

# **ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM NO MANEJO DA SÍFILIS NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL**

Aline Silva santos <sup>1</sup>, Eduarda Mariana Antunes de Souza <sup>1</sup>, Guilherme Ulich Nascimento <sup>1</sup> Monara Souza Vieira Grobeiro<sup>2</sup>

1-Acadêmicos do 9º/10º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Capixaba de Nova Venécia – MULTIVIX.

2-Professora orientadora pela faculdade Multivix Nova Venécia – Especialista em Enfermagem do Trabalho, Atenção Primária a Saúde e Didática do Ensino Superior.

## **RESUMO**

A sífilis é uma doença infecciosa e contagiosa, ocasionada pelo *Treponema pallidum*. Sua transmissão ocorre pela via sexual (sífilis adquirida) e vertical por meio da placenta da mãe para o feto (sífilis congênita). Outras formas de transmissão são por meio da via indireta ou por transfusão sanguínea. Entende-se que a enfermagem desempenha um papel fundamental para o controle e prevenção da sífilis, cabendo ainda, a criação de novas políticas públicas na Atenção Básica de Saúde voltada à sífilis, na finalidade de diminuir os números de casos no país, melhorando a qualidade de vida da população. O projeto tem como objetivo geral abordar a assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Especificamente abordar o conceito de sífilis, explicar o conceito de pré-natal e assistência de enfermagem à gestante, discorrer sobre o estado emocional e psicológico da cliente durante esse processo; abordar sobre o manejo da gestante na chegada à maternidade e no parto, dissertar sobre a assistência de enfermagem realizada no período neonatal na criança exposta à sífilis congênita. Trata-se de uma pesquisa com o tema saúde da mulher, sendo um trabalho exploratório e qualitativo com o método de revisão bibliográfica. Os dados serão analisados pelo pesquisador juntamente com o professor orientador de forma ética, conforme preconiza a resolução 196 do conselho nacional em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis. Ciclo-gravídico-puerperal. Assistência Enfermagem.

## **INTRODUÇÃO**

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema Pallidum* e, apesar de ser um agravo prevenível, ainda se apresenta como um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo que o grupo de maior incidência compreende mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos.

Uma das principais dificuldades no controle dessa infecção se trata de seu alto índice em mulheres com idade reprodutiva, aumentando o risco de casos de sífilis congênita por meio de transmissão vertical, que se dá por via

transplacentária em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença, ocorrendo em gestante não tratada ou inadequadamente tratada, ou ainda por contato direto com a lesão no momento do parto.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2018, o número total de casos notificados de sífilis em gestantes no Brasil foi de 62.599, 25% a mais que o ano anterior (BRASIL, 2019). “Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017.” (BRASIL, 2019, p.20).

Em consonância com os dados obtidos da organização pan-americana da saúde (OPAS) novas estimativas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. (OPAS, 2019).

Essa infecção, durante a gravidez, pode acarretar problemas graves ao concepto como sequelas visuais, auditivas, físicas e mentais, podendo provocar também o aborto, a natimortalidade e o óbito.

Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de SC. (BRASIL, 2019, p.183).

O Brasil ainda apresenta um alto índice de sífilis congênita, implicando diretamente na inefetividade dos objetivos esperados de um pré-natal de alta qualidade, realizado de forma minuciosa quanto ao acompanhamento e a busca ativa das gestantes já diagnosticadas.

Em consonância com o Boletim Epidemiológico de Sífilis, no que concerne ao acesso ao pré-natal, em 2018, 81,8% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto 13,3% não o fizeram e 4,9% apresentaram informação ignorada. Em relação ao momento do diagnóstico, 57,6% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 31,8% no momento do parto/curetagem, 5,6% após o parto e 0,8% não tiveram diagnóstico, além de haver 4,3% de ignorados. (BRASIL, 2019).

Entende-se que o manejo clínico no parto e no puerpério, no que se refere ao RN (recém-nascido), depende se o tratamento da mãe foi ou não realizado de forma correta, implicando diretamente na investigação quanto as manifestações clínicas, exames complementares e resultados dos testes não treponêmicos, sendo necessário a notificação de sífilis congênita independentemente dos resultados dos mesmos.

