

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ (FACENE/RN)

ELIANE MARIA DA SILVA LIRA

**INDICADORES DE SÍFILIS CONGÊNITA NA ATUALIDADE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

MOSSORÓ/RN

2020

ELIANE MARIA DA SILVA LIRA

**INDICADORES DE SÍFILIS CONGÊNITA NA ATUALIDADE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a: Dra. Fabíola Chaves Fontoura

MOSSORÓ/RN

2020

L768i Lira, Eliane Maria da Silva.

Indicadores de sífilis congênita na atualidade: uma revisão integrativa / Eliane Maria da Silva Lira. – Mossoró, 2020.
40f.

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola Chaves Fontoura.
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Gestante. 2. Sífilis congênita. 3. Recém-nascido. I.
Fontoura, Fabíola Chaves. II. Título.

CDU 616.972-055.26

ELIANE MARIA DA SILVA LIRA

INDICADORES DE SÍFILIS CONGÊNITA NA ATUALIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 16/06/2020

BANCA EXAMINADORA

Fabiola Chaves Fontoura

Prof.^a: Dra. Fabíola Chaves Fontoura (FACENE/RN)
(Orientadora)

Giselle dos Santos Costa Oliveira

Prof.^a: Ma. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)
(Membro)

Kalina Fernandes Freire

Prof.^a: Ma. Kalina Fernandes Freire (FACENE/RN)
(Membro)

AGRADECIMENTOS

É chegado ao fim um ciclo de muitas risadas, choro, felicidade e frustrações. Sendo assim, dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, que meu deu saúde e forças para superar todos os momentos difíceis a que eu me deparei ao longo da minha graduação.

Aos meus pais Francisco e Luzia, por serem essenciais na minha vida, por me aconselhar, fazer todo possível para que eu pudesse concluir o curso, e ao meu esposo Samuel e meus irmãos Elizangela e Everton que nunca deixaram desistir e compartilhar todas as loucuras, e toda minha família e amigos por me incentivarem a ser uma pessoa melhor e não desistir dos meus sonhos.

A minha professora e orientadora Dr^a Enf^a Fabiola Fontoura, por ter acreditado na possibilidade da realização deste trabalho, por sua ajuda, paciência e dedicação e por ter dedicado seu tempo me ajudando nesta realização e sugestões que foram preciosas para a concretização desta monografia.

Por fim quero agradecer a minha turma de enfermagem 2020.1, que compartilhei bons momentos e outros nem tantos, porem permanecemos unidos e passamos por muitas coisas juntos, mais sempre ajudando uns aos outros, não é a turma perfeita mais acabou virando minha segunda família, e que sempre vai ter um lugar reservado no coração.

RESUMO

A sífilis congênita é uma doença sexualmente transmissível, o resultado da disseminação do *treponema pallidum* da gestante não tratada, podendo ser classificadas em duas, a sífilis congênita precoce, até o segundo ano de vida e a tardia que é após o 2º ano de vida. A transmissão ocorre de forma vertical de mãe para filho, sendo um assunto de muita discussão no Brasil e no mundo, por ser uma doença prevenível e de fácil tratamento. Dessa forma, o estudo objetivou identificar as evidências científicas sobre os indicadores de sífilis congênita em recém-nascidos na atualidade. Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura utilizando as bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde, Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciência e Saúde e na biblioteca Scientific Electronic Library Online, feita por meio da busca avançada, com os descritores gestante, sífilis congênita e recém-nascido, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: artigo original, ter o resumo completo na base de dados e no idioma português, e publicado nos últimos 10 anos, sendo excluídos artigos publicados a mais de 10 anos, em outros idiomas e revista ou relato de experiência. Surgiram 79 publicações, que após traçar os critérios de elegibilidade da pesquisa findaram em 7 artigos. Foram selecionados 7 artigos onde estão apresentados em quadros contendo suas especificações, quanto aos títulos dos artigos, a maioria continha as palavras chaves selecionadas encontrando-se: Sífilis congênita; Gestante; Recém-nascido. Quanto aos objetivos propostos pelos autores, analisando de modo geral conforme exposto no quadro 1, dos sete artigos encontrados, 6 demonstravam abertamente, que se tratavam de “sífilis na gestação”. Dentre os 7 periódicos selecionados, 4 eram da área de enfermagem. De um modo geral, os artigos falavam sobre o aumento de casos de sífilis, apesar de ser um assunto bastante discutido e embora seja uma patologia onde têm-se políticas públicas voltadas para tal. Os artigos falam que os acompanhamentos não estão sendo eficazes para o combate à doença, pois quando a gestante é tratada, o seu parceiro não está fazendo o tratamento, ou os profissionais da saúde não orientam adequadamente sobre a sífilis ou o seu tratamento adequado. O estudo mostra os aspectos sociodemográfico em que essas gestantes se encontram, a maioria de baixa escolaridade e renda, que engloba em vários fatores de doenças, como prevenção ou tratamento, vale salientar que essas pessoas também têm pouco ou nem um acesso aos serviços de saúde, onde não tem orientação ou fontes de conhecimento para orienta-las. Ao comparar as incidências de sífilis na gestação e SC, tem observado um aumento expressivo, apesar da baixa qualidade de registros. Apesar das políticas e programas, percebeu-se também uma falha na assistência ao pré-natal, que é na melhoria na qualidade do serviço prestado, vale salientar que o enfermeiro tem um papel fundamental para o combate a SC, através do pré-natal de qualidade.

Descritores: Gestante. Sífilis congênita. Recém-nascido.

LISTRA DE QUADOS

QUADRO 1 – Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados BVS, LILACS e SciELO.....	24
QUADRO 2 – Principais desfechos das publicações das bases de dados LILACS, BVS e SciELO.....	26

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 - Fluxograma utilizado na seleção dos artigos	23
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	JUSTIFICATIVA.....	11
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO.....	12
1.3	HIPÓTESE.....	12
1.4	OBJETIVO.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1	EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADA A SAÚDE DA MULHER.....	13
2.2	EVOLUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À CRIANÇA.....	15
2.3	SÍFILIS CONGÊNITA NA INFÂNCIA.....	17
2.4	A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NOS ASPECTOS VOLTADOS A SÍFILIS CONGÊNITA.....	18
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	21
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	21
3.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4	RESULTADOS	24
5	DISCUSSÃO.....	29
6	CONCLUSÃO.....	33
	APÊNDICE.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

As doenças infecciosas são doenças causadas por microrganismos que podem ser vírus, bactérias, protozoários ou fungos, que podem estar presentes no organismo sem causar nenhum dano ao organismo. Entretanto, quando há alteração no sistema imune e outra condição clínica, esses microrganismos podem proliferar causando a doença (BRASIL, 2005).

