

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

AMANDA ROCHO

ACOMPANHAMENTO E DESFECHO DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES
DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS: Revisão Integrativa

PORTO ALEGRE

2019

AMANDA ROCHO

ACOMPANHAMENTO E DESFECHO DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES
DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS: Revisão Integrativa

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado a
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Maria Zarth

PORTO ALEGRE
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser a força que me mantém de pé durante os momentos difíceis, além de me proporcionar uma das maiores dádivas da minha vida, meu filho Vicente.

Aos meus pais Jaime Nunes Rocho e Simone Garcia do Nascimento que além da educação e valores, me deram todo apoio, compreensão e auxílio durante essa trajetória.

À minha avó Fátima Tereza Raupp Garcia por ser responsável pela minha permanência e conclusão na graduação.

Ao meu dindo André Bender Machado e minha dinda Cristiane Garcia do Nascimento por sempre acreditarem no meu potencial e me incentivarem a alcançar meus sonhos.

Aos demais membros da minha família que compreenderam meus momentos de ausência e sempre se mantiveram ao meu lado me apoiando.

Aos meus colegas da graduação por percorrerem comigo esta etapa com muita alegria e companheirismo.

À minha orientadora Professora Silvana Maria Zarth por todo conhecimento e experiências trocadas, que foram capazes de enriquecer não apenas minha jornada profissional, mas também minha jornada pessoal.

Ao Enfermeiro Geroges Peres pelos ensinamentos e contribuições que me auxiliaram a iniciar meu trabalho de conclusão.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e à Escola de Enfermagem pela oportunidade e acolhimento.

A todos que contribuíram de alguma forma para a concretização desse sonho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos específicos	7
3 METODOLOGIA	8
3.1 Tipo de estudo	8
3.2 Formulação do problema	8
3.3 Coleta dos dados	8
3.4 Avaliação dos dados	9
3.5 Análise dos dados	9
3.6 Apresentação dos resultados	9
3.7 Aspecto éticos	9
REFERÊNCIAS	10
4 ARTIGO - REVISTA COGITARE	12
APÊNDICE A - INSTRUMENTO E AVALIAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	41
APÊNDICE B - QUADRO SINÓPTICO GERAL	42
ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMPESQ – PROJETO N° 37515	43
ANEXO B – NORMAS REVISTA COGITARE ENFERMAGEM	46

1 INTRODUÇÃO

Segundo estimativas de KORENROMP et al. (2019) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2016 cerca de um milhão de mulheres grávidas foram diagnosticadas com sífilis. Como resultados foram identificados 661 mil casos de sífilis congênita, incluindo 355 mil desfechos adversos ao nascimento, 143 mil mortes fetais e bebês natimortos, 61 mil óbitos neonatais e 41 mil nascimentos prematuros ou com baixo peso. No Brasil, em 2017 foram notificados 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos) e 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2018a).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que provoca doença somente em humanos (BRASIL, 2018b). A infecção pode ser classificada como sífilis adquirida ou sífilis congênita. A sífilis adquirida é descrita em diferentes estágios – primário, secundário, latente recente, latente tardio e terciário (BRASIL, 2018b; HORVÁTH, 2011). As manifestações variam com os estágios, porém eventualmente a sífilis pode se apresentar de forma assintomática (FRIEDRICH, 2010; HORVÁTH, 2011). Não existem alterações nas manifestações clínicas de sífilis durante a gestação e embora assintomática, a infecção ainda pode ser transmitida ao feto (FRIEDRICH, 2010; SAMUELSON, 2000). Quando não tratada na gravidez resulta em desfechos obstétricos adversos como óbitos fetais e neonatais, prematuridade e baixo peso ao nascer (WHO, 2012).

A principal via de transmissão é através do contato sexual (sífilis adquirida), o que caracteriza a sífilis como uma infecção sexualmente transmissível (IST), mas no período gestacional pode ser transmitida ao feto pela transmissão vertical (sífilis congênita) (BRASIL, 2018b). A transmissão materno-fetal pode ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo a taxa de transmissão maior durante os estágios iniciais (primário, secundário e latente recente) (FRIEDRICH, 2010). A probabilidade de infecção fetal é influenciada por diferentes fatores como idade materna, estágio da sífilis, tratamento da mãe, duração da exposição fetal e resposta imunológica do feto (BRASIL, 2018b).