A justificativa para realização desta pesquisa baseia-se na importância em abordar a assistência de enfermagem no manejo da sífilis no ciclo gravídico-puerperal. Estando a mesma delimitada a trabalhos científicos que abordem a assistência de enfermagem no manejo da sífilis no ciclo gravídico-puerperal, visando um maior e melhor acompanhamento e desenvolvimento materno-infantil.

O artigo almeja responder qual o papel que o enfermeiro exerce na assistência no manejo da sífilis no ciclo gravídico-puerperal, tendo como objetivo geral ressaltar a importância da assistência de enfermagem no manejo da sífilis no ciclo gravídico-puerperal. Tem-se como objetivos específicos: explicar o conceito de sífilis; abordar o conceito de pré-natal e assistência de enfermagem a gestante; destacar o estado emocional e psicológico da cliente; abordar o manejo da gestante na chegada a maternidade e no parto; explicar a assistência de enfermagem realizada no período neonatal na criança exposta a sífilis congênita.

De acordo com os objetivos estabelecidos neste projeto, acredita-se que a assistência de enfermagem realizada logo no início da gestação é de suma importância para que a mulher tenha um período gestatório sem nenhuma intercorrência e/ou possível sífilis, contudo a enfermagem exerce influência direta na continuidade do acompanhamento à criança e em qualidade de vida.

O presente estudo insere-se na área de saúde da mulher sendo um trabalho explicativo, exploratório e qualitativo, embasado em pesquisa bibliográfica.

[...] registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos (SEVERINO, 2007, p.122).

A pesquisa tem como fonte secundária, sendo material de pesquisa embasado em matérias previamente analisadas e publicadas, sendo utilizado para amostra estudos realizados sobre assistência de enfermagem no manejo da sífilis no ciclo gravídico-puerperal.

Os dados utilizados na elaboração do projeto foram coletados mediante livros, artigos científicos periódicos que abordam o tema delimitado.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **CONCEITO DE SÍFILIS**

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). (Brasil- Ministério da Saúde, s.p).

Em consonância com os dados obtidos no Ministério da Saúde os sinais e sintomas variam de acordo com o estágio, dividindo-se em: primário se caracterizando por ferida geralmente única, que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio, lesão esta rica em bactérias, a qual não dói, não coça, não arde e não tem pus, e pode estar seguida de ínguas na virilha. No segundo estágio os sinais e sintomas aparecem entre 6 semanas e 6 meses do aparecimento e cicatrização da ferida inicial, e é caracterizado pelo aparecimento de manchas no corpo, incluindo nas palmas das mãos e plantas dos pés, normalmente não coçam, também pode ocorrer febre, mal-estar, dor de cabeça e ínguas pelo corpo. Na fase latente não aparecem sinais e sintomas, e é dividida em sífilis latente recente (menos de 2 anos de infecção) e sífilis latente tardia (mais de 2 anos de infecção), seu período varia até ser

interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária. A fase terciária pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte. (Brasil- Ministério da Saúde, s.p).

A sífilis congênita é transmitida para a criança durante a gestação via transmissão vertical. Seu diagnóstico é feito via teste rápido, no caso de resultado positivo, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial não treponêmico para confirmação do diagnóstico, em caso de grávidas, devido ao risco de transmissão ao feto, o tratamento deve ser começado com apenas um teste positivo, sem ter a necessidade de aguardar o resultado do segundo teste. (Brasil-Ministério da saúde, s.p)

O tratamento dessa infecção é realizado com o uso da penicilina benzatina, popularmente conhecida como benzetacil, sendo o medicamento mais eficiente para combater essa bactéria. Em gestantes, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível e em até 30 dias antes do parto, com a penicilina benzatina para evitar a transmissão vertical.

Entende-se que o parceiro sexual dessa gestante também deve ser testado e tratado corretamente para evitar a reinfecção. Como métodos para prevenir a sífilis, o mais seguro e eficaz é o uso correto e regular do preservativo feminino e/ou masculino, e como prevenção da sífilis congênita, o acompanhamento do pré-natal de qualidade contribui para seu controle.

