas diversas fases/ níveis da atenção à saúde, que retardaram a realização do diagnóstico.

LILACS	15. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita	FIGUEIREDO <i>et al</i>	2020	Analisa a relação entre as ofertas de diagnóstico. e tratamento da sífilis na atenção básica e as incidências de sífilis gestacional e congênita.
LILACS	16. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica	DE PAULA <i>et al</i>	2022	Avalia as condições dos serviços de Atenção Básica (AB) brasileiros quanto a disponibilidade de testes rápidos (TR) para o diagnóstico precoce e de Benzilpenicilina (BZP) para o tratamento das gestantes com sífilis.
LILACS BDENF	17. Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita	COSTA <i>et al</i>	2020	Analisar a cartilha educativa intitulada “Como prevenir a transmissão da sífilis de mãe para filho?”

Fonte: Autoria Própria, 2022.

5. DISCUSSÃO

A sífilis como uma doença infecciosa sistêmica e de evolução crônica, tem sido um dos muitos desafios do campo da saúde pública, especificamente o combate à sífilis congênita, que hoje é a causa do grande número de comorbidades e óbitos neonatais. Recomendações para fortalecer a ação contra a sífilis congênita exigem intervenções adequadas e oportunas antes da concepção, planejamento familiar, ciclo gravídico, parto e puerpério (SANTOS *et al*, 2019).

Por certo, a sífilis complica um milhão de gestações em todo o mundo a cada ano, resultando em mais de 300.000 mortes fetais e neonatais e mais de 200.000 crianças em risco de morte prematura. No Brasil, o número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida tem aumentado constantemente nos últimos cinco anos. Este aumento deve-se em parte ao aumento da frequência de testagem devido à disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos, à diminuição da administração de penicilina nos cuidados primários e à escassez global de penicilinas, por exemplo. (BRASIL, 2022)

Nas mulheres, a sífilis primária é de difícil diagnóstico clínico, uma vez que o cancro duro não causa sintomas e está geralmente localizado na parede vaginal, colo do útero ou períneo. Entretanto, no de estudo de Favero *et al* (2019, p. 6), observa-se que a maior parte dos casos de gestantes notificadas foram classificadas como sífilis primária. Ressalta-se que possíveis erros de classificação podem levar a tratamentos inadequados, e que, na ausência de sinais clínicos e na impossibilidade de estabelecer a evolução da doença, a classificação adequada é sífilis de duração ignorada.

De acordo com estudos de GOMES *et al* (2020), o conhecimento das gestantes sobre sífilis, estão relacionados a compreensão de que a doença é uma IST que pode ser prevenida a partir da utilização de método de barreira e que possui o teste rápido como forma de detecção. Mas, em contrapartida as gestantes demonstram surpresa quanto às complicações que a doença pode trazer para seu bebê, evidenciando o desconhecimento sobre a sífilis congênita, e ainda desconhecem a forma de tratamento medicamentoso.

A confiança no companheiro também representa um determinante para que as mulheres não busquem informações sobre a IST, portanto são necessárias estratégias para sensibilizá-la e estimulá-las para o autocuidado e para a prevenção dessas doenças e atrelado a isto, está o papel do enfermeiro que além de orientá-las com as atividades contínuas em saúde, necessitam implementar estratégias que possam reduzir a ocorrência de novos casos de sífilis (GOMES *et al*, 2020).

Para Silva *et al* (2020, p.10) os fatores estatisticamente associados a transmissão vertical da sífilis entre as gestantes, dizem a respeito às características assistenciais: diagnóstico tardio da doença e não realização dos testes preconizados pelo protocolo de atendimento a SG instituídos pelo Ministério da Saúde.

Através dos estudos analisados foi evidenciado que, nas mulheres a consequência do diagnóstico durante a gestação, desperta tensões tanto por suas repercussões biológicas, como o risco de má formação no concepto, quanto por suas repercussões sociais. Sentimentos de ansiedade e tristeza associados a notícia de possíveis problemas no concepto, constituem um potencializador das vulnerabilidades existentes, dificultando a adesão ao tratamento e acompanhamento. No âmbito social, o diagnóstico desperta sentimento de raiva, culpa, insegurança, receio de comunicar ao parceiro e o medo da ruptura do relacionamento. Portanto, o enfrentamento da epidemia de sífilis demanda habilidades de comunicação, ações intersetoriais, ações de vigilância em saúde, postura ética e garantia de confidencialidade das informações por parte de toda a equipe profissional.

