

CENTRO UNIVERSITÁRIO PLANALTO DO DISTRITO FEDERAL - UNIPLAN
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONDUTAS DO ENFERMEIRO DA APS EM CASOS DE SÍFILIS NA
GESTAÇÃO: Uma revisão integrativa da literatura**

ALESSANDRO LIMA DA CONCEIÇÃO UL21107867
EVA DA SILVA RODRIGUES UL21115196
KLEIBSON DE ALBUQUERQUE LIMA UL21110311
PAULO ROGÉRIO LOPES ROLIM UL21110714
RAIMUNDA BENIGNA DE ARAÚJO DA SILVA UL21115190

ALESSANDRO LIMA DA CONCEIÇÃO UL21107867
EVA DA SILVA RODRIGUES UL21115196
KLEIBSON DE ALBUQUERQUE LIMA UL21110311
PAULO ROGÉRIO LOPES ROLIM UL21110714
RAIMUNDA BENIGNA DE ARAÚJO DA SILVA UL21115190

CONDUTAS DO ENFERMEIRO DA APS EM CASOS DE SÍFILIS
NA GESTAÇÃO: Uma revisão integrativa da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem Bacharelado, do Centro
Universitário Planalto do Distrito Federal –
UNIPLAN, como requisito parcial para a obtenção
do título de Enfermeiro.

Orientador (a): Prof. Esp. Wilker Evangelista Alves
Sousa.

RESUMO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível com um histórico que remonta a mais de 500 anos. Sua incidência tem aumentado, especialmente entre gestantes, e a prevenção é crucial para evitar complicações como a sífilis congênita. O papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para o controle e manejo dessa infecção, incluindo a detecção precoce e o tratamento adequado. Este estudo tem como objetivo geral analisar, a partir da literatura, as principais condutas do enfermeiro da APS em casos de sífilis na gestação. Os objetivos específicos incluem definir a sífilis na gestação, seus sinais, sintomas e tratamento segundo o Ministério da Saúde, além de apontar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na proteção das gestantes e descrever os desafios enfrentados por esses profissionais. A pesquisa foi conduzida por meio de revisão bibliográfica em fontes acadêmicas e diretrizes do Ministério da Saúde, enfocando as práticas de enfermagem no manejo da sífilis gestacional. Os resultados indicam que a capacitação contínua dos enfermeiros, a realização de testes rápidos e o aconselhamento adequado às gestantes são essenciais para a redução da sífilis. As intervenções de enfermagem se mostraram eficazes em melhorar a adesão ao tratamento e na promoção de cuidados preventivos. O fortalecimento das ações de enfermagem é fundamental para a prevenção da sífilis na gestação. A implementação de medidas educativas e de monitoramento pode reduzir significativamente a incidência de sífilis congênita, melhorando a saúde materna e neonatal.

Palavras-chave: Sífilis gestacional. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease with a history dating back over 500 years. Its incidence has increased, especially among pregnant women, and prevention is crucial to avoid complications such as congenital syphilis. The role of nurses in Primary Health Care (PHC) is essential for the control and management of this infection, including early detection and appropriate treatment. This study aims to analyze, based on literature, the main actions of nurses in PHC regarding cases of syphilis in pregnancy. Specific objectives include defining syphilis in pregnancy, its signs, symptoms, and treatment according to the Ministry of Health, as well as identifying actions taken by nurses to protect pregnant women and describing the challenges faced by these professionals. The research was conducted through a literature review of academic sources and guidelines from the Ministry of Health, focusing on nursing practices in managing gestational syphilis. Results indicate that continuous training for nurses, conducting rapid tests, and providing adequate counseling to pregnant women are essential for reducing syphilis. Nursing interventions proved effective in improving adherence to treatment and promoting preventive care. Strengthening nursing actions is fundamental for the prevention of syphilis in pregnancy. Implementing educational and monitoring measures can significantly reduce the incidence of congenital syphilis, improving maternal and neonatal health.

Keywords: Gestational syphilis. Primary Health Care. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 OBJETIVO GERAL.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 METODOLOGIA	9
3.1 TIPO DE PESQUISA	9
3.2 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	9
3.3 COLETA DE DADOS	10
3.4 ANÁLISE DOS ESTUDOS.....	11
3.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
4.1 O QUE É SÍFILIS	14
4.2 O AGENTE ETIOLÓGICO DA SÍFILIS.....	15
4.3 SINAIS E SINTOMAS DA SÍFILIS.....	17
4.4 SÍFILIS NA GESTAÇÃO	21
4.5 EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO	23
4.6 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....	26
4.7 TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO	30
4.8 PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO	34
4.9 CONDUTAS DE ENFERMAGEM FRENTE A SÍFILIS NA GESTAÇÃO NA APS ..	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível antiga e tratável que existe há mais de 500 anos, começando no final do século XV. Há relatos de que apareceu na Europa logo após a descoberta das Américas e, consequentemente, espalhou-se pelo mundo em condições devastadas pela guerra, pela fome e por outras catástrofes, culminando na acumulação de epidemias e doenças. Suas origens são controversas e acredita-se que a sífilis tenha se originado em áreas da Ásia, África do Sul e das Américas. Alguns estudos contemporâneos sugerem que a doença chegou à Europa por meio de grandes navios no século XV (AZULAY, 1988).

Segundo Gomes (1974), os jesuítas brasileiros reconheceram primeiramente a prevalência desta doença no século XVI, após a chegada dos portugueses ao Brasil. No entanto, as medidas para eliminá-lo só começaram em 1901, quando foi fundada a Sociedade para a Prevenção Moral e da Saúde. Décadas depois, em meio à intervenção governamental em larga escala nas questões de saúde nacionais, a Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, instituiu o Departamento Nacional de Saúde (DNSP) e o Conselho Fiscal de Prevenção da Hanseníase e das Doenças Venéreas (BRASIL, 1920) significou ampliar e concentrar medidas preventivas contra doenças infecciosas no país. Nessa época ocorreu a primeira campanha contra a sífilis no Brasil (SARACENI; LEAL; HARTZ, 2005).

A história da doença mostra uma progressão alternada com fases ativas, sífilis primária, secundária, terciária e períodos latentes (sífilis latente) com aspectos clínicos, imunológicos e histopatológicos marcantes. A sífilis é ainda dividida em casos novos, que são diagnosticados no prazo de um ano após a infecção, e casos de início tardio, que representam desafios para os serviços de saúde pública em todo o mundo. Dados os avanços da medicina moderna, doenças com patógenos bem definidos, modos de transmissão conhecidos, longos períodos de incubação e tratamentos que permitem excelentes taxas de cura continuam registrando novos casos e parece anacrônico evitar as medidas tomadas.

A sífilis é uma infecção crônica causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum* que ameaça a humanidade há séculos e faz com que os portadores desenvolvam sintomas nos ossos, articulações, nervos, pele e mucosas, ou sinais de doença cardiovascular. Ressalta-se que a sífilis durante a gravidez ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, o que promove diretamente o

desenvolvimento da sífilis congênita (TORRES, 2019). É uma infecção sistêmica transmitida principalmente por transmissão sexual e vertical, e menos frequentemente por contato direto no canal do parto com lesões sifilíticas e transfusão de sangue.

Durante a amamentação, a infecção só pode ocorrer se houver lesão mamária devido à sífilis (SILVA, 2020). A doença é dividida em quatro estágios, dependendo do momento de aparecimento da doença: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente, sífilis tardia ou sífilis terciária (MAGALHÃES, 2011). Segundo o Ministério da Saúde (2020), a transmissão vertical ocorre quando o treponema é transmitido de uma gestante não tratada ou tratada inadequadamente para o feto através da placenta. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer período ou fase clínica da gravidez, mas os principais fatores que determinam a probabilidade de infecção estão relacionados à classificação clínica da sífilis na gestante e ao tempo de exposição do feto no útero (SARACENI, 2017).

Em relação ao controle da sífilis congênita no pré-natal, o Ministério da Saúde recomenda que o teste VDRL seja realizado pelo menos duas vezes após a admissão e exame durante a gravidez, uma vez no exame inicial e uma vez durante o terceiro trimestre. O teste realizado no terceiro trimestre de gravidez permite que o tratamento materno seja concluído 30 dias antes do nascimento, garantindo a distância mínima necessária para o tratamento do recém-nascido no útero. O objetivo é interromper a infecção, reduzir consequências irreversíveis e promover o tratamento precoce dos recém-nascidos (BRASIL, 2013).

Portanto, o tratamento é barato e os testes para detecção da sífilis disponíveis nas redes públicas são facilmente realizados, permitindo melhor controle do patógeno. O trabalho da enfermagem é importante no monitoramento e desenvolvimento de intervenções para reduzir o número de infecções por sífilis entre gestantes. Nesse sentido, quanto mais cedo for feito o diagnóstico e iniciado o tratamento, maiores serão as chances de recuperação e o risco de deterioração da saúde do feto e da mãe do recém-nascido é baixo (BRASIL, 2013).

A escolha deste tema está relacionada ao aumento de casos de sífilis durante a gestação por falta de prevenção e de assistência pré-natal necessária. Portanto, dado que as intervenções dos enfermeiros incluem a detecção precoce, a monitorização e a realização de testes de gravidez precoces, eles têm um papel importante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados às mulheres grávidas. Acreditamos também que cuidados clínicos adequados para mulheres grávidas e seus

parceiros, incluindo aconselhamento sobre a doença e métodos de prevenção, podem aumentar o envolvimento no tratamento e contribuir para reduzir a susceptibilidade das mulheres e dos seus parceiros às infecções sexualmente transmissíveis. Portanto, os enfermeiros devem desenvolver medidas educativas e outras estratégias de prevenção para educar as gestantes sobre a doença e suas vias de transmissão.

Considerando a gravidade dos casos recorrentes de sífilis durante a gravidez, é relevante assimilar e analisar as ações dos enfermeiros no manejo da sífilis durante a gravidez. É importante que os enfermeiros das UBS estejam preparados e recebam apoio e qualificação para a prevenção e controle da sífilis durante as consultas de pré-natal (RODRIGUES, 2016). Portanto, este estudo contribuirá para melhorar a assistência materna e a prevenção da sífilis e da transmissão vertical, além de discutir as dificuldades que os enfermeiros podem enfrentar na realização da busca de casos, diagnóstico e tratamento de gestantes e seus parceiros sexuais além de sugerir melhorias. A prática de enfermagem visa reduzir, promover, prevenir e reverter a incidência da sífilis congênita, com o objetivo de promover maior conscientização e tratamento adequado.

O enfermeiro tem grandes responsabilidades no acompanhamento e na detecção, diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis, diante da necessidade de se reduzir a incidência da sífilis na gestação e suas graves consequências, é relevante o papel do enfermeiro na atenção pré-natal com a finalidade de adotar medidas que possam minimizar riscos às gestantes e recém-nascidos (NUNES, 2017).

Nesse contexto, no que diz respeito ao comportamento eficaz dos enfermeiros, as recomendações do Ministério da Saúde enfatizam que medidas eficazes e ativas proporcionam um suporte competente e satisfatório nas consultas de pré-natal (HORA, 2020). Por fim, destaca-se a importância do papel do enfermeiro na vigilância e no tratamento eficaz da sífilis durante a gravidez na detecção precoce com testes rápidos disponíveis nas redes públicas e testes VDRL. Portanto, este estudo tem como objetivo demonstrar a contribuição da enfermagem no combate a essa doença durante a gestação e na melhoria da assistência à saúde das gestantes para prevenção da transmissão vertical dessa doença. Nossa objetivo é conscientizar sobre a importância do acompanhamento das equipes médicas e de enfermagem durante o pré-natal para reduzir a incidência de complicações relacionadas à sífilis tanto em gestantes quanto em recém-nascidos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a partir da literatura as principais condutas do enfermeiro da APS em casos de sífilis na gestação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir a sífilis na gestação sinais e sintomas e tratamento de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde;
- Apontar as ações desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem na promoção, prevenção e proteção da gestante contra a sífilis;
- Descrever os desafios da enfermagem no combate a sífilis na gestação.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica, utilizando trabalhos como artigos e periódicos que abordam o tema, com o objetivo de identificar as ações de enfermagem na prevenção, diagnóstico e tratamento de gestantes com sífilis. Segundo Fonseca (2002), a pesquisa bibliográfica baseia-se na consulta a materiais previamente analisados e publicados, como livros, artigos acadêmicos e fontes eletrônicas, oferecendo uma base teórica sólida para a construção do trabalho. Alguns estudos científicos utilizam exclusivamente a pesquisa bibliográfica para reunir informações e conhecimentos já existentes, com o intuito de responder a questões de pesquisa e oferecer novas perspectivas (FONSECA, 2002, p. 32).

A pesquisa bibliográfica serve como fundamento para todo o trabalho escrito, proporcionando o suporte necessário ao desenvolvimento do estudo. Conforme Macedo (1994, p. 13), ela representa o ponto de partida de qualquer pesquisa científica, ao conferir a literatura existente, evitando a duplicação de objetos de pesquisa e experimentação. Essa abordagem não se limita à reprodução de informações já publicadas, mas busca explorar o tema sob uma nova ótica, permitindo a obtenção de conclusões inovadoras. Boccato (2006) acrescenta que a pesquisa bibliográfica envolve a coleta e análise crítica de documentos, com o objetivo de atualizar, ampliar e contribuir para o avanço do conhecimento sobre o tema.

Além disso, este estudo utilizou a revisão integrativa, uma metodologia que permite a síntese de conhecimentos e a incorporação de resultados de pesquisas anteriores, promovendo uma compreensão mais ampla do tema investigado. A revisão integrativa é um método de revisão sistemática que busca não apenas a análise dos estudos disponíveis, mas também a identificação de lacunas no conhecimento e o estabelecimento de diretrizes para práticas futuras. Ela possibilita uma visão abrangente e crítica do estado atual da literatura, oferecendo subsídios para a tomada de decisões na prática clínica e o desenvolvimento de políticas de saúde.