## **CONCEITO DE PRÉ-NATAL E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE**

Pré-natal estende-se ao conjunto de atendimentos ou visitas planejadas à gestantes, visando acompanhar todo o período gestacional, certificando-se ao fim da gravidez, o nascimento de uma criança sadia, bem como a garantia do bem-estar materno e neonatal. (BRASIL, 2011, p.15).

No Brasil, o programa de atenção ao pré-natal distingue-se pela promoção de ações preventivas e educativas por meio de um contato exclusivo, individual e contínuo da gestante com o serviço de saúde.

Durante a primeira consulta, os exames complementares essenciais são: urina (EAS e cultura para rastrear bacteriúria assintomática); Grupo sanguíneo e fator Rh; Hemograma completo (rastrear anemia); Glicemia de jejum; Reações sorológicas: sífilis (VDRL, toxoplasmosose, HIV, hepatite B (HBsAg)); Rastreamento de clamídia e gonococo [Centers for Disease Control (CDC), 2010]; Citologia cervicovaginal (pelo menos cinco sociedades americanas não recomendam a citologia de rotina na gravidez, a menos que a grávida esteja qualificada pelas diretrizes de rastreamento correntes; e identificação da mulher que necessita de cuidados adicionais. Feito o exame inicial, a gestante retornará após 1 semana, com as análises clínicas solicitadas, quando lhe será prescrita eventual medicação e as instruções sobre a dieta a ser seguida. MONTENEGRO, A. C. B.; FILHO, J. de R.; 2014, p. 234.

No decorrer das consultas de pré-natal, é de grande relevância a realização de avaliação e exame das mamas, onde observar-se o desenvolvimento das modificações que ocorrem espontaneamente nas mamas durante o período gestatório. O início prévio do acompanhamento da gestante pelo nutricionista juntamente ao início do pré-natal, beneficia a programação do ganho de peso gestacional ainda no primeiro trimestre, favorecendo o desenvolvimento e evolução do feto e o peso do mesmo ao nascer. Visto isso, a avaliação nutricional deve englobar os seguintes elementos para coleta de dados: idade cronológica e ginecológica, estado pré-gestacional, sinais clínicos de má-nutrição, índices hematológicos, ganho de peso gestacional, uso de medicamentos, presença de doenças crônicas ou infecções, atividade fisiológica, avaliação dietética com ênfase na ingestão de proteínas, vitamina C, fibras, cálcio, calorias vazias e gordura. O comitê consta que a cada consulta de pré-natal seja realizado o cálculo dietético, para monitorar do ganho de peso gestacional, para que sejam classificados os possíveis motivos relacionados ao ganho de peso indevido. A suplementação de ferro, ácido fólico, iodo (para áreas endêmicas) deve ser indicada quando preciso.

Caso ocorra a cegueira noturna é fundamental a cautela para averiguação da mesma incentivando a ingestão de alimentos fonte de vitamina A e suplementação de vitamina A. O adicional de cálcio deve ser conjecturado

para riscos de pré-eclâmpsia. A OMS recomenda, a assistência pós-parto, com a análise do peso materno, prognóstico dietético e devem ser apresentadas e concedidas orientações para o aleitamento materno.

A sífilis apesar de ser uma doença passível de prevenção, vem ocupando lugar em destaque no mundo todo, sendo de grande preocupação para os profissionais de saúde diante das complicações que podem acometer a gestante e ao bebê. Visto que após a introdução da penicilina em 1943, a sífilis apresentou uma diminuição progressiva, entretanto, nos últimos anos tem sido observado um recrudescimento desta doença.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2018, o número total de casos notificados de sífilis em gestantes no Brasil foi de 62.599, 25% a mais que o ano anterior (BRASIL, 2019). “Esse aumento pode ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017”. (BRASIL, 2019, p.20).