Recentemente, uma agenda de ações estratégicas para a redução da sífilis adquirida, gestacional e congênita no Brasil foi estabelecida pelos gestores do SUS. Essa iniciativa contempla a ampliação do diagnóstico por meio do teste rápido, do número de equipes que realizam penicilina na atenção básica, integração das redes de atenção e das esferas governamentais, e fortalecimento das ações de prevenção e tratamento dos parceiros sexuais das gestantes (FIGUEIREDO *et al*, 2020).

Para GUIMARAES *et al* (2018) se o diagnóstico for feito durante de gravidez, vivenciar o luto de um bebê imaginário, pode proporcionar maior prontidão para adaptação à nova situação e contato pai-mãe-bebê nos primeiros momentos de vida, o que favorece a parentalidade. No entanto, o diagnóstico precoce pode ter um impacto maior na vida do pai e da mãe, porque eles não vivenciaram a parentalidade na presença do filho. Quando obtém o diagnóstico de uma doença congênita, os pais possuem mecanismos de defesa que negam o problema e a sua gravidade, mas se culpam pelo quadro clínico e pelo sofrimento da criança. As mães, principais responsáveis pelo filho, culpam-se por não conseguirem uma gravidez “normal” e um parto saudável.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) faz parte do modelo assistencial brasileiro, que estabelece um vínculo e tem a corresponsabilização com os usuários, desenvolvendo intervenções preventivas visando a impedir a transmissão da IST. Os exames de triagem e diagnóstico precoce, o tratamento e acompanhamento desenvolvidos e o aconselhamento em IST realizado, caracterizam-se por um espaço de diálogo e apoio emocional às gestantes e demais usuários que procuram a atenção primária a Saúde (SILVA AP *et al*, 2018).

O Enfermeiro atua como um dos principais protagonistas durante a assistência ao pré-natal. A linha de cuidado e os conhecimentos adquiridos durante sua experiência profissional são essenciais para determinar que o pré-natal seja realizado com qualidade.

De acordo com os estudos de SANTOS *et al* (2019) e conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/1987, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, considerando-se a gravidez como um evento fisiológico e que deveria transcorrer sem complicações. As ações desenvolvidas, a qualidade da assistência prestada durante o período gestacional e o parto por estes profissionais são fundamentais para a redução da transmissão vertical e conseqüentemente redução dos casos de sífilis congênita.

6. CONCLUSÃO

Em suma, constatou-se que, a sífilis congênita ainda apresenta níveis preocupantes e é um desafio para todas as esferas governamentais, profissionais de saúde e população em geral.

O controle da sífilis é essencial para prevenção e detecção precoce de novos casos, e, portanto, de suas consequências posteriores. Tentar diminuir a prevalência da doença é o mais importante, assim impedindo a transmissão vertical e reverses maiores a gestante e a futura criança.

Dessa forma, observamos a importância da promoção a saúde direcionada ao controle da doença para o homem e a mulher, incluindo ações de notificação compulsória, busca ativa, tratamento adequado, acompanhamento sorológico para comprovação da cura e aconselhamento às mulheres sobre o uso do preservativo feminino, como método de contracepção e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, dando autonomia a elas sobre seu corpo e sua vida sexual.

Cabe, portanto, da mesma forma ao enfermeiro, trabalhar com as peculiaridades de cada gestante, procurando orientá-la em suas inquietações, medos e culpas, sempre desenvolvendo ações em conjunto com outros profissionais, garantindo assim uma melhor ajuda que inclua mais conhecimento. O enfermeiro tem, assim, importante papel no cuidado complexo e atua como mediador de informações e proposições de medidas.

A intenção deste estudo é contribuir para a reflexão da atuação do Enfermeiro frente à prevenção e cuidados na sífilis congênita, e aos processos vigentes a APS. Como também pelas dificuldades e limitações por parte das usuárias na adesão aos exames, testes, consultas, pré-natal e o comportamento cultural em relação ao autocuidado e a busca de informações. Fatores esses que nos impulsionem ainda mais para a procura de uma assistência de Enfermagem com estratégias que possibilitem a essas mulheres o conhecimento da doença, a corresponsabilidade por sua saúde e autonomia, independente das barreiras existentes nesse processo.

Concluída a pesquisa, todos os objetivos traçados foram alcançados e os resultados apontaram a necessidade de ações resolutivas pelo Enfermeiro e equipe de saúde, para que sejam amenizados os impactos e angústias desencadeados a partir do diagnóstico da sífilis em gestantes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO WJ, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):631-6. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>

ANDRADE, Ana Laura Mendes Becker et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 376-381, 2018.