A sífilis congênita também pode se apresentar de forma sintomática ou assintomática nos recém-nascidos. Quando crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, a infecção pode permanecer latente e as manifestações características da doença se apresentarem tardiamente. Para tanto, a sífilis congênita é categorizada em dois estágios: precoce (sintomas e diagnóstico até o segundo ano de vida) e tardia (após o segundo ano de vida) (BRASIL, 2018b).

O diagnóstico da sífilis depende da associação entre a história do indivíduo, achados clínicos e confirmação por meio de testes laboratoriais (BRASIL, 2016). O conhecimento do provável estágio da sífilis deve ser considerado para escolha adequada do tipo de teste a ser utilizado (BRASIL, 2016). Os testes diagnósticos para sífilis podem ser classificados em duas categorias: exames diretos, os quais realizam a identificação do agente *T. pallidum* por meio de pesquisa do material coletado de lesão cutaneomucosa, biópsia, placenta e/ou cordão umbilical, não sendo considerados métodos de rotina; e testes imunológicos, que são os métodos convencionalmente utilizados e são divididos como não treponêmicos e treponêmicos (BALLARD et al, 2013; BRASIL, 2016).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos para *T. pallidum*, que estão presentes na doença. Os testes reagem a um antígeno complexo que consiste em cardiolipina, lecitina e colesterol, podendo ser qualitativos ou quantitativos. Entre os tipos de testes não treponêmicos que utilizam metodologia de floculação estão o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês, *Rapid Test Reagin*), o USR (do inglês *Unheated Serum Reagin*) e o TRUST (do inglês *Toluidine Red Unheated Serum Test*) (BRASIL, 2016; JANIER et al., 2014).

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos contra os antígenos do *T. pallidum*. São utilizados para a confirmação de diagnóstico em conjunto com teste não treponêmico (BRASIL, 2016). Não são indicados para monitoramento de tratamento, dado que os anticorpos antitreponêmicos persistem no organismo do indivíduo infectado, mesmo depois do tratamento, impossibilitando a diferenciação entre uma infecção recente e uma infecção antiga (BRASIL, 2016). Entre os testes treponêmicos utilizados estão: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination Test*); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*); quimioluminescência (EQL, do inglês *Electrochemiluminescence*); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*); testes rápidos (imunocromatográficos) (BRASIL, 2016).

O diagnóstico na criança com suspeita de sífilis congênita deve abranger a avaliação da situação materna, a avaliação dos sinais clínicos, resultados de exames laboratoriais e de imagem da criança (BRASIL, 2016). São analisados em conjunto os resultados dos testes realizados na criança e na mãe, visto que os anticorpos IgG maternos podem ser transferidos ao feto (BRASIL, 2016). Para o diagnóstico definitivo, levando em consideração as diferentes manifestações da doença na sífilis congênita, são recomendados exames complementares como: Amostra de sangue (hemograma, perfil hepático e eletrólitos); Avaliação neurológica, incluindo

punção liquórica (células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos); Raio-X de ossos longos; Avaliação oftalmológica e audiológica (BRASIL, 2016).

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis em qualquer indivíduo portador da infecção (BRASIL, 2018b; WENDEL, 2002). Durante a gestação é eficaz na prevenção da transmissão materna ao feto e possibilita também o tratamento fetal (WENDEL, 2002). A Ceftriaxona apresenta-se como uma alternativa terapêutica à penicilina em caso de alergia ou falta do medicamento de primeira linha (BRASIL, 2018b; WENDEL, 2002). No entanto, não existem subsídios suficientes para comprovar a eficácia da sua ação. Nesse sentido, a dessensibilização à penicilina é o método preferido para os casos de gestantes alérgicas (BRASIL, 2018b; WENDEL, 2002).

Embora o rastreamento e tratamento da sífilis utilizem tecnologias simples, de baixo custo e amplo acesso, ainda existem muitos casos de sífilis na gestação que resultam em desfechos obstétricos adversos. A sífilis gestacional e a sífilis congênita continuam a impactar a saúde pública, destacando-se no cenário mundial como importantes contribuintes nos indicadores de morbimortalidade infantil. Desse modo, configuram-se como uma importante questão de saúde a ser trabalhada pelos diferentes profissionais que atuam na área.

Entre os profissionais relacionados ao acompanhamento das mulheres em período gestacional, destaca-se o papel do enfermeiro que está na linha de frente do manejo às ISTs como a sífilis. Entendendo como primordial a articulação entre o conjunto de saberes e práticas para a atuação do enfermeiro, o presente estudo de revisão busca responder a seguinte questão norteadora: “Qual o conhecimento produzido na literatura sobre as características da gestante, o acompanhamento do pré-natal e os desfechos obstétricos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação?”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre as características da gestante, o acompanhamento do pré-natal e os desfechos obstétricos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis na gestação.