Diante disso, a assistência e acolhimento de enfermagem deve-se proceder de forma ética, solidária e cooperativa, sendo uma conduta com aptidão, agilidade e habilidade, de maneira comunicável na qual constitui-se em deixar que a mulher especifique suas emoções, sensações, vivências, incertezas, inseguranças e aflições. O profissional precisa valorizar e enaltecer a fala da mulher, estimulando na mesma o sentimento de ser compreendida a cada encontro e, por fim, evitar fazer críticas diante dos princípios religiosos, culturais e independência de cada mulher.

## **ESTADO EMOCIONAL E PSICOLÓGICO DA CLIENTE**

As ISTs são doenças que constituem graves problemas sanitários, decorrentes das manifestações patológicas da fase aguda e das complicações físicas, psicológicas e sociais comprometendo as pessoas portadoras dessas doenças, principalmente nos casos assintomáticos. (OLIVEIRA, M.H.P. de; et al; 1987, p. 39).

A doença se não acompanhada e tratada corretamente pode acarretar sérios problemas psicológicos nas mães sifilíticas como: sentimento de culpa, temor, medo de uma futura relação, desconfiança, tristeza, raiva, ansiedade, agitação e por vezes depressão, muitas vezes influenciadas pelo tipo de cultura, sentimentos religiosos, aspectos morais, dentre outros. (PAGNANO, P.M.G; BECHELLI, L.M, 1987, p. 271).

O psicológico de uma mulher que sofreu por essa doença transmissível é sem dúvida abalado, isso ocorre na maioria das vezes pela expectativa de uma gestação tranquila, e se faz necessário um olhar crítico e humanitário em relação a estrutura emocional dessa mulher.

Visto que as ISTs carregam consigo um estigma histórico vinculado à prostituição, à marginalização, ainda que se tenha buscado mudanças de nomenclatura continuam percebidas como doença originária do pecado. Estes preconceitos e tabus advindos dos conceitos do passado, acarretam sérios problemas psicossociais, levando os indivíduos portadores a ocultarem seu problema a fim de não serem identificados pela sociedade, nem de se tornarem alvos de curiosidade, escárnio ou rejeição popular. Tal receio, tem sua razão de ser, na medida em que envolvem problemas de ordem ética e social, e como consequência, questões pessoais frequentemente difíceis de serem enfrentados conquanto revelem intimidades. (OLIVEIRA, M. H. P. de; et al; 1987, p. 39).

A equipe multidisciplinar deve estar preparada para prestar assistência com base em evidências científicas, com atendimento humanizado e de qualidade para a mulher, para que o processo de cura possa ser realizado de forma correta, e que minimizem ao máximo os danos psicológicos e de saúde que possam surgir.

## **MANEJO DA GESTANTE NA CHEGADA À MATERNIDADE E NO PARTO**

A chegada da gestante na maternidade para o parto é um momento delicado, em que a mulher se sente envolta por sentimento de insegurança e medo, havendo receio sobre o desfecho dessa fase tão esperada. Dessa forma, é um dever do profissional de enfermagem promover um ambiente acolhedor, proporcionando uma relação de confiança em que haja a



transmissão de tranquilidade para a paciente e também orientando sobre os procedimentos pelos quais ela será submetida.

A realização do teste rápido para sífilis na triagem tem o objetivo de identificar se a gestante apresenta o *treponema pallidum*, no qual é colhido uma amostra de sangue para a obtenção do resultado, que pode ser reagente ou não reagente. “Se o resultado for reagente deverá ser realizado teste não-treponêmico e uma detalhada investigação da parturiente.” (BRASIL, 2016, p.52).

As informações contidas na caderneta da gestante são de extrema importância para a investigação de dados adquiridos durante o pré natal. No caso de gestantes portadoras de sífilis, é necessário que haja a obtenção de todo acompanhamento feito na atenção primária, como a idade gestacional em que houve a infecção pelo *treponema pallidum*, tratamento da gestante realizado de maneira adequada, tratamento do parceiro e a análise realizada para a identificação do estágio da sífilis, tratando-se ou não de um caso de reinfeção. (BRASIL, 2006).

Essas evidências implicam diretamente na saúde principalmente do concepto, partindo do pressuposto de que a sífilis congênita pode causar problemas graves que poderão comprometer a vida do bebê, originando sequelas irreversíveis. Dessa forma, uma sistemática investigação desses determinantes podem exercer influência sobre a profilaxia indicada no tratamento e no acompanhamento permanente do binômio mãe-criança. (BRASIL, 2006).