3.2 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos foi realizada com o objetivo de identificar as melhores práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que se refere à prevenção, diagnóstico e tratamento de gestantes com sífilis. O processo

de seleção baseou-se em artigos científicos disponíveis online e de acesso gratuito. Foram utilizados termos específicos como "sífilis", "enfermagem", "atenção primária", "protocolos de enfermagem" e "intervenções de enfermagem" nas buscas.

Para garantir uma ampla cobertura de estudos relevantes, as pesquisas foram realizadas em diversas bases de dados além do Google Acadêmico e SciELO. Incluíram-se também bases como PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem), que oferecem uma vasta gama de artigos científicos e periódicos relacionados à área da saúde e enfermagem. A seleção dos artigos seguiu critérios rigorosos, priorizando publicações recentes e com abordagem direta ao papel do enfermeiro na atenção primária à saúde de gestantes com sífilis. Após a seleção inicial, os artigos foram lidos e avaliados quanto à relevância, qualidade metodológica e contribuição ao tema proposto, garantindo que apenas os estudos mais pertinentes fossem incluídos na análise.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste estudo foi realizada por meio de uma revisão integrativa, com o objetivo de identificar as melhores práticas de enfermagem na atenção primária à saúde (APS) voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento de gestantes com sífilis. O processo de coleta foi conduzido em várias bases de dados científicas, como Google Acadêmico, SciELO, PubMed, LILACS e BDENF, entre os meses de setembro e outubro de 2024. Foram utilizados descritores em saúde (DeCS), incluindo "sífilis", "enfermagem", "atenção primária", "protocolos de enfermagem" e "intervenções de enfermagem", buscando garantir a abrangência e relevância dos estudos.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados entre 2010 e 2024, em português, de acesso gratuito, que tratassem especificamente das intervenções de enfermagem na atenção primária à saúde de gestantes com sífilis. Foram selecionados artigos que abordassem as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, além da contribuição dos protocolos de enfermagem para o cuidado integral. Excluíram-se trabalhos que não tratavam diretamente de gestantes, estudos de revisão que não apresentavam dados originais e artigos com foco em áreas fora da APS.

Inicialmente, foram identificados 200 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, 60 artigos foram selecionados para leitura completa, e desses, 14 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos e foram incluídos na revisão final. Esses estudos forneceram dados relevantes sobre a atuação do enfermeiro na APS e sua contribuição para o controle da sífilis em gestantes, oferecendo um panorama atualizado das melhores práticas na área.

3.4 ANÁLISE DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos selecionados foi necessário estabelecer critérios claros mencionados anteriormente que permitiram a avaliação e relevância nas qualidades dos materiais pesquisados. A técnica de análise utilizada neste estudo foi a análise de conteúdo, uma abordagem amplamente empregada em revisões integrativas. Essa técnica permite a categorização e interpretação dos dados extraídos dos artigos selecionados, facilitando a identificação de padrões, tendências e lacunas nas práticas de enfermagem voltadas para gestantes com sífilis na Atenção Primária à Saúde (APS).

O processo de análise foi dividido em três etapas principais. Primeiramente, foram realizadas a leitura e a codificação dos dados, com base nos objetivos do estudo, a fim de identificar temas recorrentes e informações relevantes. Em seguida, os dados foram organizados em categorias temáticas, como "prevenção", "diagnóstico", "tratamento" e "protocolos de enfermagem", o que permitiu agrupar as informações de forma estruturada. Por fim, foi realizada a interpretação dos resultados, comparando os achados dos diferentes estudos, com o objetivo de sintetizar as melhores práticas e destacar as contribuições dos enfermeiros na APS em relação ao controle da sífilis em gestantes.

Essa técnica possibilitou uma análise crítica e profunda dos dados, permitindo a formulação de conclusões baseadas nas evidências apresentadas pelos estudos selecionados.

Os dados foram digitados em um banco de dados da Microsoft Word 2016 tendo como análise descritiva, onde o grupo é composto por cinco membros, e os tópicos do trabalho foram divididos entre os participantes do grupo, cada componente fez sua própria pesquisa sobre o assunto depois o trabalho foi sendo montado de forma gradativa.

Vale ressaltar, a importância dos profissionais da enfermagem no combate e nas ações de prevenção, proteção, detecção e tratamento da gestante com sífilis, este trabalho contribui na busca pelo acompanhamento desta população e no desenvolvimento de estratégias que possam ajudar na redução dos casos de sífilis na gestação. O rastreio pré-natal da sífilis com testes no local e terapêutico imediato demonstrou ser rentável e ajudou a reduzir não só a incidência de natimortos, como também o fardo da doença causada pela sífilis congénita. Portanto, a integração rotineira desta mediação em programas de cuidados pré-natais nos países em desenvolvimento poderia diminuir significativamente as taxas de natimortos nesses locais (KHAN, 2014).

A novidade é que a carência de assistência pré-natal é o mais importante preditivo de mortalidade por sífilis congênita. Isso ocorre porque o pré-natal é o período durante o qual são realizados o rastreamento e o diagnóstico da sífilis e são fornecidas diretrizes sobre o tratamento adequado. Complicações podem ocorrer pela não adesão ao tratamento. Segundo Maciel e Leitão (2023), os fatos epidemiológicos são significativos para lembrar aos gestores a definição da sífilis congênita como prioridade de política pública, e essas observações apoiam o ingresso precoce ao pré-natal, isso porque enfatizam a importância do rastreamento da sífilis para gestantes. Evidenciar o tratamento imediato e apropriado da sífilis materna para prevenir a morbidade e mortalidade infantil causada pela SC. Além disso, devem ser prestados serviços médicos disponíveis para diminuir as taxas de natimortos, independentemente da causa real.

3.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da análise sobre a conduta do enfermeiro da APS em casos de sífilis na gestação, teve seu levantamento feito através da base de dados tais como: Google Acadêmico e SciELO, a busca teve os critérios de inclusão e exclusão relacionados a investigação, considerando artigos publicados entre 2017 a 2022, em português e disponível gratuitamente na internet, apontando diretamente uma abordagem para o tema, como a necessidade de aprimoramentos na estratégias de prevenção e tratamento, diagnóstico dessa condição. Identificou-se que embora haja protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde existe uma dificuldade de implementação de acordo com as diretrizes e esse sistema ainda apresenta desafios,

resultando em problemas na detecção precoce desse agravo e no manejo adequado durante a sífilis na gestação.

Diante do exposto, os resultados foram obtidos a partir da implementação de protocolos preconizados pelo MS, através triagem e intervenções precoces, diagnóstico e tratamento, por partes dos enfermeiros na APS e equipe médica, buscando a promoção e o aprimoramento dos cuidados às gestantes com sífilis, demonstrando uma significativa melhoria na detecção deste agravo na gestação e possivelmente a sífilis congênita, possibilitando o início imediato ao tratamento. Além disso, a educação em saúde oferecida pelas equipes de enfermagem desempenhou um papel fundamental na conscientização e adesão das gestantes neste processo, buscando melhores resultados, promovendo a redução das complicações associadas à sífilis durante a gravidez e o nascimento de bebês saudáveis. Desse modo, a atenção pré-natal de qualidade destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Entretanto, diante da necessidade de investimento na capacitação continuada destes profissionais de enfermagem, bem como no fortalecimento da atenção voltada para a saúde da mulher gestante visando reduzir as taxas de transmissão da gestante com sífilis, além disso, o trabalho do enfermeiro nos atendimentos é fundamental para o fortalecimento da atenção, proporcionando uma extensão na cobertura e melhoria da qualidade na atenção pré-natal, o qual deve estar ciente de que esse atendimento deve ser qualificado e humanizado e se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, fácil acesso a serviços de saúde e da atenção na promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e recém-nascido.

Desse modo, este trabalho busca contribuir no desenvolvimento de estratégias e cuidados necessários durante o período gestacional, com o objetivo de reduzir as taxas de sífilis na gestação, o acompanhamento da gestante pelo enfermeiro(a) da APS durante o pré-natal é de suma importância na detecção deste agravo, através de exames laboratoriais como o VDRL e teste Rápido, diagnóstico precoce, tem contribuído de forma significativa para um tratamento eficaz e o bem estar materno e fetal.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O QUE É SÍFILIS

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, que ocorre em três estágios: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis recente, sífilis latente tardia e sífilis terciária. Nas fases primária e secundária, o risco de transmissão da infecção é maior porque a infecção ocorreu recentemente. Durante o período latente, quando nem mesmo os sinais clínicos da doença são observados, ela é dividida em sífilis latente recente, quando a infecção ocorreu há menos de 2 anos, e sífilis latente tardia, quando a infecção ocorreu há mais de 2 anos. E o único hospedeiro são os humanos.

A sífilis adquirida é, portanto, transmitida durante a relação sexual sem proteção adequada quando um dos parceiros tem sífilis latente ou ativa. A sífilis congênita, ou via vertical, ocorre através da placenta. Isso significa que se uma mãe sofre desta doença e não é tratada ou tratada de forma inadequada, pode passar a infecção para o feto, levando a malformações e aborto espontâneo, podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez (BRASIL, 2006).

Para Avelleira (2006), a sífilis é uma infecção crônica que atinge vários órgãos do corpo, de tratamento barato, originada na Europa no final do século XV, espalhada por todo o Continente, e tornou-se conhecida em todo o mundo, inclusive no Brasil é um problema de saúde pública. A sífilis é considerada uma infecção crônica que geralmente é transmitida por via sexual (sífilis adquirida), mas também durante a gravidez (sífilis congênita), através de transfusões de sangue, ou indiretamente (objetos contaminados, tatuagens) podendo até ser infectada (AVELEIRA, 2006).

Para Freitas (2021):

A sífilis é uma (IST), causada pela bactéria *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios, a transmissão ocorre principalmente por via sexual (oral, vaginal ou anal). Pode ser transmitida também verticalmente quando a mãe gestante passa a infecção para a criança durante a gestação podendo evoluir para um aborto, com uma taxa de mortalidade fetal superior a 40%. (FREITAS, 2021, p.2).

No caso do autor acima, ele afirma que a sífilis é causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. A doença apresenta diversas manifestações clínicas e diferentes estágios. A infecção ocorre por contato sexual, oral, vaginal e anal e pode ser transmitida verticalmente da mãe para o feto durante a gravidez. A gravidez pode

levar ao aborto espontâneo. Portanto, é uma doença sistêmica infecciosa, cronicamente progressiva, distribuída globalmente. Sua forma de transmissão é por via sexual, sendo o homem o único hospedeiro, vetor e fonte de infecção (MAGALHÃES *et al*, 2013).

Mais comumente em mulheres em idade fértil, a transmissão vertical pode ocorrer durante a gravidez, levando à sífilis congênita e seu impacto no recém-nascido (SUTO, *et al.*, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo têm sífilis. Em 2016, foi declarada um grande problema de saúde pública (BRASIL, 2019). Com efeito, é importante monitorizar a sífilis durante a gravidez, as parcerias sexuais devem ser incluídas no tratamento durante este período, e com a Lei n.º 33, de 14 de julho de 2005, as mulheres grávidas têm a notificação de sífilis que passou a ser obrigatória.

No Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) informou 259.087 casos de sífilis em gestantes entre 2005 e junho de 2018, sendo 49.013 casos registrados somente em 2017 (BRASIL, 2018). Para o Ministério da Saúde (MS), a gravidez é o momento ideal para diagnosticar a sífilis por meio de exames sorológicos e laboratoriais rápidos. Portanto, é importante que os enfermeiros estejam comprometidos com a qualidade da assistência prestada às gestantes durante as consultas de pré-natal (FIGUEREDO *et al.*, 2015; MACHADO *et al.*, 2018).

4.2 O AGENTE ETIOLÓGICO DA SÍFILIS

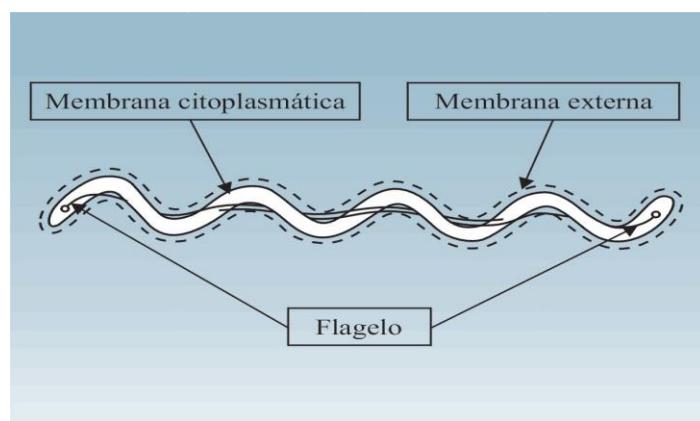
A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) curável, transmitida por contato sexual. Seu patógeno é o *Treponema Pallidum* e seu único hospedeiro são os humanos. A doença apresenta diversas manifestações clínicas e é dividida em diferentes estágios: primário, secundário, latente e terciário. Segundo Avelleira (2006 p. 112):

A sífilis tem como agente etiológico uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda dois outros gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero possui quatro espécies patogênicas e pelo menos seis não patogênicas. As patogênicas são o *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum* subsp *endemicum*. O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20µm de comprimento e ape- nas 0,1 a 0,2µm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da

bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos. (AVELLEIRA, 2006 pg.112).

Segundo o autor a sífilis tem como agente etiológico uma bactéria chamada *Treponema pallidum* que inclui várias espécies patogênica e que podem causar grandes problemas ao paciente portador deste agravio, como veremos uma na figura 1 a seguir.

Figura 1- Imagem de uma bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* o agente causador da sífilis



Fonte: Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras. Dermat.2006;81 (2): 111-26.

Desse modo, as bactérias espiroquetas (Figura1) trata-se de microrganismos Gram- negativos longos, delgados, em forma de espiral ou em saca-rolhas. Abordaremos neste caso o gênero *Treponema*, agente causador da Sífilis. O *Treponema pallidum* é bastante distribuído no mundo, a Organização Mundial de Saúde estima 12 milhões de novos casos de sífilis a cada ano no mundo (FERNANDES, 2021).

