



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FALHAS ENCONTRADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA RELACIONADAS À
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA.**

COSTA, IRAIDE APARECIDA CORDEIRO¹

BARRETO, ANDRÉ LUIZ LIMA²

RESUMO

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, bactéria causadora da sífilis, infecção sexualmente transmissível (IST) na gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária, podendo ser transmitida em qualquer estágio da infecção. O objetivo do estudo foi identificar os fatores relacionados ao número de casos encontrados na Estratégia Saúde da Família, com ênfase no papel da enfermagem prestada durante o pré-natal. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, para o qual se realizou revisão narrativa da literatura, as bases de dados consultadas para o embasamento teórico foram a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde BVMS, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Biblioteca Científica Eletrônica em Linha* (SCIELO) e Documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde. Tendo como seguintes descritores: sífilis congênita, atenção primária à saúde e pré-natal. A exploração dos dados possibilitou reflexões relevantes, em especial, no que diz respeito a assistência pré-natal. Foram identificadas condições que apontam a vulnerabilidade da mulher quanto a sífilis, evidenciando também a assistência pré-natal prestada de maneira inadequada, relacionando a dificuldade na quebra da cadeia de transmissão vertical da sífilis com fatores associados ao diagnóstico precoce e condutas em relação ao tratamento da doença.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Atenção primária à saúde. Assistência pré-natal.

¹ Graduanda de Enfermagem – iraidcosta55@gmail.com

² Prof. Esp. Vigilância Sanitária – Orientador – bioandreluiz@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, bactéria causadora da sífilis, infecção sexualmente transmissível (IST) na gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária, podendo ser transmitida em qualquer estágio da infecção (OMS, 2010).

Embora se tenha descoberto a Penicilina em 1940, se tenha diagnóstico e tratamento acessível na rede pública e seja de baixo custo, a transmissão vertical da sífilis ainda é considerada dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante a gestação, a que tem maior índice de prevalência (BRASIL, 2016). No mundo a sífilis congênita é responsável por 29% dos óbitos perinatais, 11% de óbitos neonatais e 26% de natimortos. No Brasil, sobre ISTs na população sexualmente ativa, surgem 937.000 novos casos de sífilis a cada ano, a prevalência em gestantes é de 2,6% o que corresponde a quase 50 mil gestantes com sífilis e 12 mil casos de sífilis congênita por ano (BRASIL, 2017).

A SC funciona como um indicador da qualidade da saúde da comunidade, uma vez que pode ser prevenida quando o acompanhamento gestacional e tratamento durante o pré-natal é realizado de forma adequada. Os resultados perinatais são motivados por causas que envolvem desde a um nível mais abrangente bem como, fatores sociais, econômicos e culturais, como determinantes relacionados às condições de vida e trabalho, como por exemplo, fator nutricional da mulher durante a gestação, o pré-natal e parto adequado, e em especial por determinantes relacionados às condições particulares, como genética, comorbidades, ISTs, dentre outros. Contudo, é de conhecimento que a assistência pré-natal adequada pode influenciar positivamente no controle desses fatores de riscos que implicam a gestação, além do mais, permite o rastreamento e tratamento apropriado de complicações, contribuindo para que os resultados perinatais e maternos sejam satisfatórios (DOMINGUES, 2012).

Como tentativa de controlar os indicadores da sífilis congênita e mudar o contexto epidemiológico do Brasil, o Ministério da saúde criou várias políticas públicas e estratégias, dentre as quais está inserido o Programa da Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal que eram registradas no Brasil. (BRASIL, 2006) Em parceria com o PHPN,

foi criado o software SISPRENATAL, que foi desenvolvido pelo Sistema de Informação do SUS (DataSUS) com o objetivo de acompanhar o ciclo gravídico puerperal e garantir uma assistência adequada, porém diante do problema da sífilis, este agravo passou a ter notificação compulsória em julho de 2005, regido pela portaria nº 33 GM/MS. Uma vez que a sífilis congênita já era caso de notificação compulsória desde 1986 (BRASIL, 2006).

Atualmente, o SUS também conta com a instituição Rede Cegonha, um dos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que faz parte das Redes de Atenção Básica (RAS) e que tem como finalidade reduzir a mortalidade materna e infantil, garantindo uma rede de cuidados à mulher e a criança, bem como assegurando um cuidado humanizado durante todo o período de gestação, parto, puerpério e atenção infantil em todos os níveis de serviços do SUS (BRASIL, 2011). Nesse sentido, o acompanhamento do pré-natal na atenção básica é o principal instrumento na prevenção, detecção precoce e tratamento da sífilis congênita (SUTO, et al, 2016).

Ademais, a atuação do enfermeiro é um diferencial no cuidado aos clientes e deve ser pautada no princípio da Integralidade do cuidado na atenção primária. Portanto, se fazendo necessário conhecer toda a dinâmica do trabalho que vai desde a identificação, diagnóstico, tratamento da sífilis, para que assim, possam ser desenvolvidas ações relacionadas a educação em saúde visando o bem-estar dos indivíduos envolvidos (VASCONCELOS et. al, 2016).