Sendo possível a transmissão direta da sífilis no canal de parto, entende-se que a via de parto a ser definida nesses casos é de escolha do médico obstetra, levando em consideração o momento do diagnóstico e por meio de uma prévia avaliação do canal de parto, para que possa ser identificado indicadores que estabeleçam os critérios para a realização de um

parto seguro. Tais critérios incluem a identificação de possíveis lesões que aumentariam o risco de transmissibilidade da mãe para o bebê por contato direto. (BRASIL, 2006).

A notificação compulsória da sífilis se faz necessária para que haja dados verídicos quanto ao número de casos em cada região. Segundo SÃO PAULO, 2016, p.49:

A notificação da sífilis em gestante deve ser realizada apenas durante o pré natal. Na maternidade, esta notificação altera o indicador 'taxa de detecção de sífilis na gestação' (TDSG), uma vez que eleva de forma incorreta o mesmo, comprometendo a avaliação da meta de eliminação da sífilis congênita. (...) A mulher diagnosticada na maternidade, no momento do parto, deverá ser notificada apenas como caso de sífilis adquirida e o recém-nascido notificado como caso de sífilis congênita.

### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM REALIZADA NO PERÍODO NEONATAL NA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS CONGÊNITA**

O papel do enfermeiro na assistência prestada ao recém-nascido exposto à sífilis congênita deve ser imediatamente após o nascimento, na realização de exames diagnósticos complementares ao VDRL, no qual o RN é submetido para testagem qualitativa.

Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas durante os primeiros três meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade e o seguimento ambulatorial do recém-nascido. (SÃO PAULO, 2016, p. 59)

Em consonância com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a criança com sífilis congênita ao nascer já pode se encontrar gravemente doente ou com manifestações clínicas menos intensas ou até com aparência saudável (a maior parte dos casos, atualmente), vindo a manifestar a doença mais tardiamente, meses ou anos depois, quando sequelas graves e irreversíveis podem se instalar. (SÃO PAULO, 2016).

O manejo clínico realizado tem o objetivo de oferecer ao recém-nascido um tratamento precoce e imediato. Sendo que as drogas de escolha para o

procedimento terapêutico é a penicilina cristalina e procaína, havendo evidências de que a penicilina cristalina determina maiores e mais constantes níveis líquóricos, por isso é a droga de escolha para o tratamento de neurosífilis.

O esquema atual recomendado pela secretaria do estado da saúde de São Paulo consiste:

No período Neonatal

**A - Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não-treponêmico (VDRL) no sangue periférico do recém-nascido, realizar:** hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis) e outros exames, quando clinicamente indicados. De acordo com a avaliação clínica e de exames complementares:

- A 1 - se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina 78 na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via intravenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, a cada 24 horas (dose única diária), via intramuscular, durante 10 dias (se houver perda maior do que um dia na aplicação da penicilina G procaína a criança deverá reiniciar o tratamento);

- A 2 - se houver alteração líquórica ou se não foi possível colher o líquido, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via intravenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias;

- A 3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas e a sorologia de sangue periférico do recém-nascido for negativa, o tratamento deverá ser feito com penicilina G benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, por via intramuscular. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com titulações de teste não-treponêmico (VDRL) sérico após conclusão do tratamento (ver seguimento, adiante). Na impossibilidade de garantir o seguimento clínico-laboratorial, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

**B - Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas:** realizar teste não-treponêmico (VDRL) em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este for reagente, com titulação maior do que a materna e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR:

- B 1 - se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

- B 2 - se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

**C - Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas:** realizar teste não-treponêmico (VDRL) em amostra de sangue periférico do recém-nascido:

- C 1 - se for assintomático e o teste não-treponêmico (VDRL) não for reagente proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento realizar o tratamento com penicilina G benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, via intramuscular.
- C 2 - se for assintomático e tiver o teste não treponêmico (VDRL) reagente, com título igual ou menor que o materno o tratamento deverá ser feito como em A3. (SÃO PAULO, 2016, p.78)