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) constituem um sério problema de saúde pública que ocasiona danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, de maneira especial mulheres e crianças (VALDERRAMA, 2003 apud MAGALHÃES, 2013).

A sífilis congênita (SC), é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* (*T.pallidum*) da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto por via transplacentária. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical da bactéria são: o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A SC é uma doença de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986 (BRASIL, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis é uma das ISTs mais comuns globalmente, e a SC é a segunda principal causa de mortes fetais evitáveis do mundo, perdendo apenas para malária. Apesar da redução no número de casos no intervalo de 2012 a 2016, o número de gestantes e bebês acometidos pelo *T.pallidum* ainda é muito alto (OPAS, 2019). Das diversas doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de transmissão (MESQUITA, et al, 2012).

Atualmente, os recém-nascidos ainda são acometidos pela SC. Dados do Datasus (2019) apresentou o registro de 23.935 casos notificados no ano de 2018 no Brasil, sendo 2.038 na região Norte, 7.030 no Nordeste, sudeste com 10.175, sul com 3.311 e Centro-oeste com 1.381. Com o aumento dos números de casos de SC

notificados, mesmo sabendo que tem uma deficiência no sistema de notificação, tem-se demonstrado a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas para o controle e educação em saúde para a população. Trata-se de uma doença totalmente evitável, desde que seja feito o diagnóstico precoce e instituído tratamento adequado para a gestante infectada e seu parceiro (BACK, et al, 2018).

Existem diversas alterações no conceito que podem ser desencadeadas em decorrência da sífilis, podendo ser classificada em SC precoce e tardia. Na SC precoce os sinais e sintomas surgem logo após o nascimento ou nos primeiros 2 anos de vida, comumente nas 5 primeiras semanas. Como manifestações clínicas têm-se baixo peso, natimorto ou aborto espontâneo, febre, rinite com coriza serosanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio. Também podem ocorrer hepatoesplenomegalia, esplendomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropsia, pseudoparalisia dos membros, fissura orificial, condiloma plano, pênfigo palmoplantar e outras lesões cutâneas, icterícia e anemia (BRASIL, 2019a).

Por sua vez, a SC tardia é observada a partir do 2º ano de vida com os principais sintomas: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia, retardo mental e perda auditiva. Quando ocorre invasão maciça de treponemas e/ou esses são muito virulentos, a evolução do quadro é grave com letalidade alta (BRASIL, 2019b).

Esta doença está sempre em discussão nas temáticas relacionadas à saúde pública. Com a criação da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu dentre os princípios e diretrizes que, toda gestante tem direito ao acesso, ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, bem como o direito ao acompanhamento pré-natal adequado, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas nesta Portaria. Para a realização de um pré-natal adequado e assistência para a gestante, o município tem que desenvolver acompanhamento adequado e condições estabelecidas na portaria, dentre elas os exames laboratoriais: ABO-Rh, VDRL, Urina, Glicemia em jejum, HB-HT e Anti-HIV (BRASIL, 2000).

Para contribuir com essa assistência ao pré-natal, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) criou a portaria nº 1.459, de 24 de junho, que instituiu a rede cegonha. É um programa voltada para atender desde o planejamento familiar até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos de vida. Nesta portaria o atendimento de pré-natal foi atualizado e composto por um acompanhamento eficaz e uma gama de exames sorológicos. Dentre os que já existiam foram acrescentados outros, como: o teste rápido de gravidez, teste rápido de triagem para sífilis e sorologia VDRL/RPR, teste rápido para HIV e sorologia I e II, proteinúria, dosagem de hemoglobina e hematócritos, teste de coombs, glicemia em jejum, entre outros (BRASIL, 2011).

Neste ano de 2019, o MS atualizou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, onde ressalta o novo tratamento e seguimento para as crianças com SC e aquelas expostas à sífilis durante a gestação (BRASIL, 2019).

Os dados epidemiológicos sobre a SC, como citou o Datasus (2019) ainda são muito elevados, apesar dos programas, ações e acompanhamento das gestantes e das crianças serem disponibilizados pelo governo. Apesar dessa população ter direito à facilidade do acesso a estes serviços, as gestantes não dão a devida importância sobre a doença e as consequências que podem ocasionar em seu conceito.

A aproximação com a temática ocorreu durante as práticas das disciplinas realizadas pelo pesquisador em uma Unidade de Saúde Básica, em Mossoró, durante a realizações de consultas de enfermagem nos programas de atendimento ao pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, despertando o desejo em realizar um estudo mais específico sobre este assunto devido a percepção de casos de gestantes com sífilis nos atendimentos de pré-natal. Percebe-se também que na literatura ainda temos registros numéricos elevados em relação à sífilis na gestação e congênita, apesar de vários programas e políticas para o combate à sífilis. De acordo com os artigos investigados para embasamento desta pesquisa, estes referem que uns dos grandes desafios ainda é o pré-natal de baixa qualidade, onde não se enfatiza a contento a questão da SC e a solicitação dos exames para detecção precoce e seu posterior tratamento. Outro aspecto abordado na literatura, de uma

forma geral, é a participação dos parceiros no pré-natal para facilitar também o diagnóstico desta patologia e seu tratamento imediato.

Diante do exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais os indicadores de sífilis congênita em recém-nascidos na atualidade?

1.2 HIPÓTESE

Apesar de todas as políticas e programas de saúde pública voltados às gestantes e seu acompanhamento de pré-natal, ainda são altos os índices de acometimento de sífilis congênitas nos recém-nascidos atualmente.

1.3 OBJETIVO

Identificar as evidências científicas sobre os indicadores de sífilis congênita em recém-nascidos na atualidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADA A SAÚDE DA MULHER.

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher começou a fazer parte das políticas públicas de saúde. Nas décadas de 1930, 1940 e 1950, os programas materno-infantis colaboravam para uma visão restrita da mulher como mãe e "dona de casa". A saúde da mulher passou a ser fonte de preocupação de diferentes países devido ao aumento acelerado da população mundial. No Brasil, programas de "controle da natalidade" disseminaram-se no final da década de 1970 (MORE, et al, 2006).

No Brasil, os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, manifestavam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

No ano de 1975 foi criado o programa materno-infantil, com objetivo de proteção e assistência materno-infantil e buscava englobar cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa tinha forte ação, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e, assim como todo programa vertical, fragmentado, reducionista e desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 1975).

Em 1984, o MS criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres. Além do campo da saúde, o PAISM foi um resultado da mobilização feminina brasileira pelo reconhecimento de cidadania e direito a acesso aos postos de decisão no âmbito público (BRASIL, 1984).

Em 1996 foi criada a Lei N° 9.263 de 12 de janeiro de 1996, onde diz que o planejamento familiar é direito de todo cidadão. Entende-se por planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou

pelo casal, a assistência à concepção e contracepção, e o controle de prevenção do câncer uterino, mama e do câncer de pênis (BRASIL, 1996).