De acordo com Avelleira e Bottino (2006, pg. 112):

O *Treponema pallidum*, do gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda dois outros gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero possui quatro espécies patogênicas e pelo menos seis não patogênicas. As patogênicas são o *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum* subsp *endemicum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006 pg.112).

Somando-se ao que os autores já disseram sobre as diferentes formas do patógeno da sífilis, o *Treponema Pallidum* tem formato espiral (10-20 voltas), com cerca de 5-20 μm de comprimento e apenas 0,1-0,2 μm de espessura. Eles não têm membrana celular e são protegidos por uma camada externa de três camadas rica em moléculas de ácido N-acetilmurâmico e N-acetilglucosamina. Começando na extremidade distal da bactéria, ela possui um flagelo localizado ao longo de seu longo eixo próximo à camada externa. Ele se move girando seu corpo em torno desses filamentos (SINGH; ROMANOWSK, 1999; SANCHEZ, 2003).

Os autores afirmam que *Treponema Pallidum* é uma bactéria exclusivamente humana e está na forma de uma espiroqueta espiral Gram-negativa. Seus movimentos de flexão e rotação permitem que penetre facilmente entre as células e, ao entrar em contato com organismos, produz lipoproteínas que provocam resposta inflamatória no hospedeiro e causam lesões cutâneas. É uma doença tropical de difícil cultivo, pois é facilmente danificada pelo calor e pela falta de umidade, mas também causa sérios danos à saúde do ser humano.

4.3 SINAIS E SINTOMAS DA SÍFILIS

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Os sinais e sintomas variam dependendo do estágio de desenvolvimento bacteriano (primário, secundário, latente ou terciário). Para Avelaira e Bottino (2006), a sífilis é uma patologia sistêmica que infecta todo o organismo após atingir a corrente sanguínea. Durante o curso do estado infeccioso natural da doença, existem estágios de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária, terciária) e período de incubação (período de incubação recente) e (período de incubação tardio). Abaixo você encontrará uma foto e uma tabela das manifestações clínicas da sífilis em diferentes estágios.

Segundo Avelaira e Bottino (2006), a sífilis primária tem um período de incubação que dura de 10 a 90 dias após a infecção. A primeira lesão é chamada de cancróide. As lesões geralmente são indolores e ocorrem em áreas de contato com o corpo, como vulva, pênis (ver Figura 2 abaixo), vagina, lábios, pênis ou outras partes do corpo. Esta fase é causada pelo contato com a ferida. Essas lesões apresentam alta carga bacteriana e podem ser transmitidas a outras pessoas que possam ter entrado em contato com a pessoa infectada. Se não for

tratada, desaparecerá por si só dentro de 28 a 35 dias, sem deixar cicatrizes.

Figura 2- Imagem do cancro duro sífilis primária



Fonte: (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006. P.114)

As manifestações clínicas da sífilis primária como podemos observar no (quadro 1) se inicia de 10 a 90 dias pós o contato, manifestando-se como nódulo indolor único no local do contato, que se ulcera rapidamente e pode atingir várias partes do corpo, como períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos.

Quadro 1-Sifilis primária

Manifestações Clínicas	
Estágio: primária: 10-90 dias (média de 21 dias) após o contato	Aparece como um nódulo único e indolor no local de contato, que ulcera rapidamente e forma um cancro duro. Geralmente ocorre nos órgãos genitais, mas também pode ocorrer no períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios e mãos. Treponema são abundantes no tumor primário

Fonte: (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006. P.114)

Para Souza, (2017) a fase secundária ocorre de 2 a 12 semanas após a exposição inicial. Esta fase é o resultado da disseminação sanguínea e linfática da infecção. As manifestações usuais da doença secundária incluem erupções cutâneas, mucosas e sistêmicas. Sintomas: dor de cabeça, febre baixa, perda de apetite, perda de peso, gânglios linfáticos inchados. Muitas vezes, o cancro primário pode estar presente em alguns pacientes com sífilis secundária e não existe uma linha de demarcação clara entre os estágios primário e secundário da sífilis. A sífilis terciária

ou tardia pode desenvolver-se mais de 3 anos após a exposição. Nesta fase, o sistema nervoso central pode ser afetado.

Figura 3- Imagem de erupções avermelhadas na pele causada pela sífilis secundária



Fonte: (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006. P.114)

Segundo Souza (2017). As manifestações clínicas da sífilis secundária (quadro 2) a seguir, podendo ocorrer de 2 a 12 semanas após o contato, são comuns sinais e sintomas sistêmicos, confundido com manifestações clínicas de outras doenças e podem ocorrer erupções cutâneas como estar representada na figura 3.

Quadro 2 Sífilis secundária

Manifestações Clínicas	
Estágio: Secundária 2 Semanas a 12 semanas após o contato	Sinais e sintomas sistêmicos são comuns e podem ser confundidos com manifestações clínicas de outras doenças. Pode ocorrer erupção cutânea na forma de máculas (manchas rosadas) e/ou pápulas, especialmente no tronco. Lesões palmoplantares escamosas eritematosas (não a etiologia, mas altamente sugestivas de diagnóstico de sífilis secundária).

Fonte: (SOUZA, 2017. P. 82)

Ressalta-se que se a sífilis não for tratada, após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra em período de incubação e é considerada nova no primeiro ano e posteriormente. A sífilis latente não apresenta sintomas, portanto, as manifestações da sífilis latente (quadro 3) que se divide em latente recente nos primeiros 2 anos de infecção e latente tardia após 2 anos de

infecção, o paciente fica assintomático, ou seja, sem sinais e sintomas da doença, podendo se manifestar vários anos depois na fase mais grave que será o estágio a sífilis terciária.

Quadro 3- Sífilis latente

Manifestações Clínicas	
<p>Estágio: Latente recente Nos Primeiros 2 anos de infecção Latente Tardia: Após 2 anos de infecção</p>	<p>Esta fase se refere ao estágio inativo da doença, em que não há sintomas, podendo se estender por muito tempo sem que a pessoa sinta algo ou nunca mais se manifestar ou evoluindo para a sífilis terciária. É dividida como latente recente nesse caso com menos de 2 anos de infecção e latente tardia com mais de 2 anos de infecção, não são observados sinais ou sintomas clínicos de sífilis, mas os testes imunológicos que detectam anticorpos são reativos. A maioria dos diagnósticos é feita nesta fase.</p>

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, 2019.

Dessa forma, a sífilis terciária, também conhecida como sífilis tardia é a fase mais grave da doença, ela acomete os pacientes não tratados ou tratados inadequadamente. Normalmente suas alterações só aparecem depois de anos e a maioria dos pacientes ignoram sua enfermidade neste estágio ou foram mal examinados por afetar vários sistemas do organismo, de acordo com o Ministério da Saúde, costumam apresentar sintomas principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas podendo levar a morte (SILVA, SOARES e RIBEIRO, 2021).

Figura 4- Imagem sífilis terciária



Fonte: (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006. P.115)

Na sífilis terciária, deve ser observado que de 3 a 12 anos após a infecção, podem surgir sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneo-mucosas (figura 4) (tubérculos ou gomas), neurológicas (tabes dorsalis, demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot- neuropatia periférica ou doenças da medula, especialmente na região cervical). Contudo, na maioria das vezes, são assintomáticas (BRASIL, 1999; 2006; AVELLEIRA, BOTTINO,2006).

Desse modo, na sífilis terciária, como podemos observar no (quadro 4) a seguir as manifestações clínicas e lesões mencionadas por Avelleira e Bottino (2006), lesões assimétricas e endurecidas que aparecem depois de vários anos da sífilis não tratada.

Quadro 4- Sífilis terciária

Manifestações Clínicas	
Estágio: Terciária	As lesões mencionadas pelo Avelleira e Bottino (2006) podem aparecer como (na Figuras 4) solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas com pouca inflamação, bordas bem marcadas e avermelhadas, formando segmentos de círculos destrutivos, tendência à cura central com extensão, formação de cicatrizes e hiperpigmentação.

Fonte: AVELLEIRA e BOTTINO 2006

A sífilis é transmitida principalmente por via sexual, mas também pode ser transmitida verticalmente, indiretamente (objetos, tatuagens) ou por meio de transfusões de sangue (PIRES et al., 2014). Isto está associado a um estatuto socioeconómico mais baixo, à coinfecção com o HIV, ao consumo de drogas, à gravidez na adolescência, ao historial de nado-morto, ao comportamento sexual de risco, à migração para centros urbanos, ao acesso reduzido aos cuidados de saúde e ao aumento do risco de infecção associado, assim como a falta de acesso ao tratamento do parceiro (MAGALHÃES et al., 2013).

4.4 SÍFILIS NA GESTAÇÃO

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais (2019), os sintomas clínicos da sífilis em mulheres grávidas são parecidos aos da sífilis adquirida na população em geral. As infecções por sífilis são classificadas em estágios com base nos achados clínicos, que direcionam o tratamento e o acompanhamento dos indivíduos infectados.

(FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2023). Durante a gravidez, é uma doença que pode ser potencialmente controlada com os artifícios disponibilizadas na assistência pré-natal. Contudo, estudos nacionais e internacionais indicam deficiências e oportunidades perdidas na identificação e tratamento de casos.

É importante lembrar da forma de contágio deste agravo, a sífilis pode ser transmitida através de relação sexual, por via transplacentária (da mãe para o conceito), em alguns casos através de transfusões de sangue e contato com objetos contaminados, mesmo que não suporte exposição excessiva de temperaturas, tanto baixas como altas (BRASIL, 2006; 2007; AVELEIRA, BOTTINE, 2006).

Portanto, uma das manifestações clínicas é a sífilis gestacional, que causa altas taxas de morbidade e mortalidade intrauterina, tem efeitos adversos no feto e na gravidez e representa um grande problema de saúde pública no grupo mãe-filho (PIRES et al., 2007). A sífilis gestacional é causada por uma infecção transmitida antes ou durante a gravidez. Quanto mais antiga a doença, menor o risco de infecção ao feto (SARACENI et al., 2010).

Portanto, a sífilis na gestação e a sífilis congênita estão estreitamente relacionadas com alguns grupos de maior risco, como mulheres muito pobres e estilos de vida vulneráveis, sendo que alguns fatores de risco podem variar entre as diversas regiões ao longo do tempo (SILVA, 2017). A sífilis congênita é uma enfermidade que pode ser transmitida da mãe para o feto se ela não for tratada ou for cuidada de maneira inadequada durante a gravidez. Isto é chamado de transmissão vertical e aumenta o risco de aborto espontâneo e morte perinatal. “A doença com maior taxa de infecção durante a gravidez” (ALMEIDA et al., 2015 e ERRANTE, 2016). Dessa maneira, preconiza-se que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (NUNES, 2017).

De acordo com o Programa de Coordenação de Sífilis Congênita e Sífilis na Gravidez, SESSP (2008), a inclusão da dela na gravidez como doença sexualmente transmissível na notificação obrigatória se deve à sua alta prevalência, alta taxa de transmissão vertical e epidemiologia justificada a partir deste ponto de vista. A análise da sífilis na gravidez tem como finalidade supervisionar a transmissão vertical do *Treponema Pallidum* e monitorar apropriadamente o comportamento infeccioso das gestantes para planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle. São considerados casos de sífilis na gestação: com sinais clínicos de sífilis e/ou sorologia

não treponêmica reativa, mesmo sem resultado de teste treponêmico, qualquer sífilis realizada durante o pré-natal ou no momento do parto.

Segundo Errante (2016), a sífilis congênita é transmitida de mãe para filho durante a gravidez e é dividida em duas fases: uma fase inicial, que ocorre nos primeiros dois anos de vida do recém-nascido, e uma fase tardia, que pode ocorrer após o segundo ano da vida. A doença é assintomática (sem sintomas), mas as crianças podem nascer prematuramente, ter baixo peso ao nascer, hepatomegalia (aumento do fígado), esplenomegalia (aumento do baço), lesões de pele ou dentes de Hutchinson (incisões em forma de chave de fenda), tubérculos também podem ser vistos, crânio, nariz em sela, periostite (inflamação do periosteio, a membrana mais externa dos ossos), osteocondrite (inflamação das epífises dos ossos ao redor da cartilagem), icterícia, anemia, linfadenopatia sistêmica, síndrome nefrótica, convulsões, meningite.

Nesse contexto, a sífilis congênita (SC) é considerada um evento de vigilância para a qualidade da intervenção pré-natal e é causa de desfechos adversos como morte fetal ou perinatal, parto prematuro, baixo peso ao nascer e danos neurológicos. Outros resultados e custos diretos e indiretos importantes na saúde pública. Como resultado, em 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou quatro pilares para a erradicação e eliminação da sífilis congênita, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil, identificar e tratar todas as mulheres grávidas e seus parceiros infectados com sífilis e estabelecer supervisão, monitoramento e avaliação dos sistemas de saúde. (FEITOSA, ROCHA e COSTA 2016).

As infecções sexualmente transmissíveis têm a capacidade de ter vários efeitos em seus hospedeiros, e a sífilis é um deles. A presença desta doença durante a gravidez pode levar à morte perinatal, incluindo parto prematuro, aborto espontâneo, morte intrauterina e malformação de múltiplos órgãos em até 40% dos casos (DAMASCENO et al., 2014). Aproximadamente 15% de todas as mulheres grávidas sofrem um aborto espontâneo durante o primeiro e terceiros trimestres de gravidez, e estima-se que as perdas sejam ainda superiores em mulheres grávidas infectadas com sífilis (BRASIL, 2010).

4.5 EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Tendo em vista, que a sífilis gestacional é uma enfermidade sexualmente transmissível conhecida no Brasil desde o século XV, suspeita-se que esta IST tenha

chegado ao país trazida pelos europeus, tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*, a forma de transmissão é através do contato sexual e transmissão vertical, quando a gestante passa a doença para o feto ou por transfusão sanguínea. (BENITO e SOUZA, 2016). O agente etiológico hoje conhecido como *Treponema pallidum*, foi descoberto em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha e em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis.