É válido ressaltar a importância do contínuo acompanhamento (contra referência) da criança para que haja prosseguimento no tratamento e garantia de uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, a mãe ou responsável encontrará o suporte necessário na atenção primária, assegurando uma assistência integral.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), curável, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, e que ainda se apresenta como um grave problema de saúde pública no mundo, podendo apresentar diversas manifestações clínicas e diferentes estágios. Sua transmissão se dá pela prática sexual sem preservativo, por via transplacentária da mãe para o filho, em gestante não tratada ou inadequadamente tratada, podendo haver contaminação pelo contato direto da criança com as lesões no canal de parto, sendo o pré-natal realizado de forma adequada um fator primordial para a detecção precoce e medidas de profilaxia na interrupção da cadeia de transmissibilidade.

Dentre as doenças que podem ser transmitidas no ciclo gravídico-puerperal, a sífilis continua apresentando altas taxas de transmissão e ultrapassando as barreiras da prevenção realizada pela atenção básica, sendo assim, entende-se que existe uma falha englobando a proteção não utilizada durante a prática sexual, além de diagnósticos e tratamentos tardios.

Estudos apontam que um pré-natal de qualidade pode implicar diretamente na saúde do binômio mãe-bebê, evitando assim, a transmissão da

doença por via transplacentária e resultando na diminuição do risco de complicações desfavoráveis à criança. O enfermeiro como pré-natalista, é peça chave na prevenção e detecção da sífilis gestacional e congênita. Exames de rotina realizados no 1º e 3º trimestres podem sinalizar a existência de sífilis no organismo materno, o que possibilitam diagnósticos e tratamentos imediatos tanto da gestante como do parceiro, evitando uma possível reinfecção.

Dentre as responsabilidades do enfermeiro durante o ciclo gravídico puerperal, está a de fornecer informações que melhorem a qualidade de vida e saúde da mãe e da criança, sendo de extrema importância o tratamento e o manejo clínico realizado, que incluem a medicação preconizada e o contínuo acompanhamento da criança na atenção básica para a melhoria de suas condições de saúde e qualidade de vida. Portanto, é evidente que a participação do enfermeiro no manejo clínico é primordial frente às diferentes etapas do cuidado, exercendo uma assistência necessária e integral para a promoção da saúde e impactando diretamente na prevenção de agravos.

## REFERÊNCIAS

MONTENEGRO, C. A. B; FILHO, J. de R; **Rezende obstetrícia fundamental**. 13º ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2014.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

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. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sifilis\\_bolso.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Maria Lucia Medeiros Lenz e Rui Flores, Porto alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 236p. 2011. Disponível em <[https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/manual\\_atencao\\_saude\\_da\\_gestante\\_2011.pdf](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/manual_atencao_saude_da_gestante_2011.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Saúde de A a Z. **Site do Ministério da Saúde**. Brasil, sp., 2020. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <[http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico: Sífilis**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 44p. 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde publica novas estimativas sobre sífilis congênita. **Site da Organização Pan-americana da saúde**. Brasília, fev, 2019. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812)>. Acesso em: 14 abr. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112p. Disponível em: <[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis\\_2edicao2016.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2020.

OLIVEIRA, M.H.P. de; et al. Reações emocionais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis no momento da confirmação do seu diagnóstico. **Rev. Bras. Enf.** Brasília. v. 40. n. 1. p. 38-42, 1987. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v40n1/v40n1a07.pdf>>

PAGNANO, P.M.G; BECHELLI, L.M. J. **bras. psiquiatr.** Campinas, v.36, n.5, p.271-274, 1987. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-7801>>. Acesso em: 30 out. 2020. Acesso em: 30 out. 2020.

RODRIGUES, C. S; G, M. D. C; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v.16. n.3. p.168-175, 2004. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2004.v16n3/168-175/pt>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SARACENI, V et al. Mortalidade Perinatal por Sífilis Congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.21, n.4, p.1244-1250, 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400027&lng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400027&lng=es)> Acesso em: 16 abr. 2020.