Já no ano 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS (Portaria Nº 569 de 1º de junho de 2000), com a finalidade de redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, melhoria da cobertura e qualidade do pré-natal, parto, puerpério e período neonatal, financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade obstétrica e neonatal instalada de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do SUS, que prestam este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos (BRASIL, 2000).

Em meados de 2004, o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), onde descreve que, além do atendimento materno quanto às suas organizações, as ações de serviço de saúde do SUS, seguiam uma lógica descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Este reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Em 2006 foi criada a Lei Maria da Penha, Lei Nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, com a finalidade de diminuir a violência doméstica e familiar, onde diz que qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial na unidade doméstica, familiar ou em qualquer relação íntima (BRASIL, 2006).

No entanto, no ano de 2011 foi implantada pelo MS a Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459 de julho de 2011), que teve como ações ampliar o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, transporte adequado no pré-natal e no momento do parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, obtendo-se sempre vaga para a gestante e para o bebê, realização de parto e nascimento seguros, por práticas humanizadas e eficientes de atenção, acompanhante no parto, de livre escolha da mulher, atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e, por último, acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

2.2 EVOLUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À CRIANÇA.

Por muitos anos as crianças foram tratadas da mesma forma que adultos, assim, eram chamadas de infantes, sem voz, tratadas como um objeto, eram amedrontadas pelos cruéis castigos físicos, quando não, abandonadas em casas de caridades e hospitais. Contudo, no decorrer dos anos, as crianças começaram a ser percebidas no meio social, onde exigiram transformações sociais, econômicas e políticas. A sociedade passou a perceber que a criança era o centro de sua família (ARAÚJO, et al, 2014).

Em 1940 foi iniciado o programa de proteção a maternidade, a criança e ao adolescente, todos se incluíam na proposta do Departamento Nacional da Criança (DNCr), Decreto nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940 (BRASIL, 1940). Com o passar dos anos, em 1970 foi criada a coordenação de apoio materno infantil, com o objetivo de redução de morte entre crianças e mãe, onde neste ano os índices de óbitos infantil era de 120,7/1000 nascidos vivos, assim iniciaram ações de caráter preventivo (BRASIL, 1970).

Já em 1980 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), no qual os serviços deveriam estar preparados para resolver os problemas que por sua vez poderiam afetar a saúde materno-infantil (BRASIL, 1980). Em 1984, criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), com a estratégia de enfrentamento das diversidades da saúde das crianças, onde essas ações abrangiam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (IRAs) e imunização (BRASIL, 1984).

Em 13 de julho de 1990 foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde estas passaram a adquirir de amplos direitos de proteção, de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e estado (BRASIL, 1990).

Posteriormente, em 1995 o MS lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como meio de agregar a assistência, proporcionando autonomia para a mãe e bebê, especialmente no que se refere ao parto humanizado, aleitamento materno e conseqüentemente na redução de doenças (BRASIL, 1995).

No início dos anos 2000 foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, que garantia o direito à cidadania, ao acesso por parte das gestantes e dos recém-nascidos à assistência, à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, garantindo a integralidade da assistência (BRASIL, 2000b).

Em julho do mesmo ano, o MS lançou pela Portaria Ministerial nº 693 de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru, onde abordava um tipo de assistência neonatal com enfoque no contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (BRASIL, 2000a).

Dando sequência às políticas voltadas para esta população, no ano de 2009 foi lançada a Portaria Nº 2.395 de 7 de outubro de 2009, em que instituiu a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, que tinha como objetivo priorizar o cuidado integral à criança no nascimento e à mãe, além de enfatizar a qualidade de vida das crianças brasileiras, devendo ser estimuladas suas habilidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais, pela oferta de cuidados ampliados, os quais seguem além da sobrevivência (BRASIL, 2009).

Em 2011 foi implantada pelo MS a Rede Cegonha, que acompanha a gestante no pré-natal, bem como o recém-nascido e seu acompanhamento até os 24 meses de vida da criança (BRASIL, 2011b). Ainda sobre essa política, em 2013 o MS instituiu a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, com o propósito de integrar a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) (BRASIL, 2013).

Em 2015 foi lançada a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que enfatizava no artigo 6º, que a PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, além de visar à efetivação de medidas que permitam

o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

A atenção à saúde da criança no Brasil, enquanto uma das prioridades no âmbito das políticas públicas, passou por um amplo processo de construção ao longo da história, partindo de um modelo localizado na doença e em ações curativas para outro baseado em uma visão ampliada da saúde, com foco não somente em ações curativas, mas também preventivas e de promoção e proteção da saúde (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

2.3 SÍFILIS CONGÊNITA NA INFÂNCIA.

A SC é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, onde a assistência pré-natal é responsável por desfechos desfavoráveis de óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões neurológicas e outras sequelas. Em 2005 a OMS estabeleceu quatro pilares para a erradicação e eliminação da sífilis congênita, a saber: garantir política governamental com programa bem estabelecido; elevar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno infantil; identificar e tratar todas as gestantes portadoras de sífilis e seus parceiros; estabelecer vigilância, monitoração e avaliação do sistema de saúde (FEITOSA, 2016, apud SBP, 2016).

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, além de óbito fetal e do abortamento, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com aparecimento dos primeiros sintomas, comumente, nos primeiros 3 meses de vida. É de grande importância a triagem sorológica da mãe durante o pré-natal e na maternidade. A SC apresenta, para efeito de classificação, dois tipos: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período (BRASIL, 2006a).

A síndrome clínica da SC precoce surge até o 2º ano de vida. Mais da metade de todas as crianças são assintomáticas ao nascimento e, naquelas com demonstração clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos. Não existe uma avaliação complementar para determinar o diagnóstico. Vale ressaltar que, a

associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais são a base para o diagnóstico (BRASIL, 2019c).

Ainda Brasil (2019), cita que, além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as características fundamentais dessa síndrome são, excluídas outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR), Rinite sífilítica ou corrimento nasal, Trombocitopenia. Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite.

Já a SC tardia surge após o 2º ano de vida. O diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, tem que estar atento na verificação para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual. Suas principais características são: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado, as oftalmológicas (Ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica). Além de outras situações que sífilis pode ocasionar é o óbito fetal e o aborto por sífilis (BRASIL, 2006c).

2.4 A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NOS ASPECTOS VOLTADOS A SÍFILIS CONGÊNITA.

A equipe multidisciplinar tem o papel de focar na prevenção por meio de ações assistenciais, onde é necessário a participação e contribuição de cada indivíduo para que a solução da sífilis não fique cada vez mais distante. Faz-se necessário mencionar a importância da enfermagem e sua ligação positiva neste contexto, quando é feito planejamento de suas ações para intervir neste quadro trará bons resultados, se postos em prática. As informações, as ações, campanhas e quaisquer

outros recursos utilizados em prol desta patologia, onde estão voltados para a prevenção, ou seja, o “antibiótico” da responsabilidade de cada cidadão e suas contribuições é a conscientização de buscarem, juntos, melhorando o seu próprio estado de saúde (SANTOS, ANJOS, 2009).