A escolha da temática prevenção da sífilis congênita se dá pelo fato de que, apesar de tantas possibilidades de intervir na transmissão da infecção da mãe para o feto durante a gravidez, ainda seja um problema de saúde pública no Brasil.

O objetivo do estudo foi identificar os fatores relacionados ao número de casos de sífilis congênita na ESF. Com ênfase no papel da enfermagem prestada durante o pré-natal. Logo, foram identificados as ações realizadas e os obstáculos enfrentados pela ESF na prevenção da sífilis congênita e analisada a assistência prestada pela enfermagem durante o pré-natal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA SÍFILIS

A Sífilis, infecção bacteriana sexualmente transmissível, causada pela *T. Pallidum*, pode evoluir em três estágios, tendo como característica lesões de pele e mucosas. Há duas maneiras de se adquirir a doença, de forma sexual e vertical existindo assim, as formas adquirida e congênita (OMS, 2011).

A principal forma de transmissão se dá pelo contato sexual, porém, também pode ocorrer por contato de lesões mucocutanêas ricas em treponemas, via transplacentária, transfusão de sangue contaminado e pela contaminação do canal do parto (BRASIL, 2016).

Na fase primária, as manifestações clínicas surgem após os 21 dias do contato sexual com o agente etiológico, o aparecimento do cancro duro, com erosão ou úlcera, na maioria das vezes indolor, com bordas endurecidas, são as principais características desse estágio (BRASIL, 2007).

Na fase secundária pode ter o aparecimento de pápulas cutâneas (sífilides papulosas) que se localizam nas superfícies palmo-plantares, adenopatias, alopecia e lesões de mucosa. Ressalta-se que, nesta fase, o perigo de contaminação é alto, uma vez que, duas semanas após o aparecimento desses sinais ocorre uma regressão sintomática, sendo interpretada de forma errônea como uma cura da doença (BRASIL, 2007). A falta de sinais e sintomas clínicos são as principais características da fase latente, sendo o diagnóstico feito exclusivamente a partir de testes sorológicos (BRASIL, 2007).

Os sintomas na fase tardia, surgem com variação após 3 a 12 anos, ou até mais tempo, desde o contágio. As lesões têm formação de granulomas destrutivos e ausência quase que total de treponemas. Ainda pode acometer os sistemas ósseo, cardiovascular e nervoso, além do fígado e músculos (BRASIL, 2007).

O diagnóstico da sífilis é realizado por meio de exames sorológicos. Os testes sorológicos se dividem em: testes não treponêmicos e treponêmicos. Os testes não treponêmicos são o *Teste Disease Research Laboratory* (VDRL) e o *Rapid Plasm Reagin* (RPR) e os testes treponêmicos são FTA-s, Teste de Micro-Hemaglutinação e Aglutinação Direta e o ELISA (MAGALHÃES et. al, 2011).

A sífilis pode ter tratamento ambulatorial ou hospitalar, vai depender do estado geral da gestante. É necessário o esquema medicamentoso e acompanhamento tanto

da gestante, como também do parceiro, o término farmacológico em até 30 dias antes do nascimento da criança e o teste VDRL diminuído ou negativo, entre quatro a oito vezes em até seis meses. É realizado de preferência com a penicilina benzatina, por ser capaz de atravessar a barreira transplacentária e tratar a mãe e o feto ao mesmo tempo, a dose padrão é de 2.400 UI, distribuídas nos dois glúteos, por via intramuscular (IM). Para gestantes alérgicas à Penicilina, impõe-se a dessensibilização, pois não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, na impossibilidade da dessensibilização durante a gestação, o tratamento deverá ser feito com Ceftriaxona, embora se considere inadequado (BRASIL, 2015).

Na temática da sífilis na gestante, a intenção evidente é redução da incidência até que se consiga a eliminação da sífilis congênita. A notificação compulsória das várias patologias, tem por objetivo, acumular informações suficientes para que se permita uma avaliação, onde sejam criadas estratégias para criação de intervenções e diminuição de suas consequências (JÚNIOR, 2016).

Para sífilis em gestantes, o processo de verificação acontece na Atenção Primária, visto que, esse é o cenário onde o diagnóstico da doença e a assistência pré-natal se desenvolvem. Logo, a atenção primária que se estende pela ESF, segundo o Ministério da saúde, é a etapa de ocorrência de notificação e investigação dos casos, de forma que o cuidado durante o pré-natal deve se consolidar com o propósito de agir para eficácia do tratamento e assim evitar novos casos de sífilis congênita. (BRASIL, 2012)

A sífilis na gestante tornou-se notificação compulsória em 2005, sendo a ficha de investigação liberada para digitação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 2007. E ao longo dos anos sua ficha de referência teve algumas alterações, com a finalidade de melhorar o rastreamento e acompanhamento no processo de eliminação onde o Ministério da saúde realizou acordos em congressos internacionais tendo como meta a erradicação da doença (BRASIL, 2011).