Analisar a adesão às consultas de pré-natal e tratamento das gestantes diagnosticadas com sífilis.

Relatar os principais desfechos adversos dos casos de pré-natal de gestantes com sorologia positiva para sífilis.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O caminho metodológico evidencia um estudo de Revisão Integrativa da Literatura conforme metodologia proposta por Cooper (1984). A revisão integrativa se caracteriza por reunir, sintetizar e analisar resultados de pesquisa sobre um fenômeno específico. O processo abrange cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados (COOPER, 1984).

3.2 Formulação do problema

Os objetivos do estudo seguiram a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre as características, o acompanhamento e desfechos do pré-natal de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação? ”.

3.3 Coleta dos dados

Os bancos de dados eletrônicos selecionados para a pesquisa foram: *Public MEDLINE* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados para busca nesses repositórios descritores padronizados pela classificação de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e *CINAHL Headings*. Os descritores utilizados foram respectivamente *syphilis*, *pregnancy* e *prenatal care*. Durante as buscas foi adicionado o operador booleano “AND” entre os descritores.

A busca na literatura foi delimitada através dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Critérios de inclusão utilizados: artigos publicados no período de 2015 a 2019, disponíveis na íntegra e de acesso gratuito, textos publicados em português, espanhol e inglês. Justifica-se a definição do período estabelecido por conter estudos mais recentes referentes ao tema. Critérios de exclusão utilizados: artigos fora da temática ou que não respondiam à questão norteadora, trabalhos duplicados, estudos de revisão integrativa, relatos de caso, relatos de experiência e publicações que não são artigos como teses, dissertações, manuais e capítulos de livros.

3.4 Avaliação dos dados

Após a seleção dos artigos para leitura na íntegra, foram extraídos os principais resultados que respondiam à pergunta de revisão. Para essa fase foi utilizado instrumento de avaliação de dados (APÊNDICE A), no qual foram registradas as seguintes informações: dados de identificação do artigo, local de realização do estudo, autores, ano, periódico, metodologia, objetivo, resultados e conclusões.

3.5 Análise dos dados

As informações oriundas do instrumento de avaliação dos dados (APÊNDICE A) foram registradas de forma resumida em um quadro sinóptico geral (APÊNDICE B), permitindo a análise e comparação das produções. Os dados foram interpretados resultando na síntese das discussões e conclusões relacionadas à questão norteadora.

3.6 Apresentação dos resultados

Os resultados foram apresentados por meio de quadros, gráficos e tabelas de modo a permitir a visualização das informações encontradas.

3.7 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa, foram preservados os direitos autorais de acordo com a Lei nº9.610/98, artigo 184 do Código Penal, que proíbe a reprodução total ou parcial das obras (BRASIL, 1998). O trabalho foi redigido e os autores foram referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002; ABNT 2011). A proposta foi encaminhada para Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem – COMPESQ/ EENF e aprovada conforme parecer nº 37515 (ANEXO A).

REFERÊNCIAS

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10520**: Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação. Rio de Janeiro, ago. 2002.
- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 14724**: Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro, abr. 2011.
- BALLARD, Ronald et al. **Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus**. Switzerland: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 jun. 2019.
- BRASIL. Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília: Distrito Federal, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm>. Acesso em: 07 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018**. Distrito Federal, 2018a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 09 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Distrito Federal, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>>. Acesso em: 06 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Distrito Federal, 2018b. Disponível em: <http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/pcdt_tv_20_08_18.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.
- COOPER, H. M. **The integrative research review: a systematic approach**. 2. ed. Newburg. Beverly Hills: Sage Publications, 1984, p.143.
- FRIEDRICH, Luciana. Infecções Congênitas e Perinatais. In: PITREZ, Jose Luiz Bohrer; PICON, Paula Xavier; BARROS, Elvino (Org.) **Pediatria: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p.139-157.
- HORVÁTH, A. Biology and Natural History of Syphilis. In: GROSS, G; TYRING, SK, (Edi.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. [S.l]: Springer, 2011, p. 129-141.
- JANIER, M. et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. **Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology**, [s.i.], v. 28, n. 12, p.1581-1593, 27 out. 2014. Wiley. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12734>>. Acesso em: 06 jul. 2019.