A enfermagem faz necessária na implementação no planejamento familiar, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e das IST) nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, como também nas parcerias educativas em escolas e associação de moradores para realização de atividades com fins educacionais (BRASIL, 2012a).

As atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, onde se tem diferentes profissionais da saúde, dentre eles estão, os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, cirurgiões dentista, juntos, podem atuar como agentes de prevenção da SC. Dentre as atribuições da equipe multiprofissional da Saúde da Família estão incluídas: a busca ativa das gestantes não regulares (pelo agente comunitário de saúde), a identificação de vulnerabilidades e situações de risco (pelo técnico de enfermagem), a realização de consulta de pré-natal das gestantes de baixo risco (função intercalada entre médico e enfermeiro) e o desenvolvimento de atividades educativas por toda a equipe (BRASIL, 2012b).

Os cuidados que o enfermeiro deve ter diante da SC estão relacionados, principalmente, a uma assistência de pré-natal adequada e precoce. Sendo assim, várias ações podem ser realizadas no pré-natal, tanto clínicas como educativas, a fim de identificar, diagnosticar e tratar. Assim, favorece a diminuição de risco de acometimento da doença na gestante e no recém-nascido (ARAÚJO, 2010 apud SOUSA, 2017).

O MS recomenda que após o acolhimento e aconselhamento para efetuar a solicitação de alguns exames, dentre eles o VDRL, que pode ser solicitado pelo enfermeiro, solicita-se no mínimo duas vezes na gestação, sendo um na primeira consulta e a outro no terceiro trimestre da gestação. A realização do VDRL no terceiro trimestre possibilita que o tratamento materno seja finalizado 30 dias antes do parto, garantindo um intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja tratado intraútero. O principal objetivo é proporcionar uma suspensão da infecção e

diminuição das sequelas irreversíveis, e assim favorecer o tratamento precoce do recém-nascido (BRASIL, 2013).

Cabe ao enfermeiro, utilizar-se do contato mais próximo com a população, proporcionando um vínculo maior com a comunidade, elaborando e orientando ações de prevenção à SC e avaliando resultados diagnósticos para detecção o mais precoce possível, especialmente no pré-natal, além de passar toda a informação que a gestante tem direito sobre a realização dos testes que detectam a sífilis e sua realização quantas vezes forem necessárias no período gestacional (OLIVEIRA 2010, apud OLIVEIRA, 2011).

3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE PESQUISA

A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados adquiridos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É chamada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, compondo, sendo assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Entretanto este método permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental, conjugando dados de literatura teórica e empírica, proporcionando um entendimento mais completo do tema de interesse (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para responder à questão norteadora “Quais os indicadores de sífilis congênita em recém-nascidos na atualidade?” foi acessado a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), e na biblioteca SciELO – Scientific Electronic Library Online.

Estabeleceram como critérios de inclusão: artigos originais, ter o resumo completo disponível na base de dados e no idioma português, que abordassem a temática em questão e que tivessem sido publicados nos últimos 10 anos (2010 a 2020). Foram excluídas as cartas ao leitor, relatos de experiência, os editoriais e pesquisas que não respondessem à questão norteadora do estudo.

As buscas pelas publicações foram realizadas no período de 7 a 15 de abril de 2020, nas três bases de dados referidas anteriormente, utilizando os seguintes descritores: “gestante”, “sífilis congênita” e “recém-nascido”, sendo estes constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs).

Inicialmente foi realizado a leitura dos títulos, seguidos dos resumos dos artigos, tarefa necessária, pois foi obtido muito material que, no entanto, não condizia com o tema que está sendo abordado.

Inicialmente, foram encontradas 79 produções científicas. Destes, 59 apresentavam o texto na íntegra, disponível online, sendo que 37 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma português.

Das 37 produções selecionadas, 28 atenderam aos demais critérios de inclusão, sendo excluídos 9 por duplicidade nas bases de dados e mais 12 que foram excluídos, por não responderem a questão norteadora desse estudo, restando 7 artigos selecionados, uma vez que se tratava de aspectos como: Soroprevalência para toxoplasmose, sífilis, hepatite b, hepatite c, rubéola, citomegalovírus e vírus da imunodeficiência humana em gestantes atendidas no hospital universitário Antônio Pedro, Niterói (RJ) entre 2008 e 2012; Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas; Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas; Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas.

Após traçar todos os critérios de elegibilidade para a pesquisa restaram sete artigos que passaram a compor o corpus de análises para esse estudo de revisão, que encontra-se ilustrada na figura 1.