2.2 SÍFILIS CONGÊNITA

Surgindo até o 2º ano de vida da criança, a sífilis congênita precoce pode ser diagnosticada através de uma avaliação epidemiológica rigorosa da situação materna bem como uma avaliação clínica e laboratorial com estudos de imagem da criança. Porém, o fato de que, mais da metade das crianças não apresentam sintomas ao

nascer e nas crianças que apresentam os sinais e sintomas são discretos ou inespecíficos, o diagnóstico se torna uma etapa complexa. Ainda não há uma avaliação complementar que determine com clareza o diagnóstico da infecção na criança. Todavia, vale salientar que os critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais associados, devem ser usados para concluir o diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2007).

Dentre as manifestações, são predominantes a prematuridade e o baixo peso ao nascimento, lesões cutâneas, pseudoparalisia de membros, hepatomegalia, dificuldade respiratória com ou sem pneumonia, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada. Também pode ocorrer petéquias, púrpura, fissura peribucal, hidropsia, edema, síndrome nefrótica, convulsão e meningite (BRASIL, 2007).

A sífilis congênita tardia, acomete a criança após o 2º ano de vida. Assim como na sífilis congênita precoce, o diagnóstico é estabelecido pela associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Algumas das manifestações clínicas são: articulações de Clutton, nariz “em sela”, fronte “olímpica”, tibia em “lâmina de sabre”, dentes incisivos medianos superiores deformados, molares em “amora”, mandíbula curta, ceratite intersticial, arco palatino elevado, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2007).

O tratamento da sífilis congênita é feito com a penicilina benzatina G procaína ou cristalina, dependendo das alterações clínicas/imunológicas, radiológicas ou hematológicas, doses de 50.000 UI, são avaliadas também a situação clínica laboratorial da mãe. E considera-se dois momentos para o período de tratamento o período neonatal que é até os 28 dias de vida e o período pós-neonatal depois dos 28 dias, o tratamento pode durar até 20 dias (BRASIL, 2006).

2.3 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A SÍFILIS

A Atenção Primária se define por ser um conjunto de ações de saúde, tanto do indivíduo como da coletividade e abrange a prevenção de doenças, proteção e promoção a saúde, diagnóstico e tratamento, a reabilitação, a manutenção da saúde e redução de danos com o propósito de fortalecer uma atenção completa, repercutindo na situação de saúde da população. É mais próxima aos usuários e se desenvolve de

maneira descentralizada. O primeiro contato da população, preferencialmente, sendo a porta de entrada e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Segue os fundamentos da Universalidade, Acessibilidade do vínculo, da Continuidade do cuidado, da Responsabilização da humanização, da Integralidade da atenção, da Equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família segundo o artigo 4º da portaria N° 2.436 de 21 de setembro de 2017 é vista pela PNAB como prioridade para ampliar e solidificar a Atenção Básica. A ESF foi instituída pelo SUS com a finalidade de reformular o sistema público da atenção primária, em especial, para a população mais pobre, entretanto, sem deixar de ser universal (BRASIL, 2017). Atuante na efetivação de ações voltadas para o processo saúde-doença da coletividade, de forma a estabelecer a relação mútua entre o usuário e o profissional de saúde, considerada central no nível de assistência (BRASIL, 2006).

No ano de 2000, tendo como objetivo melhorar os parâmetros relacionados as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o governo federal instaurou no Brasil através da portaria N° 569/2000 GM/MS o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Aderindo a critérios que certificavam o melhor alcance da cobertura e da qualificação do acompanhamento pré-natal, da assistência no parto, puerpério e cuidado ao neonato, aprimorar as ações já realizadas pelo Ministério da Saúde no âmbito de atenção a gestante. Além de o incremento do custeio de procedimentos específicos, investimentos das redes estaduais na assistência à gestação de alto risco e também o financiamento de cursos de especialização em Enfermagem obstétrica, o Projeto de capacitação de parteiras tradicionais e suporte as unidades hospitalares participantes destas redes (BRASIL, 2007).

O SISPRENATAL é um software formulado pelo Ministério da saúde para supervisão efetiva a gestantes incluídas no PHPN, para dar suporte a profissionais da saúde e gestores que trabalham com o sistema para obter dados das gestantes do SUS. É um banco de acompanhamento e avaliação da assistência ao pré-natal e ao puerpério, onde as informações são coletadas desde a primeira consulta até o atendimento hospitalar de alto risco de cada gestante e recém-nascido (BRASIL, 2017).

Em 2007, foi lançado pelo Ministério da saúde, o Plano para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis no Brasil, tendo como proposta, sobretudo, melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança, durante a gestação

e o puerpério. A efetivação das ações e metas propostas está associada ao acentuado comprometimento das três esferas de governo, por intermédio da atuação de gestores, profissionais da saúde e da sociedade civil. Dentre as bases do Pacto pela saúde, existe o Pacto pela vida, que tem como uma das prioridades básicas reduzir a mortalidade materna e infantil, um dos elementos para realização dessa prioridade é diminuir as taxas de transmissão vertical (TV) da sífilis e do HIV (BRASIL, 2016).