KORENROMP, E. L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **Plos One**, [s.i] v. 28, n. 2, 2019; 14(2). Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>>. Acesso em: 26 out 2019.

SAMUELSON, J. Doenças Infecciosas. In: COTRAN, RS; KUMAR V; COLLINS, T (Edi.). **Patologia Estrutural e Funcional**. 6ª ed. Philadelphia: Guanabra Koogan, 2000, p. 296-360.

WENDEL JUNIOR, George d. et al. Treatment of Syphilis in Pregnancy and Prevention of Congenital Syphilis. **Clinical Infectious Diseases**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.200-209, 15 out. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1086/342108>>. Acesso em: 06 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis**: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Switzerland: World Health Organization, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75480/9789241504348_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 mai. 2019.

4 ARTIGO – REVISTA COGITARE

PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

ACOMPANHAMENTO E DESFECHO DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Amanda Rocho¹, Silvana Maria Zarth²

1. Estudante de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Contribuição: aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo.

2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Contribuição: aprovação da versão final do estudo a ser publicado.

Categoria do Artigo: Artigo de Revisão Integrativa

Autor Correspondente:

Silvana Maria Zarth

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963, Rio Branco, CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil

szarth@hcpa.edu.br

(51) 3359-8626

ACOMPANHAMENTO E DESFECHO DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS: Revisão Integrativa

RESUMO

Trata-se de um Revisão Integrativa da literatura científica, que teve como intuito identificar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional, analisar a adesão das gestantes às consultas de pré-natal e ao esquema terapêutico, bem como relatar os principais desfechos adversos identificados.

Objetivo: Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre as características da gestante, o acompanhamento do pré-natal e os desfechos obstétricos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação.

Método: Estudo de Revisão Integrativa da Literatura realizado a partir das bases PubMed, CINAHL, Scopus e LILACS. Os critérios de inclusão abrangiam artigos publicados entre 2015 a 2019, disponíveis na íntegra e de acesso gratuito, textos publicados em português, espanhol e inglês.

Resultados: A sífilis materna foi associada a baixas condições socioeconômicas. Foram identificados resultados positivos quanto a participação das mulheres ao pré-natal. Informações menos satisfatórias em relação aos diagnósticos, tratamento e desfechos, indicam lacunas na assistência materno-infantil. Desfechos obstétricos adversos ainda são observados em uma parcela importante dessa população, gerando custos potencialmente evitáveis aos sistemas de saúde.

Conclusão: A coleta de dados possibilitou a análise dos fatores relacionados aos usuários, ao sistema de saúde e aos profissionais que podem contribuir para a manutenção das taxas elevadas de sífilis em gestantes.

DESCRITORES: Gravidez, Complicações Infecciosas na Gravidez, Sífilis, Sífilis Congênita e Cuidado Pré-natal.

INTRODUÇÃO

Segundo estimativas de Korenromp et al.,⁽¹⁾ em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2016 cerca de um milhão de mulheres grávidas foram diagnosticadas com sífilis. Como resultados foram identificados 661 mil casos de sífilis congênita, incluindo 355 mil desfechos adversos ao nascimento, 143 mil mortes fetais e bebê natimortos, 61 mil óbitos neonatais e 41 mil nascimentos prematuros ou com baixo peso⁽¹⁾. No Brasil, em 2017 foram notificados 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos) e 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos)⁽²⁾.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico causada pela bactéria *Treponema pallidum*⁽³⁾. A infecção pode ser classificada como sífilis adquirida ou sífilis congênita. A sífilis adquirida quando não tratada evolui para estágios descritos como – primário, secundário, latente e terciário^(3,4). As manifestações variam com os estágios, porém eventualmente a sífilis pode se apresentar de forma assintomática^(4,5). Não existem alterações nas manifestações clínicas de sífilis durante a gestação e embora assintomática, a infecção quando ativa pode resultar na transmissão fetal^(5,6). Quando não tratada na gravidez resulta em desfechos obstétricos adversos como óbitos fetais e neonatais, prematuridade e baixo peso ao nascer⁽⁷⁾.

A principal via de transmissão é através do contato sexual (sífilis adquirida), o que caracteriza a sífilis como uma infecção sexualmente transmissível (IST), mas no período gestacional pode ser transmitida ao feto pela transmissão vertical (sífilis congênita)⁽³⁾. A

transmissão materno-fetal pode ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo a taxa de transmissão maior durante os estágios iniciais (primário, secundário e latente recente)⁽⁵⁾. A probabilidade de infecção fetal é influenciada por diferentes fatores como estágio da sífilis materna, tratamento da mãe, duração da exposição fetal e resposta imunológica do feto⁽³⁾.