Após a descoberta da penicilina, na década de 1940, observou-se uma queda importante na incidência da doença, para novamente ressurgir em taxas dramáticas ao fim da década de 1980 e início de 1990, provavelmente por causa da coinfeção pelo HIV/AIDS e do abuso de drogas. Mais de 80% das mulheres com sífilis estão em idade reprodutiva e, dessa forma sob risco de transmissão vertical da doença (DOMINGUES e LEAL, 2016). A partir do ano de 1993, o Ministério da Saúde (MS), propôs um programa nacional para a erradicação da sífilis congênita, conforme a proposta para o controle desse agravo nas Américas formulada pelas Organizações Mundial (OMS) e Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Em 2005, o MS incluiu a sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória, na tentativa de controlar a transmissão vertical e acompanhar adequadamente, o processo da infecção, podendo assim planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle (FIGUEIRÓ FILHO *et al.*, 2012; BRASIL, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, globalmente, um quantitativo de aproximadamente 1,5 a 1,85 milhão de mulheres grávidas estão infectadas com sífilis anualmente e metade delas tem filhos com resultados adversos (GOMES *et al.*, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010; SZWARCWALD *et al.*, 2007). De acordo com o boletim epidemiológico (2019) a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.

Certamente há um aumento no número de casos de sífilis gestacional notificados ano a ano no Brasil. Conforme alguns estudos, essa ascensão não está relacionado somente ao número de casos que se multiplicou, mas também com o aumento no número de notificações, ou seja, representa uma melhoria no sistema, atribuída a vigilância epidemiológica do Brasil, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal, em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pela implantação

do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; XIMENES et al., 2008).

Aproximadamente 12 mil recém-nascidos no Brasil desenvolvem sífilis a cada ano devido à falta de diagnóstico pré-natal. Aproximadamente 25 gestantes infectadas transmitem a doença aos filhos. Com tratamento adequado, a incidência pode ser reduzida para 1 por 1.000 nascidos vivos. Estima-se que 957 mil novos casos ocorram no país a cada ano e 48 mil mulheres grávidas possam ser afetadas. Para mudar essa realidade e reduzir a transmissão vertical da SC, o Ministério da Saúde anunciou a meta de garantir que 90 gestantes realizem o teste pré-natal de sífilis (PIRES et al., 2014). Domingues (2021) declara que:

A sífilis congênita é uma doença com amplo espectro clínico e pode se manifestar desde as formas assintomáticas ou oligossintomáticas até às formas graves, com quadros sépticos, óbitos fetais e neonatais. No nascimento, cerca de 60% a 90% dos recém-nascidos com sífilis congênita são assintomáticos e, por isso, a triagem sorológica da gestante na maternidade é importante. As manifestações clínicas das crianças com sífilis congênita podem se apresentar a qualquer momento antes dos 2 anos de idade, geralmente no período neonatal. Cerca de dois terços das crianças desenvolvem sintomas em três a oito semanas, e raramente surgem manifestações clínicas após três a quatro meses. (DOMINGUES, et al., 2021, p.2).

Para o autor a sífilis congênita tem várias formas clínicas e uma delas é assintomática, período em que a paciente não manifesta sintomas, até os recém-nascidos são assintomáticos, por isso a importância da triagem sorológica durante o pré-natal e acompanhamento do nascimento da criança que pode manifestar a doença a qualquer momento antes dos 2 anos, portanto é importante fazer o pré-natal corretamente com os exames necessários, para que a gestante com sífilis tenha um tratamento adequado. Estima-se, que no Brasil, cerca de 95% dos partos, são realizados em ambiente hospitalar.

Logo, se durante o pré-natal, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), não fez o diagnóstico e o tratamento da sífilis, há mais uma oportunidade de fazê-lo no momento em que essa gestante é admitida para o parto, podendo ser detectada a transmissão vertical e tratar os recém-nascidos (RN) infectados, podendo evitar dessa maneira, a manifestação da sífilis e possíveis sequelas (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007). Vale ressaltar, a importância que a atenção ao pré-natal tem, enquanto objetivo principal, acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável. Para tanto, deve

garantir a captação precoce da gestante até 120 dias da gestação, a realização de no mínimo seis (06) consultas e a oferta de exames laboratoriais básicos, destacando-se o exame de VDRL (ARAÚJO et al., 2012; BRASIL, 2005).

4.6 DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Para Nunes, et al. (2017), o processo de investigação para a sífilis em gestante inicia-se na atenção primária, uma vez que esse é o local em que atenção pré-natal e o diagnóstico do agravão se desenvolve. Diante disso, é dever dos profissionais da atenção primária notificar e investigar os casos e resolver o problema da sífilis congênita o mais precocemente possível. Um teste treponêmico qualitativo, que detecta a existência de anticorpos específicos para抗ígenos do *Treponema Pallidum*, pode ser usado para diagnosticar a sífilis. Os testes não treponêmico detectam anticorpos que não são particulares para *Treponema Pallidum*, mas estão presentes na sífilis. Podem ser utilizados qualitativamente para determinar a amostra e também podem ser quantitativos, indicando a quantidade de anticorpos presentes na amostra reagente e auxiliando no monitoramento da doença em resposta ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2019) alerta que diagnóstico de sífilis durante a gravidez requer conexão entre os dados clínicos, conclusões de exames realizados em laboratório, história de infecção pregressa e investigação de exposição recente ao *Treponema Pallidum*. Os testes utilizados para diagnosticar a sífilis são divididos em duas categorias. Os testes imunológicos são testes que visualizam a presença de espiroquetas através da observação direta de material de lesões primárias ou secundárias ativas. O teste direto é realizado e os mais comumente usados são: treponêmicos e não treponêmicos.

O método de diagnóstico de sífilis na gestação, (Quadro 5), preconizado de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, (2019).

Quadro 5- Testes Imunológicos

Testes Imunológicos para Diagnóstico da Sífilis		
Teste não treponêmico	VDRL RPR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.

	TRUST	
Teste Treponêmico	FTA-Abs ELISA/EQL TPHA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido (TR)	Na maioria das vezes, permanecem reagentes mesmo após o tratamento, pelo resto da vida da pessoa. Não são indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, (2019).

Portanto, durante o tratamento da sífilis durante a gravidez em gestantes, o teste não treponêmico (VDRL) deve ser realizado mensalmente, a cada 3 meses durante o primeiro ano de acompanhamento e a cada 6 meses durante o segundo ano. Após a conclusão do tratamento, ocorrem declínios no título de aproximadamente 2 diluições aos 3 meses e 3 diluições aos 6 meses, e resultados responsivos sustentados em títulos baixos indicam cura ao longo de vários anos ou ao longo da vida. Se a reexposição for excluída durante o período de análise dentro de 1 ano após o tratamento, isso indica êxito do tratamento. Indivíduos com títulos consistentemente elevados devem continuar a ser monitorados trimestralmente e receber novo tratamento se forem expostos a novos riscos.

Portanto, o teste treponêmico não deve ser utilizado para monitorar a resposta ao tratamento. Esses testes não podem ser titulados e espera-se que permaneçam responsivos ao longo da vida do indivíduo, indicando falha no tratamento (LOPES, MANDUCA, 2018). Vale Ressaltar, que para o diagnóstico da sífilis, deve ser realizado um teste treponêmico mais um teste não treponêmico. Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda- -se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico. Logo abaixo (figura 5) podemos observar teste de confirmação do diagnóstico da sífilis.

Figura 5- Teste de confirmação do diagnóstico da sífilis



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, 2019. (Adaptado de: DCCI/SVS/MS.)

Dessa maneira, podemos observar na (figura 5) a junção de um teste treponêmico mais um teste não treponêmico são importantes para a confirmação do

diagnóstico da sífilis. O Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a pelo menos dois exames de VDRL, um por ocasião da primeira consulta e outro por volta da vigésima oitava semana gestacional. Deve-se ainda realizar novo VDRL no momento do parto para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado após o tratamento (DAMACENO, et al. 2014). O Ministério da Saúde oferece o teste VDRL, totalmente gratuito para as gestantes durante a primeira consulta do pré-natal e no terceiro trimestre gestacional.

Para complementar sobre os exames para o diagnóstico da sífilis na gestação, em relação aos testes treponêmicos e não treponêmicos em nosso país pode ser feito utilizando-se teste não treponêmico de floculação do tipo VDRL, para triagem. Em caso de positividade, recomenda-se a confirmação diagnóstica com teste treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA) ou teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTAAbs), entretanto a ausência desses não deve retardar o tratamento (DAMACENO, et al. 2014). O Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas (VDRL) é o método mais utilizado para o diagnóstico da infecção materna por *T. Pallidum*, por ser um teste barato e de fácil disponibilidade no Sistema Único de Saúde, mas outros métodos também estão disponíveis (RPR - Rapid Plasm Reagin). O VDRL pode ser qualitativo (reativo ou não reativo) ou quantitativo (título de anticorpo declarado). O VDRL quantitativo é preferido porque seu título se correlaciona diretamente com a atividade da doença, tornando-o particularmente útil para o diagnóstico precoce da sífilis, monitorando a resposta ao tratamento e monitorando possível recorrência ou reinfeção (BRASIL, 2006).

A alta ocorrência da doença tem relação direta com a falha em seu tratamento, tanto nas gestantes como no de seus parceiros, ampliando o perigo de reinfeção e transmissão vertical. Consequentemente, essa falha é falta de adoção ao tratamento propício pelos parceiros e falta de abordagem dos mesmos, abandono do pré-natal pelas gestantes e interrupção do curso de tratamento da doença pela ausência de informações e de assistência médica devida (ARANDIA, 2023). O Ministério da Saúde recomenda que todas as gestantes realizem pelo menos dois testes VDRL durante o pré-natal na primeira consulta e a segunda vez com 28 semanas de gestação. Caso haja risco de reinfeção ou caso a gestante não tenha recebido tratamento, novo exame deverá ser realizado no momento do parto (DAMASCENO et al., 2014).

A testagem para sífilis na gestação de acordo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, 2019. (tabela 1), a gestante deve ser submetida pelo menos 2 exames de VDRL Na 1^a consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre; e outro na vigésima oitava semana de gestação, no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual.

Quadro 6-Exames preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) na gestação

Testagem e tratamento da Gestante	
A testagem para sífilis que está preconizada na gestação	<p>Na 1^a consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre;</p> <p>No início do 3º trimestre (a partir da 28^a semana): No momento do parto; ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual.</p>

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, 2019.

Segundo Araújo (2019) enfatizam que as gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional que não fazem o tratamento possuem maior chance de desenvolver complicações como: nascimento prematuro, baixo peso, problemas neurológicos e óbito fetal. Na gestante as complicações são o aborto e doenças cardiovasculares. Dessa forma, a dificuldade de acesso das usuárias aos serviços, por causa do distanciamento das Unidades de Saúde e/ou demora para marcar os exames fundamentais que são requeridos pelos profissionais, a não realização do teste rápido nas consultas do pré-natal, como também o VDRL no 1º trimestre se mostraram como fatores prejudiciais no diagnóstico precoce da infecção nas gestantes (MACÊDO, et al., 2020).

Para Tenório, et al. (2020), as gestantes que não dispõem de conhecimento sobre o tratamento acabam tendo problemas de saúde, pois quanto mais tarde iniciar o tratamento, mais longo e demorado será o processo até a recuperação da saúde. Segundo Macêdo, et al. (2020) destacam que outro fator presente nas falhas no pré-natal, é pelo início tardio ou pela ausência das gestantes nas consultas pois são condições importantes que podem apresentar altos números de casos de sífilis gestacional.

4.7 TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A penicilina é o medicamento escolhido para o tratamento da sífilis. Conforme visto na (Tabela 2), as seguintes recomendações para o tratamento da mesma durante a gravidez e de acordo com o estágio clínico e o plano de tratamento atendem a esses critérios. Sífilis primária, sífilis secundária e sífilis latente recente (até 1 ano) são tratadas com penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada quadril). Sífilis latente tardia (com duração superior a 1 ano) ou sífilis latente e terciária de duração desconhecida. Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, por via intramuscular (1,2 milhões UI em cada quadril) semanalmente durante 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI (Brasil, 2015).

Quadro 7- Tratamento da sífilis na gestação

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente com menos de 2 anos de evolução: Sífilis Primária, Secundária e latente recente	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
Sífilis tardia com mais de 2 anos de evolução: sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI IM, semanal, por três semanas dose total: 7,2 milhões UI, IM
Neurossífilis	Penicilina Cristalina 18-24 UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI a cada 4 horas ou por infusão continua por 14 dias

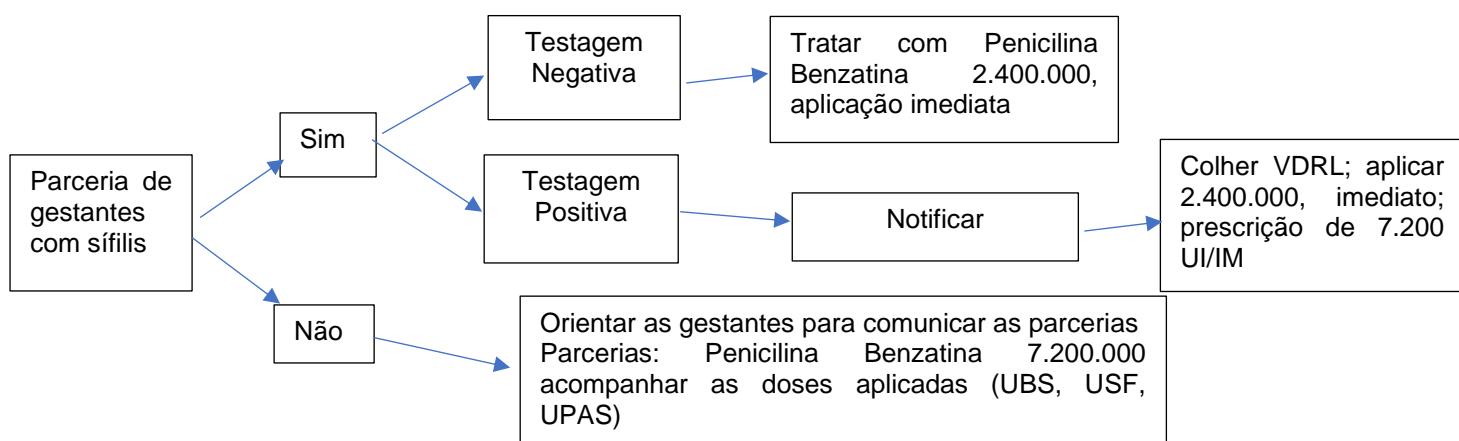
Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais, 2019

Portanto, a penicilina benzatina é a única escolha segura para o tratamento eficaz de mulheres grávidas. Portanto, não há evidências de resistência do *Treponema Pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. Outros tratamentos durante a gravidez para sífilis congênita são considerados inadequados, e o tratamento da mãe é relatado quando o recém-nascido tem sífilis congênita e necessita de exames laboratoriais e tratamento (BRASIL, 2023).