Adotar um protocolo mínimo de medidas a serem desenvolvidas durante a atenção na gestação que direcionasse uma sequência de atendimento próprio, foi uma atitude sem antecedentes na saúde pública do Brasil. Contudo, vários estudos demonstram que esse conteúdo mínimo não está sendo cumprido de maneira adequada para a grande maioria das gestantes, em muitos lugares do país (BRASIL, 2012).

Em 2011 o governo federal por meio da portaria N° 1.459 GM/MS de 24 de junho de 2011 vem executando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN e dessa forma, sua finalidade é a implantação de um novo modelo de atenção à saúde reprodutiva da mulher, assistência humanizada na gravidez e do nascimento da criança até os primeiros dois anos de vida, reorganizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que a mesma garanta acesso, acolhimento e resolutividade, limitando a mortalidade infantil e materna com destaque no componente neonatal (BRASIL, 2011).

O pré-natal é o processo de assistência prestado pela enfermagem ou profissional médico, a mulher grávida. Nesse contexto, o objetivo principal da atenção básica é de garantir a melhor atenção pré-natal e puerperal, acolhendo a mulher desde o início da gravidez, certificando, ao final da gestação, o nascimento saudável de uma criança e assegurando o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2012).

Ter segurança do atendimento e estabelecer vínculo com a gestante é imprescindível para a humanização, pois favorece à adesão das gestantes quanto a assiduidade às consultas. Outro fator fundamental é a adesão do parceiro de imediato ao tratamento, simultaneamente ao tratamento da mulher, o que evita caos de reinfecção. O parceiro que não tiver mais relacionamento com as mulheres em tratamento de sífilis ou que não possuam vínculo, também devem ser tratados e notificados, mesmo se não concordarem com o tratamento simultaneamente (BAGATINI, 2014).

Realizar a notificação da sífilis em grávidas deve ser feita de maneira exclusiva pelos serviços de saúde, como forma de garantia do controle epidemiológico e é obrigatório. Dessa forma, quanto mais casos forem rastreados, notificados e tratados em gestantes, maiores são as chances de reduzir os índices da sífilis congênita. Quando a notificação da sífilis não for realizada durante o pré-natal ou quando não tiver sido feito o acompanhamento pré-natal, de maneira compulsória o hospital ou maternidade por ocasião do parto notificam como sífilis adquirida (SANTOS, 2014).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, para o qual se realizou revisão narrativa da literatura, adotou-se a revisão narrativa, uma vez que contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando assim, a compreensão de determinado tema a partir de outros estudos independentes, tendo como objetivo, reunir conhecimento sobre os fatores relacionados ao número de casos de sífilis congênita na ESF da ESF e verificar a assistência prestada pela enfermagem durante o pré-natal.

As bases de dados consultadas para o embasamento teórico foram a Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde BVMS, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Biblioteca Científica Eletrônica em Linha* (SCIELO) e Documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde. Tendo como seguintes descritores: sífilis congênita, atenção primária à saúde e pré-natal. Os critérios de inclusão deveriam atender os seguintes pressupostos: as publicações deveriam ter sido escritas no idioma português, no período de 2007 à 2017, possuir texto completo *on line* e tratar da temática do assunto.

No primeiro momento foi usado apenas o descritor: “sífilis congênita” onde foram encontrados 2.737 estudos sobre a temática, em seguida, foi adicionado o operador booleano “e”, assim descritos: “Sífilis Congênita” e “Atenção Primária à Saúde” e “Assistência Pré-natal”. Dentre os descritores que foram utilizados, foram selecionados 30 estudos que atendiam aos critérios de inclusão. Após leitura de todos os resumos, foram selecionadas 16 obras para coleta de resultados, as quais atendiam aos propósitos da pesquisa. Na etapa seguinte, foram levantados os textos completos dos artigos, os quais foram sujeitos à longa leitura para compreensão e análise do seu conteúdo e estudo narrativo de resultados.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão narrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática e rastreamento da sífilis congênita na rotina do dia-a-dia dos profissionais da ESF.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 de resultados:

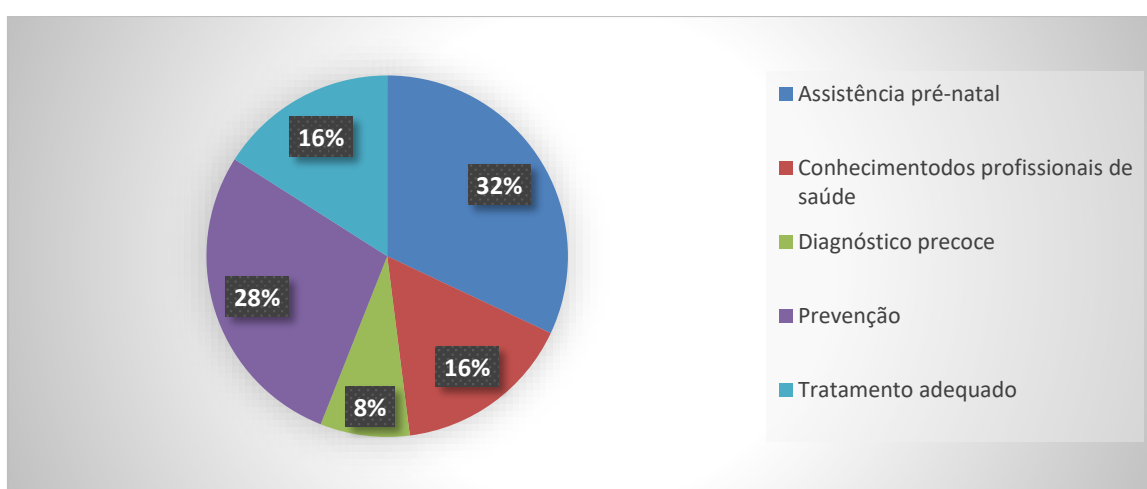
Artigo	Ano	Título	Resultado
1 PRIMO; SILVA e RICHÁ,	2007	Sífilis Congênita: perfil epidemiológico de um município de Espírito Santo, Brasil.	O estudo possibilitou conhecer e avaliar de forma indireta a qualidade da assistência pré-natal do município de Serra.
2 ZAMPIER	2008	Abordagem da DST: consulta de enfermagem em pré-natal estratégia Saúde da família Juiz de Fora.	Evidenciou a necessidade de conhecimento dos profissionais no que se refere à educação permanente, especialmente com relação DST.
3 ARAÚJO et. al.	2008	Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente.	As informações disponíveis nos prontuários referentes ao acompanhamento pré-natal de gestantes com VDRL reagente são precárias, prejudicando o controle da sífilis.
4 SARACENI; MIRANDA	2011	Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da família e o diagnóstico de sífilis na gestação e SC.	Aliar o diagnóstico com o tratamento adequado da sífilis na gestante e no parceiro é primordial para eliminação da SC no Brasil.
5 COSTA	2012	Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação.	Ações adequadas baseadas no conhecimento técnico científico pode interferir diretamente no controle da SC.
6 DOMINGUES et. al.	2013	Sífilis Congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.	Estratégias inovadoras, que incorporem melhorias na rede de apoio diagnóstico manejo clínico da doença e tratamento simultâneo dos parceiros são

			necessárias para enfrentamento da Sífilis na gestação.
7 BAGATINI	2014	Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica no Rio Grande do Sul.	Discutir o processo de trabalho das equipes que atuam na atenção básica permite que barreiras sejam rompidas e conexões sejam feitas.
8 SILVA; ARAÚJO e SILVA	2014	Conhecimentos dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza.	A necessidade do diagnóstico em tempo hábil, tratamento adequado da gestante e conhecimento dos profissionais da ESF precisam ser reforçadas por meio de capacitações.
9 SOUSA et. al.	2014	Sífilis Congênita: reflexões sobre um agravamento sem controle na saúde mãe e filho.	Destacou-se a participação dos profissionais da saúde no direcionamento as ações respaldadas no conhecimento técnico científico para controle da doença.
10 NONATO; MELO e; GUIMARÃES	2015	Sífilis na gestação e fatores associados a sífilis congênita em Belo Horizonte, 2010-2016.	A incidência da SC sugere falhas na assistência pré-natal e indica necessário novas estratégias para reduzir a transmissão vertical da doença.
11 SILVA et. al.	2015	Prevenção da Sífilis Congênita pelo enfermeiro Estratégia Saúde da família.	É necessário que haja um enfoque maior dos enfermeiros quanto a prevenção da SC.
12 REZENDE; BARBOSA	2015	A Sífilis Congênita como um indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás.	Implementação do planejamento familiar, o aprimoramento da assistência pré-natal, vigilância em saúde e estruturação da educação permanente de saúde são medidas efetivas para eliminação da SC.
13 SUTO et. al.	2016	Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis.	É notória a necessidade de capacitação dos profissionais, ampliação da oferta de consultas, exames e notificação da sífilis na assistência pré-natal.
14 VASCONCELHO S et. al.	2016	Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal.	O aconselhamento a qualificação profissional e a construção do vínculo estabelecido com o usuário facilita o acesso ao serviço, a adesão ao tratamento e tratamento adequado.
15 FREIRE JR.	2016	Rastreamento da sífilis no pré-natal: oportunidades perdidas em uma	Apesar da elevada cobertura da atenção pré-natal, persiste em uma busca efetividade das ações de prevenção.

		maternidade pública na cidade do Recife, Brasil.	
16 BONI; PAGLIARI	2017	Incidência da sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná.	Aponta-se algumas fragilidades da assistência e prevenção da sífilis, os profissionais devem participar ativamente na realização de ações preventivas.