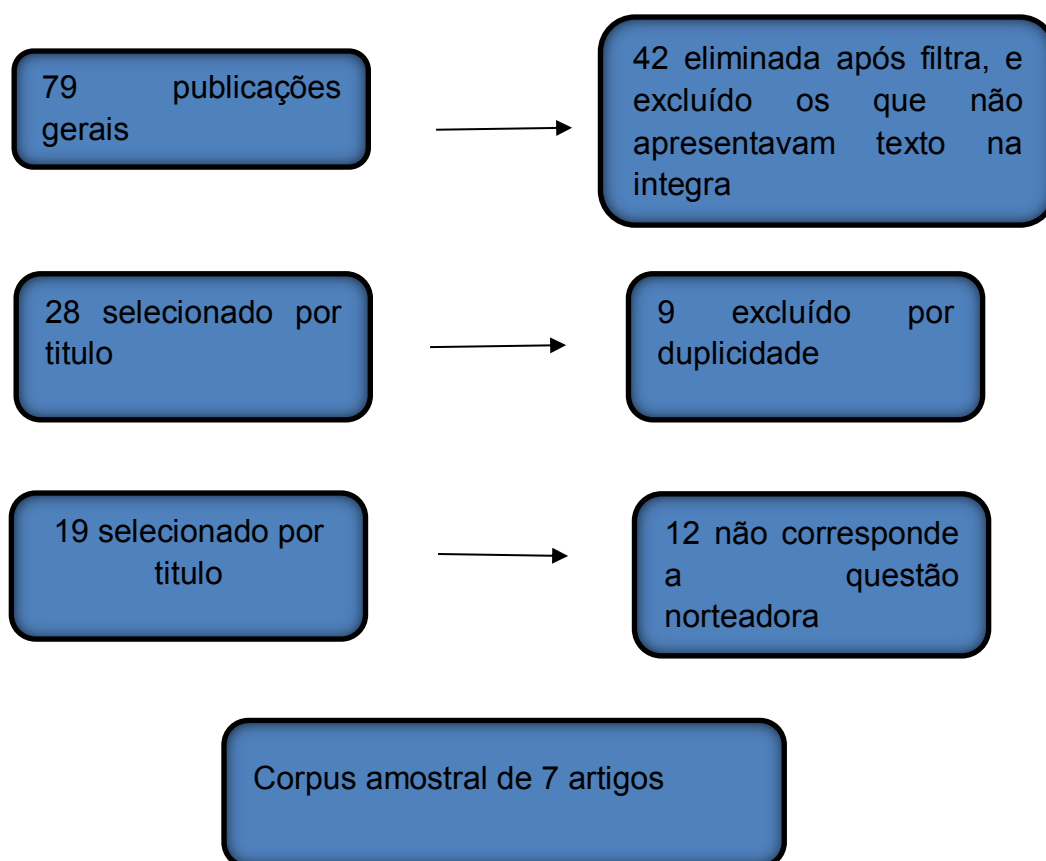


Figura 1. Fluxograma utilizado na seleção dos artigos. Mossoró-RN, 2020.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

De forma a identificar os artigos e registrar os dados extraídos destes, foram seguidas as recomendações e adaptado um instrumento utilizado por Ursi (2005), conforme quadro (1) dos resultados desta pesquisa.

Posteriormente foi realizada uma síntese das publicações selecionadas a partir de um quadro (2) onde pôde-se descrever o periódico/ano com seus principais desfechos respectivamente, sendo analisados e discutidos com outras literaturas.

4. RESULTADOS

De maneira a apresentar os dados desta pesquisa, os 7 artigos selecionados foram apresentados em quadros contendo suas especificações, como: periódico e ano de publicação, título, objetivos e tipo de estudo, em que estão descritos no primeiro quadro; e no segundo quadro, o periódico, ano de publicação e principais desfechos. Isso possibilita uma visão geral dos artigos selecionados para o referido estudo sobre a SC.

Quadro 1: Síntese das informações extraídas das publicações das bases de dados BVS, LILACS e SciELO. Mossoró-RN, 2020.

PERIÓDICO/ANO	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
CuidArte Enfermagem (2018)	Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil.	Analisar os casos notificados de Sífilis gestacional com os respectivos casos de Sífilis congênita nos anos de 2008 a 2010.	Transversal e Quantitativo
Revista em saúde e ciências biológicas (2017a)	Fatores maternos associados à transmissão vertical da sífilis congênita	Descrever os fatores maternos associados à transmissão vertical da sífilis congênita	Descritiva e Quantitativo
Revista em saúde e ciências biológicas (2017b)	Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro	Analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Sobral, Ceará.	Levantamento epidemiológico, descritivo e abordagem quantitativa.
CuidArte Enfermagem (2017)	Comparação entre os índices de sífilis na gestação e sífilis	Avaliar o aumento da incidência de sífilis em gestantes e comparar a incidência de sífilis	Descritivo, Transversal, Analítico retrospectivo.

	congênita na região de Catanduva-SP	materna e congênita entre os primeiros semestres de 2014, 2015 e 2016, além de realizar levantamento epidemiológico das gestantes no referido período estudado.	
XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (2016)	Mineração de dados no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis	Identificar informações que auxiliem nas estratégias para o enfrentamento da transmissão vertical da sífilis em Curitiba-PR.	Transversal, exploratório, Bibliográfico e Documental.
Revista saúde pública (2013)	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis.	Transversal
Revista Rene (2015)	Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal	Analisar fatores associados à notificação da sífilis congênita.	Transversal, Documental e Quantitativo

Fonte: Artigos científicos das bases de dados BVS, LILACS e Scielo.

Quanto aos títulos dos artigos, a maioria continha as palavras chaves selecionadas encontrando-se: Sífilis congênita; Gestante; Recém-nascido.

Quanto aos objetivos propostos pelos autores, analisando de modo geral conforme exposto no quando 1, dos sete artigos encontrados, 6 demonstravam abertamente, que se tratavam de “sífilis na gestação”. Onde a maioria dos objetivos foram analisar e descrever informações e os casos sobre SC.

Em relação aos tipos de estudos foi observado que os métodos utilizados foram aqueles dos tipos transversal (4) e quantitativo (3). Os participantes das pesquisas foram gestantes (2), prontuários de gestantes e recém-nascidos (1), e em quatro foram analisados através do sistema de notificação compulsória.

Quadro 2 – Principais desfechos das publicações das base de dados LILACS, BVS e SciELO. Mossoró-RN, 2020.

PERIÓDICO/ANO	PRINCIPAIS DESFECHOS
CuidArte Enfermagem (2018)	A grande maioria das mulheres teve a sífilis diagnosticada no período pré-natal, no entanto, a ocorrência da SC revela ser muito provável que a assistência não tenha sido de qualidade. É possível que, mesmo quando o diagnóstico ocorreu no pré-natal, grande parte se deu em um período tardio, considerando que a maioria das notificações ocorreu entre o segundo e terceiro trimestres de gestação.
Revista em saúde e ciências biológicas (2017a)	As consequências da Sífilis durante a gravidez variam de acordo com alguns fatores, como o tempo de exposição fetal ao treponema, que podem resultar em: aborto, natimorto ou óbito fetal, malformação, crescimento intrauterino restrito entre outros. Além dos fatores maternos associados a transmissão da SC, que são: baixa escolaridade, estar em idade reprodutiva, não estar inserida no mercado de trabalho, entre outros. Também foi evidenciado que fazer pré-natal apenas mulheres não contribui para a diminuição da SC. Onde há necessidade de políticas públicas que insiram o homem de forma efetiva no pré-natal.
Revista em saúde e ciências biológicas (2017b)	Foram diagnosticados e notificados 119 casos de sífilis congênita, sendo possível observar que a partir do ano de 2010 o número de casos aumentou substancialmente, passando de 9 casos para 45 em 2013. A incidência anual variou de 1,8 casos/1000 nascidos vivos, em 2008, a 13,8 casos/1000 nascidos vivos, em 2013.
CuidArte Enfermagem (2017)	A sífilis materna tem aumentado nas últimas décadas, que a qual elevou a ascensão de índices de SC, considerada umas das principais mortes neonatais. Foi evidenciado um aumento de 35% de sífilis materna no período de 2016, em relação ao período de 2014. Houve uma queda em relação a transmissão