Boletim Epidemiológico de Sífilis Número Especial | out. 2022 Ano 6 – nº 01
Tiragem: 150 ISSN: 2358-9450

Boletim Epidemiológico Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Número Especial | out. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Você conhece o preservativo feminino? Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAVALCANTE, Ana Egliny S. et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. 2012.

COSTA CC, Gomes LF, Teles LM, Mendes IC, Oriá MO, Damasceno AK. Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190028

DA SILVA, Leila Rangel; DA SILVA SANTOS, Rosângela. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 8, n. 3, p. 393-401, 2004.

DA SILVA GOMES, Natália *et al.* “Só sei que é uma doença”: conhecimento de gestantes sobre sífilis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34, 2021.

DE SOUZA, Martha Helena Teixeira; BECK, Elisiane Quatrin. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 56, 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00082415, 2016.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FAVERO, MLDC *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arch Health Sci**, v. 26, n. 1, pág. 2-8, 2019.

FELIX, Vanessa Curitiba et al. Ambiente externo da mulher e sífilis congênita à luz da Teoria da Conservação de Levine [External environment of woman and congenital syphilis in the light of Levine's Conservation Theory][Ambiente externo de la mujer y sífilis congénita a la luz de la Teoría de la Conservación de Levine]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n. 1, 2022.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

GUIMARÃES, Marcelle Sampaio de Freitas et al. Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2019.

MARONEZZI DA SILVA, Giordana et al. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 2, 2021.

MACÊDO, Vilma Costa de et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 518-528, 2020.

Ministério da Saude. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I Ministério da Saude. - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)

NUNES, Patrícia Silva et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.

OLIVEIRA, Jessica Cristina Prado; WIEZORKIEWICZ, Adriana Moro. O conhecimento das mulheres sobre o uso do preservativo feminino. *Ágora: revista de divulgação científica*, v. 17, n. 1, p. 79-84, 2010.

OZELAME, Joice Élica Espindola Paes et al. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos [Vulnerability to gestational and congenital syphilis: a 11-year analysis][Vulnerabilidad a la sífilis gestacional y congénita: un análisis de 11 años]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 50487, 2020.

PAULA, Mariane Andreza de et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3331-3340, 2022.

PREUSSLER, Gisele Maria Inchauspe; MICHELETTI, Vania Celina Dezoti; PEDRO, Eva Neri Rubim. Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 56, p. 699-701, 2003.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Rev. enferm. UFSM ; 10: e82, 2020

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022

Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

RODRIGUES, Celeste Souza; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CÉSAR, Cibele Comini. Oportunidades perdidas para a prevenção da sífilis congênita e da transmissão perinatal do HIV. **Revista de Saúde Pública** , v. 42, p. 851-858, 2008.

SANTOS, ANA JÚLIA VIEIRA. Sífilis Congênita: dos aspectos epidemiológicos aos cuidados da Enfermagem, 2021.

SANTOS, Priscilla Araújo dos; GOMES, Andréa da Anunciação. Ações na estratégia saúde da família para combate à sífilis congênita. **Rev. baiana saúde pública**, p. 85-93, 2019.

SANTOS, Vanessa. ANJOS, Karla. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 2, n. 2, p. 257-263, mai./ago. 2009

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

SILVA, Jéssica Gama da et al. Sífilis congênita no recém-nascido: repercussões para a mãe. **Rev. enferm. UERJ**, p. e41031-e41031, 2019.

SINGH, Ameeta E.; ROMANOWSKI, Bárbara. Sífilis: revisão com ênfase em características clínicas, epidemiológicas e algumas características biológicas. **Revisões de microbiologia clínica** , v. 12, n. 2, pág. 187-209, 1999.

SILVA, Alexis Pereira da et al. Aconselhamento em HIV/AIDS e sífilis às gestantes na atenção primária. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1962-1969, 2018.

SILVA JG, Gomes GC, Ribeiro JP, Nobre CMG, Nörberg PKO, Mota MS. **Sífilis congênita: repercussões para a mãe.** DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.41031>

SIMÕES, Soraia Cássia Morato et al. **Vulnerabilidade social e sífilis congênita. 2019.**

SIQUEIRA, A. A. S. **Complicações da sífilis no período gestacional: uma revisão de literatura.** Rev. Extensão, [s.l.], v. 5, n. 3, 2021.

SANTOS, Vania Sorgatto Collaço dos et al. **Parto vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir.** 2000.