Fonte: dados da pesquisa

Gráfico 1 – Resultados convergentes entre si.



Fonte: dado pesquisa.

Analisando o gráfico dos resultados, é possível analisar entre os estudos semelhanças divididas em cinco categorias.

No que aplica a respeito da prevenção, os autores SOUSA et al (2014), NONATO; MELO e GUIMARÃES (2015), SILVA et al (2015), REZENDE; BARBOSA (2015), FREIRE JR. (2016), BONI; PAGLIARI (2017) concordam que a prevenção é a melhor tática para reduzir os indicadores da sífilis no Brasil, se fazendo necessário a criação de estratégias voltadas para o âmbito da educação em saúde, principalmente relacionadas a ISTs. A participação dos profissionais também é extremamente importante devendo ser respaldadas no conhecimento técnico científico.

Os dados presentes na pesquisa de BONI; PAGLIARI (2017) relacionados as fichas de notificação do pré-natal demonstraram escassez no preenchimento, pois as informações são omissas quanto o início e número de consultas, não há relatos referentes a fase do diagnóstico, não há informações fidedignas sobre o tratamento materno depois da positividade dos exames e em algumas fichas não haviam

anotações sobre resultados de outros exames. Ainda, haviam campos para resposta ignorados em muitas fichas. Entende-se que quanto mais detalhadas são as fichas de notificação, mais preciso será o levantamento da realidade das usuárias da ESF, possibilitando assim, criação de estratégias para prevenção da doença aliadas à real situação da comunidade.

No pré-natal, o primeiro momento de abordagem da gestante é indispensável implementar condutas relacionadas a transmissão vertical da sífilis, ofertando o teste rápido, mediante o acolhimento. É nessa fase que se evidencia a importância do diagnóstico precoce e acontecem esclarecimentos às grávidas ao que diz respeito às precauções para o conceito e para elas mesmas (BAGATINI, 2014)

Segundo SARACENI; MIRANDA (2011) a ESF funciona como o principal espaço para se diagnosticar a sífilis na gestante, em virtude de se tratar da porta de entrada para a rede de cuidados, visto que pode realizar a notificação do agravo. Ressalta também a participação dos agentes de vigilância em saúde e agentes comunitários de saúde nas reuniões da ESF se tornando um diferencial para melhorar a identificação de casos de notificação compulsória, aumentando assim a cobertura da vigilância em saúde da ESF.

De encontro com SARACENI; MIRANDA (2011), DOMINGUES et. al, (2013) reforça que o diagnóstico precoce funciona como uma das estratégias para prevenir a sífilis congênita, tendo em vista que no seu estudo foi possível evidenciar que a maior prevalência da sífilis foi nas gestantes que iniciaram o pré-natal tardiamente e a quantidade de consultas também foi insuficiente. Ressaltando ainda as questões étnicas, educacionais, genéticas e socioeconômicas como fatores associados à ocorrência da infecção.

No estudo de REZENDE; BARBOSA (2015) constata-se que o tratamento inadequado contribuiu para a proporção significativa do aumento da transmissão vertical da doença e, conseqüentemente, favorece para a incidência da SC, levando em consideração todos os casos de gestantes não tratadas, inadequadamente tratadas ou com parceiros que não realizam o tratamento constitui um novo caso de SC.

VASCONCELHOS et. al. (2016) mostra que a falta de adesão do parceiro também dificulta o manejo da sífilis, dessa forma, cabe aos profissionais criarem métodos para se obter êxito no tratamento. Há várias maneiras de planejar e executar ações que envolvem a união do casal na adesão ao tratamento das ISTs. As ações

de educação em saúde, com uso de materiais educativos, têm impacto positivo na compreensão sobre a doença, melhorando o entendimento, o que pode acarretar mudanças de comportamento.

SOUSA et. al, (2014) ressalta achados preocupantes, devido ao não tratamento do parceiro, pois mesmo que a gestante seja tratada, ela é exposta novamente ao treponema, assim a sequência de transmissão da cadeia não é interrompida e corrobora para os índices de incidência do contágio vertical. Realizar a busca ativa do parceiro para adesão ao tratamento é papel do enfermeiro, também sendo importante lembrar sobre as complicações que o não tratamento pode acarretar, sendo reforçadas sempre nas consultas do pré-natal.

Há uma concordância dos autores dos estudos PRIMO, SILVA e RICHA (2007), BAGATINI (2007), SILVA; ARAÚJO e SILVA (2014), SOUSA et. al. (2014), REZENDE; BARBOSA (2015), SUTO et. al. (2016), VASCONCELHOS et. al. (2016), e BONI; PAGLIARI (2017) em relação à assistência pré-natal ser a principal maneira de prevenir a sífilis congênita. A participação dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, tem papel primordial nesse momento, visto que, é o enfermeiro o profissional mais próximo das gestantes, sendo ele o responsável pela primeira consulta de pré-natal, onde são realizados os testes rápidos, o levantamento de dados sociais da mulher, sendo possível coletar informações sobre a vida sexual e histórico de doenças.