Vale ressaltar, que após o resultado do diagnóstico positivo da sífilis o tratamento é efetuado com a Penicilina G Benzatina, administrada de forma imediata por via intramuscular profunda. Ressalta-se que, durante a terapia, o paciente deve ser mensalmente acompanhado pelo enfermeiro da Unidade (LOPES; MANDUCA, 2018). Dessa forma, quando houver desconforto gerado pela aplicação intramuscular da penicilina benzatina, acaba por influenciar a aderência, sendo tentadas outras alternativas de tratamento. Os medicamentos testados atualmente foram ceftriaxona

e azitromicina. Todos demonstraram eficácia, mas não são superiores à penicilina e devem ser mantidos como medicamentos de segunda linha (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). As parcerias sexuais de gestantes com sífilis que podem ser tratadas mesmo com testes imunológicos não reativos. Portanto, provavelmente deveriam ser tratados com dose única de penicilina benzatina intramuscular (2.400.000 UI). Para testes reativos para sífilis, continuar com as recomendações de tratamento para sífilis em adultos de acordo com o estágio clínico da infecção, preferencialmente com penicilina benzatina, conforme fluxograma abaixo (Figura 6).

Figura 6 – Fluxograma de tratamento de parcerias sexuais de gestantes com sífilis



Fonte: Adaptado do Plano Municipal de Enfrentamento da Sífilis Bauru SP 2018, versão 1:

Recentemente o Ministério da Saúde atualizou o intervalo entre as doses através da nota técnica N° 14/2023 - DATHI/SVSA/MS, com base em evidências recentes o intervalo entre as doses de penicilina benzatina para o tratamento de gestantes com sífilis (WORKOWSKI 2021; RAMCHANDANI 2023). De acordo com a nota técnica do MS, orienta que as doses sejam administradas a cada sete dias, e que não ultrapasse nove dias. Porém, caso ocorra algum descuido durante o tratamento e alguma dose ultrapasse nove dias e seja perdida, será necessário reiniciar o esquema. Lembrando que a prescrição e a administração do medicamento (benzilpenicilina) na gestante portadora deste agravo, deve estar de acordo com as dosagens posteriores, levando em consideração todas as datas para que estas não sejam agendadas em dias de não funcionamento dos postos de saúde, evitando-se que o intervalo de sete dias seja excedido, interferindo no tratamento eficaz ao vírus (FELICIANO, 2024).

Portanto, a sífilis na gestação pode implicar em consequências como: aborto, natimorto (quando o feto morre dentro do útero materno), parto prematuro, morte neonatal (asfixia e baixo peso ao nascer), manifestações congênitas precoce ou tardia. Não existe vacina contra sífilis e a infecção prévia não confere imunidade protetora. Portanto, a pessoa pode se infectar a cada vez que for exposta a bactéria *Treponema pallidum*, o que justifica o rastreio mais frequente durante a gestação. (BRASIL, 2018). Na verdade, o tratamento com outros medicamentos que não a benzilpenicilina benzatina durante a gravidez não é considerado suficiente para prevenir a transmissão vertical. Além disso, o tratamento materno só é considerado suficiente se for iniciado até 30 dias após o nascimento e o ciclo de tratamento da fase clínica da sífilis tiver sido concluído, sendo as gestantes que não atendem a esses critérios classificadas como tratadas inadequadamente.

O recém-nascido é então classificado como caso de sífilis congênita e sujeito a exame clínico, exames laboratoriais, exames terapêuticos e notificação epidemiológica. É importante ressaltar que no final de 2017, o tratamento dos parceiros sexuais foi retirado dos critérios para o tratamento adequado das mães (DOMINGUES, 2021). A penicilina G benzatina é usada por via intramuscular (IM) para tratar a sífilis. Isso ocorre porque a administração intravenosa pode causar embolia e reações tóxicas, enquanto a administração intra-arterial pode causar gangrena de membros e órgãos quando administrada por via subcutânea ou subcutânea. Se estiver na camada gordurosa, pode causar fortes dores e rigidez no local da aplicação. Para gestantes, o tratamento deve ser concluído até 30 dias antes do nascimento, e o parceiro deve receber medicação adicional (ALMEIDA et al., 2015).

O tratamento das gestantes infectadas pelo *Treponema* é igual ao das não gestantes e segue as recomendações: administração intramuscular de penicilina benzatina na dose de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada quadril). Use uma vez para sífilis primária e duas vezes para sífilis secundária. Uma dose para sífilis e três doses para sífilis terciária, com intervalo de uma semana entre as aplicações. Outros tratamentos são considerados insuficientes para prevenir a sífilis congênita. Acredita-se que o tratamento com penicilina seja eficaz tanto para a mulher quanto para o feto apenas se administrado pelo menos 30 dias antes do nascimento (DAMASCENO et al., 2014). Nesse sentido, caso não seja possível o uso da penicilina, devem ser utilizados outros medicamentos utilizados para o tratamento da sífilis congênita.

Eritromicina (estearato) 500 mg a cada 6 horas por 15 dias, 500 mg para sífilis recente e 30 dias para sífilis tardia. A ceftriaxona 1 g é administrada por via intravenosa ou intramuscular na dose diária de 8 a 10 dias (ERRANTE, 2016).

No período pós-neonatal, recomenda-se o tratamento com penicilina G cristalina a cada 4 horas e o uso de penicilina G procaína a partir do 28º dia de vida em crianças com quadro clínico e sorológico positivos para sífilis congênita. A cada 12 horas, respeite sempre o intervalo. Para exames diagnósticos a partir dos 18 meses de idade são recomendados acompanhamento oftalmológico e neurológico e exames auditivos semestrais durante 2 anos (DOMINGUES, LEAL, 2016). As gestantes devem ser testadas para sífilis pelo menos no momento do primeiro parto, no início do segundo trimestre e no momento da internação para o parto. Mulheres que sofreram perda fetal precoce ou tardia ou que foram expostas a situações de exposição perigosa também devem ser testadas. Como a benzilpenicilina atravessa a barreira transplacentária, é o único medicamento que pode tratar eficazmente mulheres grávidas e fetos infectados com sífilis.

A penicilina pode ser administrada por médicos, enfermeiros ou farmacêuticos em serviços de saúde públicos ou privados, incluindo o setor dos cuidados de saúde primários. As reações anafiláticas benzatinas à benzilpenicilina são eventos raros que podem ocorrer em aproximadamente 0,002% dos casos. É importante manter e monitorar o intervalo de dosagem em até 7 dias para evitar perdas durante o tratamento. As secretarias de saúde devem procurar ativamente as gestantes desaparecidas para completar os programas de tratamento (DOMINGUES, 2021). A Nota Técnica nº 14/2023 - DATHI/SVSA/MS atualizou o intervalo de dosagem da penicilina benzatina no tratamento da sífilis em gestantes com base nas evidências atuais (WORKOWSKI 2021; RAMCHANDANI 2023). Portanto, a recomendação atual é que o ideal seja que as doses sejam utilizadas a cada 7 dias, mas não mais que 9 dias. Se você esquecer de uma dose ou passar mais de 9 dias entre as doses, será necessário reiniciar seu esquema.

Vale ressaltar que, de acordo com Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), estabelece que a penicilina benzatina pode ser administrada por profissionais de enfermagem no âmbito das UBS, mediante prescrição médica ou de enfermagem; e ainda, enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina, conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou em rotina aprovada pela instituição de saúde (MACHADO, et al. 2018).

4.8 PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A prevenção da sífilis durante a gestação é realizada através de um pré-natal de qualidade, com acompanhamento da gestante na APS através dos profissionais de enfermagem. A forma mais eficiente de prevenção são os cuidados nas relações sexuais e com suas parcerias onde o uso de preservativo serve para evitar e prevenir neste ato. Para as mulheres grávidas, o teste pré-natal é fundamental para o diagnóstico precoce, permitindo que elas com teste positivo para sífilis sejam tratadas e evitando a transmissão vertical. O Ministério da Saúde recomenda que as pessoas sexualmente ativas, especialmente as grávidas, façam o teste de sífilis, alertando que a mesma pode causar aborto, malformações fetais e morte durante o parto. Portanto, esse exame deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre e no momento do parto (independentemente de exames anteriores) (SARACENI et al, 2007).

É importante o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal e a escolha consciente de parcerias sexuais contribuem para o controle da sífilis, um dos principais problemas que existe no controle de DST, durante a gestação, é a abordagem ao parceiro, a dificuldade é convencer os parceiros da necessidade de realizar os exames sorológicos para diagnóstico precoce e aderência ao tratamento, sendo a gravidez uma fase de suma importância para implementar ações de controle, visto que sempre há risco de transmissão vertical, Contudo, é essencial que o parceiro seja convidado a participar desse momento de grandes mudanças para a mulher, auxiliando nos cuidados, durante a gestação e puerpério, sendo acolhido de forma humanizada e com respeito.

Uma estratégia importante para a adesão do parceiro ao pré-natal é a ampliação do horário de atendimento nas Unidades de Saúde onde estudos demonstram que muitos parceiros gostariam de participar das consultas pré-natal, mas muitos sentem medo de não serem acolhidos pelos profissionais de saúde, assim, torna-se necessário capacitar os enfermeiros para esta nova estratégia, buscando e demonstrando que a presença do parceiro traz bem-estar ao binômio gestante-bebê (SOUZA, 2018). No intuito de colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da sífilis congênita e alcançar o objetivo de controle dessa infecção, é necessário que haja um esforço mútuo com assistência pré-natal de qualidade, exames laboratoriais em tempo hábil, tratamento do casal e conscientização de todos os envolvidos. Desse modo, atuação da Atenção Básica é essencial nesse processo por meio da Estratégia de Saúde da Família, visto que, é uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde estando mais próxima

da população, principalmente por meio dos agentes comunitários de saúde para busca ativa às gestantes.

O pré-natal tem um papel importante na redução dos desfechos perinatais negativos, ao monitorar o desenvolvimento da gravidez, diagnosticar e tratar intercorrências clínicas e obstétricas com repercussão para a saúde materna e fetal, realiza ações profiláticas específicas e reduz a exposição da gestante e do feto a fatores de risco. As ações preventivas da SC, estão ligadas diretamente aos cuidados com a gestante durante as consultas de pré-natal, com a realização dos testes sorológicos para sífilis durante a gestação, tratamento preciso e oportuno da infecção diagnosticada, instituída o mais precoce, tanto para a mulher como para o parceiro (MARASCHIN MS, et al., 2019). Apesar do MS orientar a realização de testes diagnósticos dessa patologia, a alta taxa de incidência da SC pode estar associada a não realização desses testes e ainda a condutas impróprias como o não-comparecimento do parceiro ao tratamento.

A SC pode decorrer por inúmeras razões como o acesso tardio para evitar um evento adverso por parte das mulheres, a não solicitação do teste treponêmico, ou mesmo aquelas mulheres que foram tratadas podem ter sido reinfectadas pelos parceiros sexuais não tratados (FAVERO, et al., 2019). Portanto, o enfermeiro pode realizar a busca ativa dos faltosos através de convites e com a ajuda do Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar, convocando o parceiro a comparecer na Unidade. Tudo isso com o objetivo de promover estratégias eficazes para o tratamento através de acompanhamento e aconselhamento do casal durante consultas de pré-natal (SUTO et al., 2016).

4.9 CONDUTAS DE ENFERMAGEM FRENTE A SÍFILIS NA GESTAÇÃO NA APS

A sífilis na gestação é uma preocupação de saúde pública global devido aos riscos que apresenta tanto para a mãe quanto para o feto. Apesar dos avanços na medicina, o número de casos de sífilis em gestantes ainda é significativo, especialmente em países em desenvolvimento. A atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis gestacional. Esta revisão integrativa da literatura visa explorar as condutas do enfermeiro da APS em casos de sífilis na gestação, fornecendo subsídios para a prática clínica e contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde materno-infantil (NUNES et al., 2017).

Os enfermeiros desempenham um papel importante no cuidado adequado dos clientes e na gestão das doenças, e é importante que não só os enfermeiros, mas todos os profissionais de saúde forneçam ligações para informações baseadas nos cuidados primários, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis. Os enfermeiros são importantes no manejo da sífilis gestacional, fornecendo informações sobre o tratamento correto, o uso do preservativo durante as relações sexuais, promovendo a educação em saúde, realizando testes e recrutamento de parceiros e desenvolvendo estratégias de prevenção e controle, a fim de desenvolver, tratar e monitorar mulheres grávidas infectadas com a sífilis, e combater a sífilis durante a gravidez, o contato com parceiros sexuais de pacientes com sífilis é muito importante, incluindo o cadastramento de pacientes com sífilis e a ampliação do atendimento pré-natal (ANDRADE, 2013).

Portanto, os cuidados de saúde primários (UBS) são um local privilegiado onde os parceiros se reúnem nos centros de saúde, onde têm de lidar com questões relacionadas, como a confidencialidade da identidade e da informação, as relações amorosas extraconjogais, as relações entre pessoas do mesmo sexo e as relações sexuais torna-se um desafio ao considerar aspectos éticos. É necessária uma atitude mais decisiva por parte de gestores e profissionais para atrair esses parceiros como estratégia de combate a essa infecção sexualmente transmissível (IST) (NUNES, 2017). O especialista tem papel importante na primeira consulta de pré-natal, exerce função educativa e contribui para o surgimento de mudanças concretas e saudáveis, para que esse especialista se torne parte ativa da equipe de saúde. ser membro do, apesar dos obstáculos impostos, o aconselhamento de enfermagem tornou-se cada vez mais importante e cada vez mais ativo em vários domínios.