		<p>vertical ao ser comparada no ano de 2014(73,6%) com o mesmo período de 2015 (54,5%) ouve um aumento de 63%. No entanto os casos de SC confirmado por VDRL, foi obtido os valores de 14,5, 12 e 16 casos/1000NV referente aos períodos de 2014, 2015 e 2016.</p>
XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (2016)		<p>Os fatores associados ao tratamento inadequado da gestante destacam-se aqueles relacionados à falha na assistência ao pré-natal: a ausência de realização de pré-natal, diagnóstico realizado em tempo inoportuno, falta de sensibilização do parceiro para o tratamento e não realização de tratamento. Também foi possível identificar falhas nos registros, com preenchimento inadequado, inconsistente ou de baixa qualidade.</p>
Revista Saúde Pública (2013)		<p>Foram identificados 46 casos de sífilis na gestação e 16 casos de SC com uma prevalência estimada de 1,9% (IC95% 1,3;2,6) de sífilis na gestação e de 6/1.000 (IC95% 3;12/1.000) de SC. A taxa de transmissão vertical foi de 34,8% e três casos foram fatais, um abortamento, um óbito fetal e um óbito neonatal, com proporções elevadas de baixo peso e prematuridade. A trajetória assistencial das gestantes mostrou falhas na assistência, como início tardio do pré-natal, ausência de diagnóstico na gravidez e ausência de tratamento dos parceiros.</p>
Revista Rene (2015)		<p>Constatou-se que é crescente o número de casos de sífilis congênita no município estudado, aumentando a possibilidade de crianças com sequelas graves de ordem física, comportamental e social, agravos que comprometem a qualidade de vida.</p> <p>Mulheres realizaram pré-natal (80,2%), teste sorológico antes dos seis meses de gestação (46,7%) e após (53,3%). Houve associação para as variáveis da raça materna ($p=0,005$), onde houve um fator significativo relacionada a notificação ao longo dos anos, e a realização do teste sorológico de sífilis congênita</p>

	(p=0,044) que a qual foi notificado. O tratamento da gestante foi inadequado em 64,5% e o parceiro não foi tratado em 85,7%.
--	--

Fonte: Artigos científicos das bases de dados BVS, LILACS e Scielo.

Dentre os 7 periódicos selecionados, 4 eram da área de enfermagem (enfermeiros e estudantes de enfermagem) e os demais pertenciam à outras categorias profissionais, como: dois pertenciam à profissionais ou acadêmicos de medicina e apenas um era de profissionais odontólogos, porém todos da área da saúde.

De um modo geral, os artigos falavam sobre o aumento de casos de sífilis, apesar de ser um assunto bastante discutido e embora seja uma patologia onde têm-se políticas públicas voltadas para tal, com tratamento e acompanhamento específico nos serviços públicos de saúde. Abordavam também sobre a falta de informações que os usuários da rede pública têm sobre a patologia. Os artigos abordaram que os acompanhamentos não estão sendo eficazes para o combate à doença, pois quando a gestante é tratada, o seu parceiro não está fazendo o tratamento, ou os profissionais da saúde não orientam adequadamente sobre a sífilis ou o seu tratamento adequado.

5. DISCUSSÃO

Observou-se que no ano de 2018, no Brasil, houve uma taxa de detecção de 21,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (25,7% superior à taxa observada no ano anterior), onde as elevadas taxas de detecção das regiões Sudeste (24,4/1.000 nascidos vivos) e Sul (23,0/1.000 nascidos vivos) foram superiores à nacional. No último ano, constatou-se que as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram aumentos elevados em suas taxas de detecção e a Região Sul foi a que apresentou o menor desenvolvimento (BRASIL,2019).

De acordo com o artigo de Cardoso et al. (2018), traz o perfil sociodemográfico em que a maioria das mulheres tinham baixa escolaridade e renda, o que engloba uma série de fatores limitantes no processo saúde-doença, como o pouco acesso aos serviços de saúde, capacidade limitada no conhecimento de práticas de saúde e de fatores de risco. Já Zoilo et al. (2015) evidenciou que alguns fatores maternos associados à transmissão da sífilis congênita foram o fato de possuir menor escolaridade, está em idade reprodutiva, não ter fonte de renda, possuir companheiro e ser multípara. Além do fato de que é de grande importância que o homem esteja acompanhando o pré-natal, para que possa contribuir para a diminuição de SC e de outras ISTs.

Assim, podemos considerar que os fatores sociodemográficos influenciam no aumento de sífilis. Pois, essa população estudada possui pouco acesso aos serviços de saúde, não tem uma boa orientação ou não tem fontes de conhecimento que possam orientá-las sobre os fatores de riscos ou tratamento e modo de prevenção, através do uso de preservativo. Dessa forma quanto menor for o conhecimento sobre os fatores de riscos e prevenção, maior será o índice de sífilis ou qualquer ISTs podendo infectar outras pessoas.

Lima et al. (2017) colabora em seu artigo quando refere que o perfil da SC no município estudado na cidade de Sobral município do Ceará aponta para uma aceleração da incidência de casos no período de 2008 a 2013 analisado, e que a ocorrência destes casos está diretamente relacionada com as falhas no tratamento das gestantes infectadas, precisando de preenchimento de lacunas no pré-natal que reforcem as estratégias de prevenção dos casos. Destacou também a limitação do

presente estudo ao utilizar fontes de dados secundários, do SINAN, com prováveis sub-registros e/ou subnotificações de casos.

Há uma falha no tratamento onde tem relação com o fato de muitos profissionais da saúde realizarem cursos e treinamentos de educação continuada, com atualizações sobre ISTs, o que implicará na desatualização e desinformação com posterior falha no tratamento da sífilis e prevenção da SC. Além disso, existem muitas falhas no que refere-se às solicitações dos exames no primeiro e segundo trimestre de gravidez da gestante, para a detecção precoce e tratamento da doença, que é primordial para a formação do seu conceito e prevenção para não transmitir para demais pessoas, incluindo seu parceiro. Salienta-se também que as falhas nos serviços de notificações destes casos decorrem possivelmente de erros no preenchimento dos formulários, ou equívocos quanto ao diagnóstico, além da falta da notificação principalmente nos serviços públicos.

Ao ser comparada as incidências de sífilis materna na gestação e SC, Tannous et al. (2017) perceberam um expressivo aumento na incidência de sífilis nas gestantes quando comparamos com o aumento de SC no mesmo período de avaliação. Mesmo com as atuais políticas de saúde pública e das estratégias utilizadas, esses números continuam crescendo cada vez mais e acometendo um grande número de bebês. Ademais, tem que lidar com a falta de abastecimento de penicilina cristalina e procaína que é usado como tratamento de primeira escolha para os bebês que nascem com sífilis.