PRIMO, SILVA e RICHA (2007) evidencia em seu estudo que mais da metade das gestantes aproximadamente 53,6% teve o VDRL positivo na gestação, porém, ainda assim aconteceu a transmissão vertical da bactéria. Questionando a qualidade da assistência pré-natal as mulheres, uma vez que o Ministério da Saúde disponibiliza um protocolo de SC, onde explica detalhadamente sobre diagnóstico e tratamento que deveria ser seguido por todos os profissionais.

A assistência pré-natal exige que os profissionais tenham atenção especial aos registros nos prontuários e no cartão da gestante. A finalidade dos registros é possibilitar o acompanhamento organizado da gestante e auxiliar a atuação dos diferentes profissionais envolvidos no atendimento (ARAÚJO et. al, 2008).

No que se refere à assistência pré-natal, para NONATO; MELO e GUIMARÃES (2015) é indispensável estabelecer novas estratégias com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis, como por exemplo, a capacitação continuada dos profissionais, via discussão dos casos, fortalecimento da vigilância epidemiológica

e abordagens integradas de prevenção da sífilis congênita, dando mais visibilidade à mesma.

Ressaltando os autores ZAMPIER (2008), ARAÚJO et. al. (2008), COSTA (2012), BAGATINI (2007) e SILVA; ARAÚJO e SILVA (2014) que no âmbito dos conhecimentos dos profissionais de saúde, concluem, que é notório melhorar a capacitação dos profissionais, visto que, muitas vezes as informações fornecidas no cartão da gestante, nos prontuários e nos sistemas de informação são precárias, dificultando uma conduta adequada dos outros profissionais que atuam no momento do parto e no nascimento da criança. E também sobre como se conduz o manejo da sífilis nos aspectos gerais como, prevenção, diagnóstico e tratamento.

O controle da SC requer, contudo, maior dedicação dos profissionais que atuam na atenção primária, uma vez que o acompanhamento pré-natal ocorre nessa esfera de assistência a oportunidade única para solicitação do VDRL e os cuidados iniciais relacionados a transmissão vertical da sífilis. (SILVA et. al, 2014)

Segundo SILVA et.al, (2011) no estudo realizado nas Unidades de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará com 269 profissionais pesquisados demonstraram desconhecimento com relação ao diagnóstico, tratamento e assistência à gestante com sífilis. Desses profissionais 75,8% responderam corretamente sobre a solicitação do VDRL no primeiro e terceiro trimestre e de gestação e 30,5% consideraram o VDRL, e o RPR consideravam os testes não treponêmicos. Quanto a solicitação do VDRL para monitorar a recuperação da paciente deveria ser mensal 55,1% e VDRL 49,4% tratariam de forma imediata o parceiro sem o resultado.

Em seu estudo ZAMPIER (2008) conclui que é crucial fortalecer a articulação mais eficaz entre assistência e conhecimento, sendo primordial a não hierarquização de poder e de saber, com o propósito de propagar a integração em benefício das mudanças do modelo assistencial de saúde e promover mudanças na visão das ISTs no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou e discutiu publicações científicas, referentes à sífilis congênita, a cobertura da ESF e a enfermagem, entre os anos de 2007 e 2017. Concluiu-se que o período de maior prevalência de estudos foram de 2014 e 2016. E a óptica dos estudos em sua maioria são voltadas para a infecção, diagnóstico precoce, tratamento adequado, conhecimentos dos profissionais e assistência pré-natal.

A exploração dos dados possibilitou reflexões relevantes, em especial, no que diz respeito a assistência pré-natal. Foram identificadas condições que apontam a vulnerabilidade da mulher quanto a sífilis, evidenciando também a assistência pré-natal prestada de maneira inadequada, relacionando a dificuldade na quebra da cadeia de transmissão vertical da sífilis com fatores associados ao diagnóstico precoce e condutas em relação ao tratamento da doença.

A sífilis na gestação e a sífilis congênita alcançaram valores inversos dos propostos pelo Ministério da Saúde e continuam sendo um problema de saúde pública no Brasil no que se atribui a prevenção e controle da mesma.

Diante dessas informações é imprescindível que o profissional da enfermagem que atua na ESF esteja apto para atuar de maneira diferenciada no cuidado à saúde sexual e assistência pré-natal. Garantindo uma conduta pautada no conhecimento científico e ético para com os seus usuários.

ABSTRACT

FAILURES FOUND IN PRIMARY ATTENTION RELATED TO NURSING ASSISTANCE IN THE PREVENTION OF CONGENITAL SYPHILIS.