Notadamente, o enfermeiro é responsável pela consulta inicial de pré-natal, solicitando exames de rotina, cadastrando as gestantes no SISPRENATAL e classificando-as em grupos de baixo ou alto risco (ANDRADE, 2013). É importante relatar buscas por gestantes ausentes ou que tenham interesse em um pré-natal adequado. Essa busca é realizada por meio de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Segundo Andrade (2013), o ACS apoia as equipes de saúde e os pacientes, registrando e distribuindo informações e enfatizando que a mudança e a identificação dos fatores de risco para gestantes e demais familiares devem ser discutidas com os profissionais de saúde e equipe da unidade. Neste contexto, é fundamental o papel da (o) enfermeira (o) na atenção pré-natal, uma vez

que este profissional é capaz de identificar riscos e evitar possíveis complicações para a saúde da gestante, através da prevenção de doenças, proteção e promoção da saúde (NUNES *et al.*, 2017).

A ficha de notificação dos casos de sífilis na gravidez é preenchida prioritariamente pelos enfermeiros, que também são os especialistas responsáveis pelo registro da notificação. Os relatórios devem ser confiáveis e, nesses casos, são essenciais para a análise epidemiológica local e avaliação das medidas implementadas (DANTAS, 2008). A prescrição de medicamentos para sífilis para gestantes geralmente é feita pelo médico da equipe e em caso de sífilis na gestação o VDRL é solicitado na maioria dos casos conforme recomendação do Ministério da Saúde. A partir disso, concluímos que é necessário dar mais ênfase à formação dos enfermeiros que atuam nas ESF na área de prevenção da SC, para evidenciar que os enfermeiros que atuam nas ESF apresentam certo nível de déficit de conhecimento (SILVA, 2015).

Portanto, envolver o enfermeiro no acompanhamento das gestantes infectadas com sífilis é importante para potencializar a assistência pré-natal. Porque esta consulta é feita para identificar os fatores de risco da gravidez de forma a diminuir o impacto na saúde da grávida. Facilitar o acesso a serviços de saúde de qualidade por meio de ações de acolhimento que evitem intervenções desnecessárias e medidas que integrem cuidado, promoção e prevenção em todos os níveis de atenção, desde o tratamento ambulatorial precoce até a atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos, atendimento humanizado, assistência hospitalar a pacientes de alto risco (NUNES, *et al.* 2017).

Para a sífilis durante a gravidez, a testagem é feita na atenção primária, onde são realizados o diagnóstico da doença no pré-natal. Portanto, é dever dos profissionais da atenção básica notificar e investigar os casos. Quando uma gestante com sífilis é encaminhada para o pré-natal de alto risco, surge a responsabilidade pelo acompanhamento do acompanhamento da gestante com sífilis, independentemente de qual equipe da ESF for responsável. Nesse cenário, surge como protagonista o enfermeiro, capacitado para orientar as gestantes sobre o uso correto dos medicamentos, principalmente para prevenir possíveis efeitos na mãe e no filho (NUNES, *et al.* 2017).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente eram 200 estudos selecionados e após a seleção, restaram 14 que responderam à pergunta do estudo dessa pesquisa de 2010 a 2024, distribuídos em Brasília (2), Rio de Janeiro (2), São Paulo (2), Belo horizonte (1), Curitiba (2), Porto alegre (2), Recife (2) e Salvador (1), (Quadro 6).

QUADRO 8 – Trabalhos selecionados para composição dos resultados

ANO	TÍTULO	AUTOR	LOCAL
2010	Prevenção da sífilis congênita: o papel do enfermeiro na Atenção Primária	SILVA, C. L.; SOUZA, M. F.	Brasília, Brasil
2011	A importância da capacitação contínua dos enfermeiros no manejo da sífilis gestacional	Pereira, J. R.; Almeida, D. S.	Rio de Janeiro, Brasil
2012	Abordagens educativas para a prevenção da sífilis na gestação	Gomes, T. R.; Oliveira, F. L.	São Paulo, Brasil
2013	Desafios e estratégias no controle da sífilis congênita: a experiência de enfermeiros na APS	Fernandes, M. A.; Barbosa, R. M.	Belo Horizonte, Brasil
2014	O impacto das tecnologias de informação no manejo da sífilis gestacional	Lima, A. C.; Santos, J. P.	Curitiba, Brasil
2015	Eficiência das intervenções de enfermagem na prevenção da sífilis congênita	Martins, E. F.; Rodrigues, L. V.	Porto Alegre, Brasil
2016	Capacitação dos enfermeiros na APS para o controle da sífilis gestacional	Costa, R. S.; Nogueira, D. S.	Recife, Brasil
2017	Abordagem multidisciplinar na prevenção da sífilis na gestação	Almeida, P. F.; Freitas, C. H	Salvador, Brasil
2018	Intervenções de enfermagem para controle da sífilis gestacional: uma revisão integrativa	Oliveira, J. A.; Silva, R. C.	Porto Alegre, Brasil

2019	Inovações tecnológicas no manejo da sífilis gestacional na APS	Souza, L. M.; Carvalho, E. S.	Curitiba, Brasil
2020	A eficácia das ações educativas na prevenção da sífilis congênita	Teixeira, M. C.; Silva, A. R	São Paulo, Brasil
2021	Desafios na implementação de políticas públicas para o controle da sífilis gestacional	Barbosa, D. S.; Lima, M. G.	Brasília, Brasil
2022	A importância do pré-natal no diagnóstico precoce da sífilis gestacional	Nogueira, A. L.; Santos, F. C.	Recife, Brasil
2023	O papel da APS no controle da sífilis congênita: uma análise crítica	Rodrigues, V. M.; Pereira, A. F.	Rio de Janeiro, Brasil

Fonte: Próprios autores (2024)

A análise dos estudos selecionados no Quadro 8 revela diversos aspectos das condutas dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) em casos de sífilis na gestação. Silva e Souza (2010) destacam a importância do papel do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita, enfatizando a necessidade de intervenções educativas para gestantes. Pereira e Almeida (2011) ressaltam a importância da capacitação contínua dos enfermeiros, apontando que o treinamento adequado é crucial para o manejo eficaz da sífilis gestacional.

Gomes e Oliveira (2012) exploram a importância das estratégias educativas no controle da sífilis gestacional, destacando que a conscientização das gestantes sobre os riscos da doença é crucial para prevenir a sífilis congênita. As gestantes, quando devidamente informadas sobre os modos de transmissão, os sintomas e a importância do tratamento precoce, tendem a aderir com mais compromisso às orientações dos profissionais de saúde. A educação em saúde desempenha, portanto, um papel preventivo essencial, uma vez que o entendimento sobre a gravidade da doença incentiva a busca por testes regulares e pelo tratamento adequado.

Além da conscientização individual, as ações educativas voltadas para o coletivo, como palestras e campanhas de saúde, também se mostram eficazes na redução da incidência da sífilis congênita. Gomes e Oliveira ressaltam que a sensibilização não deve se limitar às gestantes, mas deve envolver parceiros sexuais e toda a comunidade, já que a doença, quando não tratada, pode ser transmitida de

pessoa para pessoa, afetando diretamente o sucesso das estratégias de controle e prevenção.

Por outro lado, Fernandes e Barbosa (2013) enfatizam os desafios que os enfermeiros enfrentam na Atenção Primária à Saúde (APS) ao lidar com a sífilis gestacional. Entre os obstáculos estão a resistência das gestantes em realizar o tratamento completo e a falta de recursos em algumas unidades de saúde. No entanto, os autores destacam que a abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e educadores, é essencial para superar esses desafios. Essa abordagem garante um cuidado integral às gestantes, melhorando o acompanhamento do pré-natal e aumentando as chances de prevenção eficaz da transmissão vertical da sífilis.

Lima e Santos (2014) exploram o impacto positivo das tecnologias de informação no manejo da sífilis gestacional, destacando como ferramentas digitais podem aprimorar o acompanhamento das gestantes e facilitar a adesão ao tratamento. Plataformas de registro eletrônico de saúde, aplicativos de monitoramento e sistemas de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde são mencionados como exemplos de inovações que possibilitam um controle mais rigoroso do tratamento e da evolução das gestantes com sífilis. Ao melhorar a comunicação e o acesso a informações em tempo real, essas tecnologias podem garantir que as pacientes recebam o cuidado adequado, reduzindo o risco de abandono do tratamento.

Além disso, as tecnologias digitais podem agilizar a tomada de decisões pelos profissionais de saúde, permitindo intervenções mais rápidas e eficazes. Com o uso de sistemas informatizados, é possível garantir que as gestantes sejam notificadas sobre exames, consultas e orientações de maneira mais eficiente, reduzindo o risco de esquecimento ou atrasos nos procedimentos essenciais. Lima e Santos destacam que essas ferramentas também ajudam a integrar os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, melhorando a coordenação entre médicos, enfermeiros e outros membros da equipe de saúde.

Complementando essa visão, Martins e Rodrigues (2015) reforçam que intervenções de enfermagem bem estruturadas, somadas ao uso de tecnologias, são fundamentais para reduzir a incidência de sífilis congênita. Eles apontam que ações educativas, associadas a um acompanhamento sistemático e personalizado, são essenciais para garantir a adesão das gestantes ao tratamento. O uso de ferramentas

digitais pode potencializar o alcance dessas intervenções, ao permitir um monitoramento mais detalhado e frequente, garantindo que os casos de sífilis gestacional sejam geridos com maior precisão e eficácia.

Costa e Nogueira (2016) abordam a necessidade da capacitação contínua dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS), destacando que, para enfrentar os desafios do controle da sífilis gestacional, é fundamental que os profissionais estejam sempre atualizados sobre as melhores práticas e diretrizes. A formação contínua permite que os enfermeiros adquiram novos conhecimentos e habilidades, tornando-se mais preparados para lidar com as complexidades que envolvem a gestação e o manejo da sífilis. Essa capacitação não apenas aprimora a qualidade do atendimento prestado, mas também fortalece a confiança das gestantes nos profissionais de saúde, favorecendo a adesão ao tratamento e às orientações recebidas.

Além disso, a formação contínua é vital para a adaptação às novas tecnologias e às estratégias de intervenção que estão em constante evolução. Costa e Nogueira enfatizam que, ao investirem em cursos de atualização, workshops e seminários, os enfermeiros podem integrar evidências recentes à prática clínica, tornando suas intervenções mais efetivas. Essa preparação contínua é um elemento-chave para a melhoria dos indicadores de saúde, contribuindo para a redução da incidência de sífilis congênita e promovendo resultados mais positivos para mães e bebês.

Complementando essa perspectiva, Almeida e Freitas (2017) ressaltam a importância da abordagem multidisciplinar na prevenção da sífilis durante a gestação. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde — como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e educadores — é fundamental para garantir um cuidado integral e abrangente. Essa interação permite que as diversas expertises sejam utilizadas em benefício da paciente, abordando não apenas os aspectos clínicos, mas também os sociais e psicológicos que podem influenciar na saúde da gestante. Almeida e Freitas defendem que uma equipe multidisciplinar não só melhora a comunicação e o compartilhamento de informações, mas também proporciona um suporte mais robusto, resultando em um acompanhamento mais eficaz e no fortalecimento das ações de prevenção e tratamento da sífilis gestacional.

Oliveira e Silva (2018) conduziram uma revisão integrativa que se concentrou nas intervenções de enfermagem voltadas para o controle da sífilis gestacional. Os autores destacam que a implementação de práticas bem estabelecidas e protocoladas é fundamental para garantir a eficácia das ações de prevenção e tratamento. A

padronização dos procedimentos não apenas melhora a consistência do atendimento, mas também assegura que todos os profissionais de enfermagem sigam diretrizes atualizadas, aumentando a probabilidade de um manejo eficaz da doença. Oliveira e Silva enfatizam que, ao seguir protocolos claros, os enfermeiros podem atuar de maneira mais decisiva na identificação de gestantes em risco e na promoção de intervenções educativas, que são essenciais para a conscientização e a adesão ao tratamento.

A pesquisa de Oliveira e Silva também revela que a formação de equipes capacitadas e a utilização de protocolos de intervenção estruturados resultam em um atendimento mais coeso, com maior chance de sucesso nas ações. Isso implica em um trabalho colaborativo entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, garantindo que as gestantes recebam um acompanhamento completo e coordenado. Com essa abordagem sistemática, é possível não apenas reduzir a incidência de sífilis congênita, mas também promover a saúde geral da mãe e do bebê, evidenciando a importância da enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Por outro lado, Souza e Carvalho (2019) exploram as inovações tecnológicas no manejo da sífilis gestacional, destacando que essas ferramentas podem revolucionar o diagnóstico e o acompanhamento das gestantes. As tecnologias, como aplicativos de saúde e sistemas de informação, têm o potencial de facilitar a triagem e o monitoramento contínuo dos casos, tornando o acompanhamento mais acessível e eficiente. Além disso, essas inovações podem contribuir para a conscientização das gestantes sobre a importância dos testes regulares e da adesão ao tratamento. Souza e Carvalho argumentam que, ao integrar a tecnologia às práticas de saúde, é possível não apenas otimizar o fluxo de informações entre profissionais de saúde e pacientes, mas também promover uma maior empoderamento das gestantes, incentivando-as a participar ativamente de seu cuidado e a buscar informações sobre sua saúde e a do seu bebê.

Teixeira e Silva (2020) abordam a eficácia das ações educativas na prevenção da sífilis congênita, enfatizando que programas de educação em saúde desempenham um papel crucial na redução da incidência da doença. Os autores argumentam que, ao fornecer informações claras e acessíveis sobre a sífilis, suas consequências e a importância do tratamento, é possível aumentar a conscientização entre gestantes e seus parceiros. A educação em saúde não só informa sobre a prevenção, mas também combate o estigma associado à doença, encorajando as

gestantes a buscarem o atendimento necessário. Além disso, os autores ressaltam que a implementação de programas educativos pode incluir diversas estratégias, como palestras, oficinas e materiais informativos, que atendam às diferentes necessidades e contextos das gestantes, tornando a mensagem mais eficaz.