De acordo com Magalhães et al. (2013), relatam que a qualidade do pré-natal que é recebido pela gestante não está sendo o suficiente para garantir o controle da SC e o alcance da meta de incidência da doença e que a conduta inicial para detecção e tratamento da SC não está de acordo com as diretrizes definidas pelo MS do Brasil. Os resultados enfatizam que a diminuição da ocorrência da sífilis no período gestacional e, conseqüentemente, da SC só será possível quando a adoção de medidas mais efetivas de prevenção e controle forem sistematicamente aplicadas, como o comparecimento da mulher no serviço de saúde pela captação precoce, oferta de rotina mínima de exames preconizados pelos protocolos, registros apropriados e garantia de tratamento oportuno e adequado, incluído a do parceiro.

Percebe-se que na prática do serviço tem um déficit de ações ou informações vindos dos serviços públicos de saúde para enfatizar sobre a sífilis ou outras doenças. Faz-se necessário criar ações que possam ajudar, tais como grupo de gestantes, adolescentes entre outros, de forma a estar mais próxima a comunidade, conhecendo cada lacuna e necessidade de saúde destes usuários. Quanto ao pré-natal, por exemplo, tem que acolher e aconselhar a gestante juntamente com seu companheiro, já que é direito do parceiro também ter o acompanhamento e para que não tenha divergência de informações, realizar exames e orientar, bem como direcionar ao tratamento de ambos.

Com relação aos registros dos casos, Nakamura et al. (2016) evidenciou a baixa qualidade dos registros de SC, que apesar dos esforços em diminuí-los, algumas análises podem ter sido prejudicadas. Os autores referem que a notificação e preenchimento adequado dos registros é de responsabilidade unicamente dos profissionais de saúde e que a divulgação de situações deste contexto evidenciam aos profissionais a importância de um cuidado maior quando da realização dos respectivos registros. Afirmam que a rotina destes profissionais é intensa e que muitas vezes pode danificar a qualidade da coleta dos dados, no entanto cabe aos gestores equilibrar os esforços profissionais entre a assistência atribulada e uma capacitação e sensibilização dos profissionais para o correto e adequado preenchimento dos registros.

A rotina dos profissionais de enfermagem, por exemplo na atenção básica, onde se decorre muitos dos registros de casos de sífilis em gestantes, é repleta de atribuições, tais como: assistência ao pré-natal, consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, consulta de enfermagem ao hipertenso, diabético, educação em saúde, coleta de preventivo, visita puerperal, curativos, alimentar o sistema de notificação compulsória entre outros serviços da responsabilidade e competência do enfermeiro. Estas podem sobrecarregá-lo no serviço, o que talvez justifique esse prejuízo ou um preenchimento inadequado das informações no sistema, trazendo falsos resultados para a população.

Já Holztrattneer et al. (2019) diz que, mesmo havendo consenso onde ainda existe algumas fragilidades nos serviços de saúde, em diversos estudos esse grande aumento da taxa de detecção da sífilis em todo território nacional também vem

sendo atribuído à melhoria na notificação dos casos de SC, à possível ampliação ao acesso diagnóstico e aos avanços da vigilância epidemiológica. Refere também que mesmo podendo interpretar os dados de maneira positiva, tendo em vista a melhora dos registros, é importante reconhecer a limitação do uso de fontes oficiais de dados secundários, o que pode gerar subnotificações. A omissão destas pode sugerir taxas ainda maiores da doença nas três esferas político-administrativas.

6. CONCLUSÃO

Durante o estudo de revisão observou-se que a sífilis é um problema recorrente em todas as regiões brasileiras e que continua com índices crescentes a cada ano, confirmando assim a hipótese do estudo. Vale salientar que apesar de existirem políticas e programas de controle e combate à SC, vários fatores maternos estão associados aos altos índices da patologia, estando as mulheres de classe socioeconômica menos favorecida como as principais acometidas, e conseqüentemente a redução pela busca aos serviços de saúde para um pré-natal em tempo oportuno, com a detecção e tratamento precoce da sífilis.

Percebeu-se também falhas quanto à assistência ao pré-natal necessitando assim da melhoria na qualidade e execução desse serviço à população a fim de prevenir a forma congênita da doença, captando tanto as gestantes quanto seus parceiros acometidos pela sífilis, além de ampliar e melhorar as medidas de prevenções das infecções sexualmente transmissíveis, acolhendo os usuários do serviço público, com o intuito de reduzir o número de casos da doença.

O enfermeiro desenvolve um papel fundamental no combate e controle da sífilis congênita e adquirida, através do pré-natal de qualidade, onde por meio de atividades educativas e orientações às gestantes e seus parceiros, os quais os estudos mostraram que não são assíduos no acompanhamento do pré-natal de suas companheiras, poderão ser diagnosticados e tratados precocemente evitando possíveis contaminações fetais. Desta forma, o conceito pode não ser acometido pela SC, porém é um trabalho que precisa ser realizado em equipe multiprofissional na área da saúde.

Nesse contexto, faz-se necessário atualizações para os profissionais da saúde, como educação continuada e permanente para realizarem um pré-natal de qualidade, sanando todas as dúvidas dos usuários e solicitando todos os exames necessários em tempo oportuno. Pode-se sugerir também a realização de pesquisas futuras para verificar as taxas de acometimento pela SC em recém-nascidos no contexto da saúde dos brasileiros.

APÊNDICE

Instrumento de coleta de dados

1	Nome do artigo	
2	Periódico	
3	Ano	
4	Objetivo	
5	Tipo de estudo	
6	Principais desfechos	

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Juliane Pagliari; SILVA, Rosane Meire Munhak da; COLLET, Neusa; NEVES, Eliane Tatsch; TOS, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIERA, Cláudia Silveira. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>. Acessado em 28 Nov 2019

ANNOUS, Luciana Sabatini Doto; Pansiera, Carolina Jodas; Ribeiro, Manuela de Paula; Oliveira, Marília Storion de; Contiero, Natalia Concenzo. Comparação entre os índices de sífilis na gestação e sífilis congênita na região de catanduva-sp: Comparison between syphilis indexes in gestation and congenital syphilis in catanduva-sp are. : comparison between syphilis indexes in gestation and congenital syphilis in catanduva-sp ARE. **Cuidarteenfermagem**, Catanduva, n. 11, p. 187-192, dez. 2017. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32944>. Acessado em 07 de abril de 2020

ACOSTA, Lisiane M. W.; Gonçalves, Tonantzin Ribeiro; Barcellos, Nêmora Tregnago. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica: hiv and syphilis coinfection in pregnancy and vertical hiv transmission: a study based on epidemiological surveillance data. **Rev Panam Salud Publica**, v. 6, n. 40, p. 435-442, dez. 2016. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n6/435-442/>. Acessado em 09 de abril 2020

BRANQUINHO, Isabella Duarte; Lanza, Fernanda Moura. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro: child health in primary care: evolution of brazilian policies and nurses' performance. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 8, n. 11, 10 set. 2018. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>. Acessado 03 Nov de 2019