Congenital syphilis is the result of the hematogenous dissemination of *Treponema pallidum*, a bacterium that causes syphilis, a sexually transmitted infection (STI) in the untreated or inadequately treated pregnant woman, transplacentally, and can be transmitted at any stage of the infection. The objective of the study was to identify factors related to the number of cases found in the Family Health Strategy, with emphasis on the role of nursing provided during prenatal care. It is a qualitative study, for which a narrative review of the literature was carried out, the databases consulted for the theoretical basis were the Virtual Library of the Ministry of Health BVMS, Latin

American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Official documents produced by the Ministry of Health. Congenital syphilis, primary health care and prenatal care are as follows. The exploration of the data made possible relevant reflections, especially regarding prenatal care. Conditions were identified that point out the vulnerability of women to syphilis, also evidencing inadequately provided prenatal care, linking the difficulty in breaking the vertical syphilis transmission chain with factors associated with early diagnosis and behaviors in relation to treatment of syphilis disease.

Key words: Congenital syphilis. Primary health care. Prenatal care.

REFERÊNCIAS

ALVES da Silva, Denise Maia et. al. **CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS EM FORTALEZA.** Texto & Contexto Enfermagem, vol. 23, núm. 2, abril-junho, 2014, pp. 278-285 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. **ANÁLISE DA QUALIDADE DOS REGISTROS NOS PRONTUÁRIOS DE GESTANTES COM EXAME DE VDRL REAGENTE.** Fortaleza, v. 11, n. 1, p.4-9, jan./mar. 2008.

BAGATINI, Carmen Luisa Teixeira. **Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básicas no Rio Grande do Sul.** (Especialização) - Curso de Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BONI, Sara Macente; PAGLIARI, Priscila Bertoncello. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 3, n. 9, p.517-524, 2016. Anual. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5530>>.

Acessado em: 20 abril de 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Conselho nacional de secretários de saúde. BRASÍLIA: 2009. [Citado em 2017 setembro 22]. Disponível em: <www.conass.org.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde. BRASÍLIA, 2017, [acessado em setembro de 2017]. Disponível: em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico>>. Acessado em 13 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. – BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita:** Manual de bolso/Ministério da Saúde, Secretária de vigilância em saúde, Programa nacional de DST/AIDS- 2 Ed - BRASÍLIA: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Programa de Humanização e parto: **Humanização no pré-natal e nascimento.** BRASÍLIA-DF: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde (OMS). Ministério da Saúde. BRASÍLIA: 2016. [Acessado 28 de setembro de 2017]. Disponível em <www.saude.mg.gov.br>.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde (OMS). Ministério da Saúde. BRASÍLIA: 2011. [Acessado 25 de setembro de 2017]. Disponível em: <<http://www.saude.oms.gov.br/sifilis>>

BRASIL. Organização Mundial de Saúde (OMS). Ministério da Saúde. BRASÍLIA: 2011. [Acessado 25 de setembro de 2017]. Disponível em: <<http://www.saude.oms.gov.br/sifilis>>

COSTA, Camila Chaves da. **Conhecimento, atitude e pratica dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação.** 2012. 102 f. Tese (MESTRADO)- Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 1, p.147-157, fev. 2013. UNIFESP (SCIELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102013000100019>> Acessado em 15 de março de 2018.

FREIRE JÚNIOR, Manoel Bastos. **Rastreamento da sífilis no pré-natal:** oportunidades perdidas em uma maternidade pública na cidade do Recife, Brasil *DST j. bras. doenças sex. transm.*; 28(4): 120-125, 20161220.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto ; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte -MG 2010 à 2013.**

PRIMO, Candida Canicali; SILVA, Bruna Maria; RICHA, Bruna Ferrari Campos. **Sífilis congênita: perfil epidemiológico de um município do Espírito Santo.** 2007. 6 f. - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2007.

REZENDE, Ellen Márcia Alves; BARBOSA, Nelson Bezerra. **A Sífilis Congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás.** 2015. 12 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2015;

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. **Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.3, pp.490-496. < ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>.> Acessado em 15 de maio de 2018.

SAÚDE. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis SÍFILIS CONGÊNITA:** Manual de bolso/Ministério da Saúde, Secretária de vigilância em saúde, Programa nacional de DST/AIDS- 2 Ed - BRASÍLIA: Ministério da saúde, 2006.

SÍFILIS: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2007. 100 p.

SILVA, Tereza Cristina Araújo da et al. Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, Amapá, v. 1, n. 8, p.174-182, jan. 2015. Mensal

SOUSA, Deise Maria do Nascimento et al. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. **Enfermagem**, Pernambuco, v. 1, n. 8, p.160-165, jan. 2014.

SUTO, Cleuma Sueli Santos et al (Comp.). Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Bahia, p.18-33, Ago/Dez 2016.

VASCONCELOS, Maristela Ines Osawa et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, São Paulo, n. 29, p.134-140, abr. 2016.

ZAMPIER, Vanderléia Soéli de Barros. **Abordagem das DST: Consulta de Enfermagem em Pré-Natal Estratégia Saúde da Família Juiz de Fora / Rio de Janeiro**, 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.