Nesse sentido, Teixeira e Silva enfatizam que as intervenções educativas devem ser contínuas e adaptadas ao longo do tempo, refletindo as mudanças nas dinâmicas sociais e nas evidências científicas relacionadas à sífilis e à saúde da mulher. Ao capacitar as gestantes e suas redes de apoio, essas ações educativas podem não apenas reduzir a taxa de sífilis congênita, mas também promover uma cultura de prevenção e cuidado em saúde. O empoderamento das gestantes, por meio do conhecimento, é um passo fundamental para garantir que elas se tornem protagonistas de sua saúde e busquem o tratamento e o acompanhamento adequados durante a gestação.

Por outro lado, Barbosa e Lima (2021) discutem os desafios enfrentados na implementação de políticas públicas para o controle da sífilis gestacional. Os autores destacam que, embora existam diretrizes e recomendações para a prevenção e controle da sífilis, muitas vezes a execução dessas políticas encontra barreiras significativas. Entre os principais desafios estão a falta de recursos financeiros, a escassez de profissionais qualificados e a resistência à testagem e ao tratamento por parte das gestantes. Barbosa e Lima argumentam que a criação de políticas bem estruturadas, que incluam um financiamento adequado e a capacitação contínua dos profissionais de saúde, é essencial para garantir a eficácia das ações de controle da sífilis na gestação.

Além disso, Barbosa e Lima sublinham a importância de uma abordagem intersetorial que envolva diferentes setores da saúde, educação e assistência social. Para que as políticas públicas sejam realmente eficazes, é necessário que haja um esforço conjunto para sensibilizar a população e promover a testagem regular entre as gestantes. As autoras ressaltam que a mobilização social e o engajamento das comunidades são fundamentais para que as políticas sejam compreendidas e aceitas, aumentando a adesão às recomendações de saúde. Portanto, enfrentar esses desafios requer um compromisso renovado por parte das autoridades de saúde e um investimento contínuo em educação, infraestrutura e suporte às iniciativas de controle da sífilis gestacional.

Nogueira e Santos (2022) destacam a relevância do pré-natal no diagnóstico precoce da sífilis gestacional, ressaltando que um acompanhamento regular é crucial para a detecção e tratamento eficaz da doença. Os autores afirmam que a realização de consultas periódicas durante a gestação não só permite a identificação de casos de sífilis, mas também proporciona um espaço para a educação em saúde, onde as gestantes podem receber informações sobre a doença, suas consequências e a importância do tratamento. Ao enfatizar a necessidade de testagem adequada e de acompanhamento contínuo, Nogueira e Santos argumentam que o pré-natal é uma oportunidade valiosa para implementar intervenções que visem não apenas à saúde da gestante, mas também à proteção do recém-nascido contra a sífilis congênita.

Além disso, os autores observam que a efetividade do pré-natal depende da adesão das gestantes às orientações médicas e à realização de exames recomendados. O acesso à saúde e a qualidade do atendimento são fatores determinantes que influenciam essa adesão. Assim, a capacitação dos profissionais de saúde, bem como a sensibilização das gestantes sobre a importância do pré-natal, são fundamentais para garantir que essas consultas sejam aproveitadas ao máximo. Nogueira e Santos concluem que fortalecer as políticas de pré-natal e promover a educação em saúde são estratégias essenciais para aumentar a detecção precoce da sífilis gestacional e, consequentemente, reduzir a incidência de sífilis congênita.

Por outro lado, Rodrigues e Pereira (2023) realizam uma análise crítica do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da sífilis congênita, sugerindo que o fortalecimento das ações de enfermagem pode resultar em melhores resultados para a saúde materna e neonatal. Os autores argumentam que a APS desempenha um papel central na implementação de estratégias de prevenção e controle da sífilis, uma vez que é frequentemente o primeiro ponto de contato das gestantes com o sistema de saúde. Para que essa atuação seja efetiva, no entanto, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam bem preparados e informados sobre as melhores práticas de manejo da sífilis na gestação.

Rodrigues e Pereira enfatizam que ações de enfermagem bem estruturadas, que incluem triagem, aconselhamento e suporte às gestantes, são fundamentais para melhorar os resultados de saúde. A análise aponta que a abordagem multidisciplinar, envolvendo enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, pode fortalecer o controle da sífilis, promovendo um atendimento mais integrado e eficaz. Além disso, os autores sublinham que a capacitação contínua dos enfermeiros é crucial para que

eles possam identificar precocemente os casos de sífilis e oferecer o acompanhamento necessário, contribuindo assim para a redução das complicações associadas à doença e melhorando a saúde das mães e dos bebês.

Os resultados apresentados confirmam a relevância das ações de enfermagem na APS para o controle da sífilis na gestação. A capacitação contínua dos enfermeiros é um tema recorrente, conforme apontado por Pereira e Almeida (2011), Costa e Nogueira (2016). A formação adequada dos profissionais é essencial para garantir o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, elementos cruciais para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

A educação em saúde também é destacada por vários autores, como Silva e Souza (2010) e Teixeira e Silva (2020), que demonstram que a conscientização das gestantes sobre a sífilis e a adesão ao tratamento são fundamentais para reduzir a incidência da sífilis congênita. A importância de envolver os parceiros sexuais nas estratégias de prevenção e tratamento é salientada por Gomes e Oliveira (2012), reforçando a necessidade de uma abordagem abrangente que envolva todos os envolvidos.

A utilização de tecnologias de informação, conforme discutido por Lima e Santos (2014) e Souza e Carvalho (2019), mostra-se promissora no manejo da sífilis gestacional, facilitando o acompanhamento dos casos e a adesão ao tratamento. No entanto, Fernandes e Barbosa (2013) e Barbosa e Lima (2021) apontam que desafios como a resistência ao tratamento e a falta de recursos ainda são barreiras significativas.

A abordagem multidisciplinar é outro ponto destacado por Almeida e Freitas (2017) e Rodrigues e Pereira (2023), sugerindo que a colaboração entre diferentes profissionais de saúde pode melhorar significativamente os resultados. Políticas públicas bem estruturadas e recursos adequados são essenciais para o sucesso das intervenções, conforme discutido por Barbosa e Lima (2021).

Em suma, a revisão integrativa dos estudos evidencia a importância de ações de enfermagem bem estruturadas e contínuas na APS para o controle da sífilis na gestação. A capacitação dos profissionais, a educação em saúde, a utilização de tecnologias inovadoras e uma abordagem multidisciplinar são elementos-chave para enfrentar os desafios e melhorar os resultados de saúde materna e neonatal.

Vários estudos ao longo dos anos sublinharam a necessidade de formação contínua para os enfermeiros. A capacitação regular e o acesso a recursos

educacionais atualizados são cruciais para que os profissionais estejam preparados para lidar com os desafios da sífilis gestacional de maneira eficaz.

A testagem regular das gestantes é um tema recorrente nos estudos. A realização de testes rápidos durante as consultas de pré-natal permite a detecção precoce e o início imediato do tratamento, reduzindo significativamente o risco de transmissão vertical da sífilis.

A cooperação entre diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e educadores, é fundamental para o manejo eficaz da sífilis na gestação. A abordagem multidisciplinar permite um atendimento mais completo e coordenado.

As ações educativas têm um impacto significativo na prevenção da sífilis na gestação. A conscientização das gestantes sobre a importância do pré-natal, a realização de testes e o tratamento adequado são aspectos cruciais para a redução da incidência de sífilis congênita.

Apesar dos avanços, ainda existem desafios a serem enfrentados. A falta de recursos, a resistência à testagem e tratamento por parte de algumas gestantes e a necessidade de uma maior integração entre os serviços de saúde são questões que precisam ser abordadas para melhorar ainda mais o controle da sífilis na gestação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entretanto, identificou-se neste trabalho de revisão integrativa que as condutas dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS) são essenciais para o controle da sífilis na gestação. Desde a implementação de estratégias de prevenção até o tratamento imediato dos casos diagnosticados, os enfermeiros desempenham um papel crucial na redução da transmissão vertical da sífilis. O diagnóstico precoce, por meio da testagem regular das gestantes durante o pré-natal, mostrou-se fundamental para a identificação de casos assintomáticos e com sintomas característicos da doença, possibilitando o tratamento imediato e a prevenção de complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto.

As ações educativas conduzidas por enfermeiros são vitais para aumentar o conhecimento sobre a sífilis entre as gestantes. Atividades como palestras, grupos de apoio e distribuição de materiais informativos ajudam a conscientizar as gestantes sobre a importância do pré-natal, da testagem e do tratamento adequado. O envolvimento dos parceiros sexuais nas ações de prevenção e tratamento da sífilis também se mostrou essencial. Educar e incentivar os parceiros a realizar testes e a aderir ao tratamento contribui significativamente para a redução da incidência de sífilis gestacional e congênita.

A capacitação contínua dos enfermeiros é crucial para garantir que esses profissionais estejam atualizados com as melhores práticas e protocolos para o manejo da sífilis na gestação. Investir na formação contínua e no acesso a recursos educacionais atualizados melhora a qualidade do atendimento prestado. A criação e implementação de protocolos específicos para o manejo da sífilis gestacional ajudam a padronizar as práticas de atendimento, garantindo que todas as gestantes recebam cuidados de qualidade. Protocolos bem estruturados orientam os enfermeiros em suas atividades diárias, promovendo um atendimento eficaz e consistente.

A abordagem multidisciplinar é essencial para o manejo eficaz da sífilis na gestação. A colaboração entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais de saúde proporciona um atendimento mais completo e coordenado, melhorando os desfechos para as gestantes e seus bebês. A introdução de novas tecnologias, como aplicativos móveis e sistemas de informação integrados, pode melhorar significativamente a gestão e o monitoramento dos casos de sífilis

gestacional. Essas ferramentas facilitam a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, além de permitir um acompanhamento mais preciso dos tratamentos.

Apesar dos avanços, desafios como a falta de recursos, a resistência à testagem e ao tratamento por parte de algumas gestantes e a necessidade de maior integração entre os serviços de saúde ainda persistem. Abordar esses desafios é crucial para melhorar ainda mais o controle da sífilis na gestação. A sensibilização das gestantes e da comunidade sobre a sífilis e suas consequências é fundamental. Campanhas de conscientização e educação em saúde podem ajudar a reduzir o estigma associado à doença e incentivar a busca por tratamento precoce.

Os resultados positivos alcançados com a implementação de estratégias eficazes de prevenção e tratamento demonstram a importância do papel dos enfermeiros na APS. O impacto das ações educativas, da testagem regular e do tratamento adequado reflete-se na redução dos casos de sífilis congênita e na melhoria da saúde materna e neonatal. Recomenda-se que políticas públicas sejam direcionadas para fortalecer as ações de enfermagem na APS. Isso inclui a alocação de recursos para a formação contínua dos enfermeiros, a implementação de protocolos padronizados e o incentivo ao uso de tecnologias inovadoras para o monitoramento dos casos.

A pesquisa contínua é necessária para identificar novas estratégias e aprimorar as práticas existentes no manejo da sífilis gestacional. Estudos futuros devem focar em avaliar a eficácia de novas intervenções e tecnologias, bem como em compreender os fatores que influenciam a adesão ao tratamento. A sustentabilidade das intervenções é crucial para o controle a longo prazo da sífilis na gestação. As estratégias de prevenção e tratamento devem ser integradas de forma permanente nos serviços de saúde, garantindo que todas as gestantes tenham acesso contínuo a cuidados de qualidade.

O controle eficaz da sífilis gestacional requer um compromisso coletivo de todos os envolvidos: profissionais de saúde, gestores, gestantes e comunidade. Apenas através de uma abordagem integrada e coordenada será possível alcançar a meta de eliminar a sífilis congênita e melhorar a saúde das gestantes e de seus bebês. Em suma, este estudo destaca a importância das ações de enfermagem na APS para o manejo da sífilis na gestação, ressaltando a necessidade de formação contínua, a implementação de protocolos específicos, o uso de novas tecnologias e uma abordagem multidisciplinar. Com esses elementos em prática, é possível alcançar um

controle mais eficaz da sífilis gestacional, melhorando significativamente os desfechos de saúde para as gestantes e seus bebês.

A conscientização e a educação das gestantes são pilares fundamentais para o sucesso das estratégias de prevenção e tratamento da sífilis. As ações educativas devem ser contínuas e abrangentes, abordando não apenas a gestante, mas também seus parceiros e a comunidade em geral. Isso ajuda a criar um ambiente de apoio e entendimento, crucial para a adesão ao tratamento e a prevenção da transmissão vertical.

Além disso, a implementação de políticas públicas que apoiem essas ações é imprescindível. Governos e gestores de saúde devem garantir que os enfermeiros tenham acesso a recursos e formação necessários para desempenhar seu papel de forma eficaz. Isso inclui a disponibilização de testes rápidos, medicamentos e materiais educativos, bem como a criação de um ambiente de trabalho que favoreça a cooperação entre diferentes profissionais de saúde.

Os avanços tecnológicos oferecem novas oportunidades para o manejo da sífilis na gestação. Ferramentas digitais podem ser utilizadas para monitorar a adesão ao tratamento, agendar consultas e enviar lembretes para gestantes e seus parceiros. Essas inovações podem melhorar a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, facilitando o acompanhamento contínuo e personalizado.

A pesquisa contínua é fundamental para o aprimoramento das práticas de enfermagem na APS. Estudos futuros devem explorar novas intervenções, avaliar a eficácia de tecnologias emergentes e identificar barreiras à adesão ao tratamento. Com uma base de evidências robusta, é possível desenvolver estratégias mais eficazes e sustentáveis para o controle da sífilis gestacional.