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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acessado em 15 Out de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/principal/2016/06/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso2010.pdf. Acessado 04 de Out de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança** - História da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>. Acessado em 19 de Nov de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**, Cadernos de Atenção Básica, nº 32 Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado 10 de Out de 2019

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**, refere instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da união, Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acessado 14 de Out de 2019

BRASIL. Ministério da saúde. **Portara Nº1.459, de 24 de junho de 2011**, refere instituir A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da união, Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado 14 de Out de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acessado em 30 de Out de 2019

BRASIL. Presidência da República. Portara **LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996**, refere O planejamento familiar é direito de todo cidadão. Diário oficial da união, Brasília, DF. https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1585CB40CB70F16A655332E4B7D84995.proposicoesWeb1?codteor=490199&filename=LegislacaoCitada+-PL+1686/2007. Acessado 14 de Out de 2019

BRASIL. Presidência da República. **Portara lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**, refere cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. 8º do 226 da Constituição Federal, Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acessado 14 de Out de 2019

BRASIL. Presidente da república. **Portara Decreto lei Nº 2.024, de 11 de fevereiro de 1940** fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Câmara dos deputados, Brasília, DF. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acessado 14 de Out de 2019

BRASIL. Presidente da república. **Casa Civil. lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acessado 14 de Out de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 693 de cinco de julho de 2000.** Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acessado 15 de Out de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.395, de 7 de outubro de 2009** Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html. Acessado 15 out de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acessado dia 15 Out de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. – **Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada** - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5 – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acessado dia 19 de Out de 2019

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico:** Ministério da Saúde, sífilis 2019. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019 <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>. Acessado 20 de Nov de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.** Brasília; 2019. [file:///C:/Users/Windows/Downloads/pcdt_ist_fnal_24_06_2019_web%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/pcdt_ist_fnal_24_06_2019_web%20(1).pdf) acessado dia 01 de Nov de 2019

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; Saraceni, Valeria; Hartz, Zulmira Maria de Araújo; Leal, Maria do Carmo. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal: congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. : Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1-11, jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>. Acessado dia 13 de Abril de 2020

ERCOLE, Flávia Falci; Melo, Laís Samara de; Alcoforado, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática: Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Acessado dia 15 de Abril de 2020

FEITOSA, José Antonio da Silva; Rocha, Carlos Henrique Roriz da; Costa, Fernanda Salustiano. Artigo de Revisão: Sífilis congênita: congenital syphilis: a review article. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 286-297, set. 2016. <file:///C:/Users/Windows/Downloads/6749-33131-1-PB.pdf>. Acessado dia 12 de Abril de 2019

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; BATISTA, Joana D'arc Lyra; COURA, Alexsandro Silva; OLIVEIRA, Cibely Freire de; ARAUJO, Andressa Kaline Ferreira; SOUSA, Francisco Stélio de. Factors associated to the notification of congenital syphilis: an indicator of quality of prenatal care. : an indicator of quality of prenatal care. **Rev Rene - Revista da Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 1-8, 28 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300010>. Acessado dia 15 de Abril de 20120

LIMA, Valdênia Cordeiro; Mororó, Raquel Martins; Martins1, Maria Aparecida; Ribeiro, Sâmia Maria; Linhares, Maria Socorro Carneiro. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro: epidemiological profile of cases of congenital syphilis a mid-sized municipality of brazilian northeast. : Epidemiological profile of cases of congenital syphilis a mid-sized municipality of Brazilian northeast. p. 56-61, out. 2017. **Instituto para o Desenvolvimento da Educacao**. <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076>. Acessado dia 15 de Abril de 2020

MENDES, Karina dal Sasso; Silveira, Renata Cristina de Campos Pereira; Galvão, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. : método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Acessado dia 01 de Abril de 2020

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; Kawaguchi, Inês Aparecida Laudares; Dias, Adriano; Calderon, Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio: Maternal and congenital syphilis: a persistent challenge. **Caderno de Saúde Pública** vol. 29. 14 f., Rio de Janeiro, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>. Acessado dia 12 de Abril de 2020

MESQUITA, Karina O; LIMA, Gleiciane Kélen; A FILGUEIRA, Adriano, et al. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal: Analysis of Cases of Congenital Syphilis in Sobral, Ceará: Contributions to Prenatal Care. 2012. 8 f. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2012.

MORI, Maria Elizabeth; Coelho, Vera Lúcia Decnop; Estrella, Renata da Costa Netto. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 22, n. 9, p.1825-1833, set. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000900013>. Acessado dia 12 de Nov de 2019

NAKAMURA, Cristiane Yumi; Otero, Sandra Duran; Carvalho, Deborah Ribeiro. Mineração de dados no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis: data mining for coping mother-to-child syphilis transmission. **Xv Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, Goiânia, nov. 2016. http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906230/anais_cbis_2016_artigos_completo_s-171-180.pdf. Acessado dia 09 de Abril de 2020

HOLZTRATTNER, Jéssica Strube et al. SÍFILIS CONGÊNITA: REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E TRATAMENTO DA GESTANTE E DE SEU PARCEIRO. **Cogitare enferm.** [online]. 2019, vol.24, e59316. Epub 26-Ago-2019. ISSN 2176-9133. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>. Acessado dia 12 de Nov de 2019

OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; Figueiredo, Mayanne Santana Nóbrega de. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.108-111, 26 maio 2011. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/106/88>. Acessado em 30 de Out de 2019

SANTOS, Vanessa Cruz; ANJOS, Karla Ferraz dos. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação: syphilis: a preventable reality. its eradication, a current challenge. **Revista Saúde e Pesquisa**, [s.i.], v. 2, n. 2, p. 257-263, ago. 2009. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1027/790>. Acessado dia 20 de Out de 2019

SILVA, Luziane 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. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/assistencia-do-enfermeiro>. Acesso em: 9 out 2019.

SOUSA, Welligton Barbosa de; Souza, Dinária Alves Lírio de; Dantas, José Franciédson; Dantas, Marcelo Lopes da Silva; LIMA, Édija Anália Rodrigues de. Cuidados de enfermagem diante do controle da sífilis adquirida e congênita: uma revisão de literatura. **II Congresso Brasileiro de Ciência da Saúde**, [s.i.], 2017. https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1417_01052017111741.pdf. Acessado em 15 de Maio de 2020

ZOILLO, Cristina Sancowich; BARBOSA, Erica Patrícia Marim; Barbosa, Juliano Aparecido; Paes, Luciana Braz de Oliveira. fatores maternos associados à transmissão vertical da sífilis congênita: maternal factors associated with the vertical transmission of congenital syphilis. : maternal factors associated with the vertical transmission of congenital SYPHILIS. **Cuidateenfermagem**, p. 211-217, dez. 2015.

http://www.webfipa.net/facipa/ner/sumarios/cuidarte/2018v2/211_217.pdf. Acessado dia 15 de Maio de 2020