Finalmente, é essencial reconhecer que o sucesso das estratégias de controle da sífilis gestacional depende do esforço conjunto de todos os envolvidos. Enfermeiros, médicos, assistentes sociais, gestores de saúde, gestantes e suas comunidades devem trabalhar juntos para alcançar a meta de eliminar a sífilis.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. D.; DE ARAUJO FILHO, A. C. A.; DE ARAÚJO, A. K. L.; CARVALHO, M. L.; DA SILVA, M. G. P.; DE ARAÚJO, T. M. E. **Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. Revista Interdisciplinar**, v.8, n.1, p. 62-70, 2015.
- ALMEIDA, P. F.; FREITAS, C. H. **Abordagem multidisciplinar na prevenção da sífilis na gestação.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 279-287, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201710403>.
- ARANDIA, Jéssica Cardoso et al. **Sífilis na gestação e fatores que dificultam o tratamento na Atenção Primária:** revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, v. 23, n. 1, p. e11557-e11557, 2023.
- ARAÚJO, C. L. et al. **Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. doi: 10.1590/S0034-89102012000300010.
- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** Anais brasileiros de dermatologia, v. 81, p. 111-126, 2006.
- AZULAY, Rubem David. História da sífilis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 3-4, jan.-fev. 1988. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.com.br/sumario/265>. Acesso em: 16 de abril de 2024.
- BARBOSA, D. S.; LIMA, M. G. Desafios na implementação de políticas públicas para o controle da sífilis gestacional. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 45-53, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-8767202100030045>.
- BENITO, Lincoln Agudo Oliveira; DE SOUZA, Warlei Nunes. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.
- BOCCATO, V. R. C. **Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação.** Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006. Disponível em < A pesquisa bibliográfica Cadernos da Fucamp, v.20, n.43, p.64-83/2021 <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896> > Acesso em: 03 de março de 2024.
- BOCCATO, Vera Regina Casari. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo**, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.
- BRASIL, PCDT **Prevenção da Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites vírais**, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

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.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde. 2020.

COSTA, R. S.; NOGUEIRA, D. S. Capacitação dos enfermeiros na APS para o controle da sífilis gestacional. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2130-2136, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-8963.2016.v10.6.2130>.

Coutinho, M. S., Silva, A. R., & Almeida, P. F.* (2015). "A atuação do enfermeiro na prevenção da sífilis congênita." Revista Brasileira de Enfermagem, 68(3), 437-442. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680315i>

DAMASCENO, Alessandra BA et al. **Sífilis na gravidez.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 13, n. 3, 2014.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020:** sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, p. e2020597, 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis:** dados do estudo Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-12, jun. 2016. doi: 10.1590/0102-311X00082415.

DONALISIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. **Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré,** Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia e Serviço de Saúde, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165- 173, set. 2007. doi: 10.5123/S1679-49742007000300003.

ERRANTE, P. R. **Sífilis congênita e sífilis na gestação.** Unilus ensino e pesquisa, v. 13, n. 31, p. 120-126, 2016.

FEITOSA, J. DA S.; DA ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, p.286-97, Brasília, 2016.

FELICIANO, Eduarda Silva et al. **A sífilis na gestação e os cuidados no pré-natal**. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 1, p. 3370-3379, 2024.

FERNANDES, M. A.; BARBOSA, R. M. Desafios e estratégias no controle da sífilis congênita: a experiência de enfermeiros na APS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 223-232, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200007>.

FIGUEIREDO, M. S. N.; CAVALCANTE, E. G. R.; DE OLIVEIRA, C.J.; MONTEIRO, M. D. F. V.; DA SILVA, Q. G.; DE OLIVEIRA, D. R. **Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis**. Northeast Network Nursing Journal, v. 16, n. 3, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/32i9BHE>. Acesso em 30 de março de 2024.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et. al. **Sífilis e gestação**: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Niterói, v. 24, n. 1, p. 32-37, jan./mar., 2012. doi: 10.5533/2177-8264-201224109.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. **Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, abr./jun. 2015. doi: 10.1590/ S1519-38292015000200007.

FREITAS, C. H., & MENDES, I. A. C. **Intervenções de enfermagem na Atenção Primária para prevenção da sífilis na gestação**. Cadernos de Saúde Pública, 34(6), e00012318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012318>. .2018.

FREITAS, Francisca Lidiane Sampaio et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020**: sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, p. e2020616, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Sífilis: diagnóstico e tratamento na gestação**. Rio de Janeiro, 01 set. 2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atenção-mulher/sífilis-teste-rápido-e-tratamento-na-gestação/>>Acesso em 09 de março de 2024.

GOMES, A. C., & RODRIGUES, L. P. Prevenção e controle da sífilis na gestação: um estudo sobre a atuação dos enfermeiros. **Revista de Saúde Pública**, 50, 1-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005687>. 2016.

GOMES, Ordival. Cassiano. **História da medicina no Brasil do século XVI**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de História da Medicina, 1974.

GOMES, T. R.; OLIVEIRA, F. L. Abordagens educativas para a prevenção da sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 698-705, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000400010>.

GOMEZ, G. B. et. al. **Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy:** a systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, v. 91, n. 3, p. 217-226, mar. 2013. doi: 10.2471/BLT.12.107623.

HORA, Ana Paula Cerqueira da. **Desafios e condutas de enfermeiras (os) frente ao diagnóstico e tratamento da sífilis durante a gestação na unidade básica de saúde.** 2020.

HORTA, Heloisa Helena Lemos et al. **Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita.** Revista de APS, v. 20, n. 4, 2017.

LEAL, Thaylana Lysle Silva Lima et al. **Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no Maranhão.** Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 8, p. e2936-e2936, 2020.

LIMA, A. C.; SANTOS, J. P. **O impacto das tecnologias de informação no manejo da sífilis gestacional.** Jornal de Informática em Saúde, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 120-128, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2175-12332014000300002>.

LIMA, M. G., & VASCONCELOS, R. M. **Desafios na prevenção da sífilis congênita: um olhar sobre a prática dos enfermeiros.** Jornal de Pediatria, 98(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.09.003>. 2022.

LOPES, Hanna Helena; MANDUCA, Ana Virginia Gama. **Diagnóstico E Tratamento Da Sífilis Na Gestação.** Revista de Patologia do Tocantins, v. 5, n. 1, p. 58-61, 2018.

MACHADO, Isadora et al. **Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras?.** Saúde e Pesquisa, v. 11, n. 2, p. 249-255, 2018.

MACIEL, Débora Priscilla Araújo et al. **Mortalidade por sífilis congênita: revisão sistemática.** Revista multidisciplinar em Saúde, p. 106-116, 2023.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.** Comun. ciênc. saúde, p. [43-54], 2011.

MAGALHÃES. Daniela Mendes dos Santos. KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares. DIAS, Adriano. CALDERON, Iracema de Matos Paranhos. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. 2013.** D. M. S. Magalhães Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. SMHN Quadra 101 Área Especial Asa Norte, Brasília, DF 71000-000, Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBy9Yb4FTvjhvCDz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 de março de 2024.

MARASCHIN MS, et al. Sífilis materna e sífilis congênita notificados em um hospital de ensino. **Revista Nursing**, 2019; 22(257): 3209-3213.

MARQUES, Victória. **Aumento da sífilis no Brasil e a importância do teste rápido.** Rev Oswaldo Cruz, v. 6, p. 23, 2019.

MARTINS, E. F.; RODRIGUES, L. V. Eficiência das intervenções de enfermagem na prevenção da sífilis congênita. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 134-142, 2015. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.573>.

MARTINS, R. A., & OLIVEIRA, J. F. Educação em saúde para gestantes: uma estratégia para o controle da sífilis congênita. **Revista de Enfermagem da UFPE**, 13, e242108. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242108>. 2019

NOGUEIRA, A. L.; SANTOS, F. C. A importância do pré-natal no diagnóstico precoce da sífilis gestacional. **Revista de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 1, p. 67-75, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-37672022000100067>.

NOGUEIRA, T. M., & SOUZA, M. F. **Impacto das intervenções educativas na redução da sífilis congênita**. *Saúde e Sociedade*, 30, e210026. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210026>. 2021.

NUNES, Jacqueline Targino et al. **Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro**. Rev. enferm. UFPE on line, p. 4875-4884, 2017.

OLIVEIRA, J. A.; SILVA, R. C. **Intervenções de enfermagem para controle da sífilis gestacional: uma revisão integrativa**. Cadernos de Enfermagem, Porto Alegre, v. 19, n. 4, e184023, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692018000400023>.

OLIVEIRA, José Clovis Pereira de et al. **O questionário, o formulário e a entrevista como instrumentos de coleta de dados**: vantagens e desvantagens do seu uso na pesquisa de campo em ciências humanas. In: III Congresso Nacional de Educação. 2016. p. 1-13.

OLIVEIRA, S. R., & SANTOS, A. L. A importância da capacitação dos enfermeiros na prevenção da sífilis gestacional. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, 3(2), 127-135. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i2.437>. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Regional initiative for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: regional monitoring strategy**. Washington: PAHO, 2010.

PEREIRA, J. R.; ALMEIDA, D. S. **A importância da capacitação contínua dos enfermeiros no manejo da sífilis gestacional**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 573-582, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300010>.

PEREIRA, M. A., & ALMEIDA, M. I. Manejo da sífilis em gestantes na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, 23(1), 141-149. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100015>. 2013.

PIRES, Osmarina N; PIMENTEL, Zilma N. S; SANTOS, Marcos V. S; SANTOS, Wilkcy A. **Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no Centro de Saúde do Bairro Uruará-área verde**. 2007. Portal Regional da BVS Informação e Conhecimento para a Saúde. Disponível em: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/907/809>. Acesso em 25 de março de 2024.

QUEIROZ, A. M., & MELO, D. F. Tecnologias de informação e comunicação no controle da sífilis gestacional. **Revista de Informática em Saúde**, 12(2), 234-242. <https://doi.org/10.36468/jris.v12i2.203>. 2020.

RAMOS, Amanda Maués et al. **Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 1, p. e9541-e9541, 2022.

RIBEIRO, Bruna Vanessa Dantas et al. **Um século de sífilis no Brasil: deslocamentos e aproximações das campanhas de saúde de 1920 e 2018/2019**. Revista Brasileira de História da Mídia, v. 10, n. 1, 2021.

RODRIGUES, A. R. M. et al. **Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 10, n. 4. p. 1247-1255, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11110>

RODRIGUES, E. L., & FERNANDES, F. M. Abordagem multidisciplinar na prevenção da sífilis congênita. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 17(4), 783-790. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400009>. 2017.

RODRIGUES, V. M.; PEREIRA, A. F. O papel da APS no controle da sífilis congênita: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Saúde da Mulher**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 101-109, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300010101>.

SAMPAIO, R.S. MANCINI, M. C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica**. 2006. Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vk3syHhnSgY7VsB6jG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de março de 2024.

SARACENI, Valeria. **A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita**. 2 ed. São paulo: Atheneu 2005.

SILVA, Alice Maria. SOARES, Ana Flávia das Mercês Manduca. RIBEIRO, Victor Heleno Barros. **Perfil epidemiológico da sífilis no brasil entre os anos de 2011 e 2021**. Ciências da Saúde, Volume 27 - Edição 128/NOV 2023 / 26/11/2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/perfil-epidemiologico-da-sifilis-no-brasil-entre-os-anos-de-2011-e-2021/>. Acesso em: 23 de março de 2024.

SILVA, C. L.; SOUZA, M. F. Prevenção da sífilis congênita: o papel do enfermeiro na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 101-109, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100015>.

SILVA, José Adailton da et al. **Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo**. 2017.

SILVA, Luziane Brito Brito da; VIEIRA, Elisangela de Freitas, **Assistência do Enfermeiro no Tratamento da Sífilis**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento ano 03, Ed, 08, vol. 02, pp. 120-141, Agosto de 2018. ISSN:2448-0959

- SILVA, R. C., & COSTA, M. F. **Intervenções de enfermeiros na APS para controle da sífilis gestacional.** Cadernos de Enfermagem, 20(2), 101-108. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200006>. 2012.
- SILVA, Tereza Cristina Araújo et al. **Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.** Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 1, p. 174-182, 2015.
- SOUZA, Bárbara Capitanio. **Manifestações clínicas orais da sífilis.** Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, v. 22, n. 1, 2017.
- SOUZA, L. M.; CARVALHO, E. S. Inovações tecnológicas no manejo da sífilis gestacional na APS. **Revista de Tecnologias em Saúde**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 234-241, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/rtvhs.v13i1.234>.
- SOUZA, Luzia Antônia et al. **Ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita:** uma revisão bibliográfica. Revista de Iniciação Científica da Libertas, v. 8, n. 1, 2018.
- SOUZA, V. H., & MONTEIRO, D. S. Desafios e estratégias na prevenção da sífilis congênita: um estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, 45(3), 519-526. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000300010>. 2011.
- SUTO, Cleuma Sueli Santos et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.
- SZWARCWALD, C. L.; et. al. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: **desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Niterói, v. 19, n. 3/4, p. 128-133, nov. 2007.
- TEIXEIRA, E. M., & ALMEIDA, R. A. Inovações tecnológicas no manejo da sífilis gestacional. **Revista de Tecnologias em Saúde**, 16(1), e140109. <https://doi.org/10.1590/rtvhs.v16i1.140109>. 2023.
- TEIXEIRA, M. C.; SILVA, A. R. A eficácia das ações educativas na prevenção da sífilis congênita. **Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 215-223, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020000200215>.
- TORRES RG, et al. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2019; 41 (2): 90-96.
- VIEIRA, A. C., & SANTOS, J. A. Ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita na APS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63(6), 927-933. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600017>. 2010.
- WICHER, V; WICHER, K. **Pathogenesis of maternal fetal syphilis revisited.** Clinical Infectious Diseases. 2001; 33: 354-63.
- XAVIER, M. L., & BARRETO, M. L. Contribuições da APS para a redução da sífilis gestacional. **Revista de Saúde Coletiva**, 29(4), e290412. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290201900040012>. 2019.
- XIMENES, I. P. E. et al. **Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set., 2008.

YAMAMOTO, S. M., & PEREIRA, A. R. Efetividade das ações de prevenção da sífilis congênita na APS. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, 7(3), 218-224. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i3.217>. 2018.

ZANETTI, M. L., & SANTOS, E. G. Atenção integral à saúde da mulher: prevenindo a sífilis na gestação. **Revista Brasileira de Saúde da Mulher**, 12(1), 43-50. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200010043>. 2022.