A sífilis congênita também pode se apresentar de forma sintomática ou assintomática nos recém-nascidos⁽³⁾. Quando crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, a infecção pode permanecer latente e os sintomas característicos da doença se manifestarem tardiamente⁽³⁾. Para tanto, a sífilis congênita é categorizada em dois estágios: precoce (sintomas e diagnóstico até o segundo ano de vida) e tardia (após o segundo ano de vida)⁽³⁾.

O diagnóstico da sífilis depende da associação entre a história do indivíduo, achados clínicos e confirmação por meio de testes laboratoriais⁽⁸⁾. Os testes diagnósticos para sífilis podem ser classificados em duas categorias: exames diretos, os quais realizam a identificação do agente *T. pallidum* por meio de pesquisa do material coletado de lesão cutaneomucosa, biópsia, placenta e/ou cordão umbilical; e testes imunológicos, que são os métodos convencionalmente utilizados e são divididos em não treponêmicos e treponêmicos^(8,9).

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento para a sífilis^(3,10). A Ceftriaxona apresenta-se como uma alternativa terapêutica à penicilina em caso de alergia ou falta do medicamento de primeira linha^(3,10). No entanto, não existem subsídios suficientes para comprovar a eficácia da sua ação. Nesse sentido, a dessensibilização à penicilina o método preferido para os casos de gestantes alérgicas^(3,10).

Embora o rastreamento e tratamento da sífilis utilizem tecnologias simples, de baixo custo e amplo acesso, ainda existem muitos casos de sífilis na gestação que resultam em desfechos obstétricos adversos. A sífilis gestacional e a sífilis congênita continuam a impactar a saúde pública, destacando-se no cenário mundial como importantes contribuintes nos

indicadores de morbimortalidade infantil. Desse modo, configuram-se como uma importante questão de saúde a ser trabalhada pelos diferentes profissionais que atuam na área.

Entre os profissionais relacionados ao acompanhamento das mulheres em período gestacional, destaca-se o papel do enfermeiro que está na linha de frente do manejo às ISTs como a sífilis. Entendendo como primordial a articulação entre o conjunto de saberes e práticas para a atuação do enfermeiro, o presente estudo de revisão tem como objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura sobre as características da gestante, o acompanhamento do pré-natal e os desfechos obstétricos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura conforme metodologia proposta por Cooper⁽¹¹⁾. O processo seguiu cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados⁽¹¹⁾.

Os objetivos do estudo seguiram a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre as características, o acompanhamento e desfechos do pré-natal de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação? ”.

A coleta de dados foi realizada a partir das bases *Public MEDLINE* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados para buscas nesses repositórios descritores padronizados: a) Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *syphilis, pregnancy e prenatal care*; b) *Medical Subject Headings* (MeSH): *syphilis, pregnancy e prenatal care*; e c) *CINAHL Headings: syphilis, pregnancy e prenatal care*. Durante as buscas foi adicionado o operador booleano “AND” entre os descritores.

Critérios de inclusão utilizados: artigos publicados no período de 2015 a 2019, disponíveis na íntegra e de acesso gratuito, textos publicados em português, espanhol e inglês.

Critérios de exclusão utilizados: artigos fora da temática ou que não respondiam à questão

norteadora, trabalhos duplicados, estudos de revisão integrativa, relatos de caso, relatos de experiência e publicações que não são artigos como teses, dissertações, manuais e capítulos de livros.

Os principais dados foram extraídos e analisados através de instrumento de avaliação de dados, no qual foram registrados: dados de identificação do artigo, local de realização do estudo, autores, ano, periódico, metodologia, objetivo, resultados e conclusões. As informações oriundas do instrumento de avaliação dos dados foram registradas de forma resumidas em um quadro sinóptico geral, que permitiu a análise e comparação das produções.

O projeto de pesquisa que antecedeu a realização do estudo foi encaminhado para Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem – COMPESQ/EENF e aprovado conforme parecer nº 37515 (ANEXO A).

RESULTADOS

Através das bases de dados foram encontradas 1.831 publicações. Após a estratificação e análise das informações 32 artigos foram selecionados para compor a amostra. A Figura 1 apresenta o fluxograma de buscas e seleção dos estudos incluídos na revisão. Logo após, o Quadro 1 apresenta os artigos selecionados.

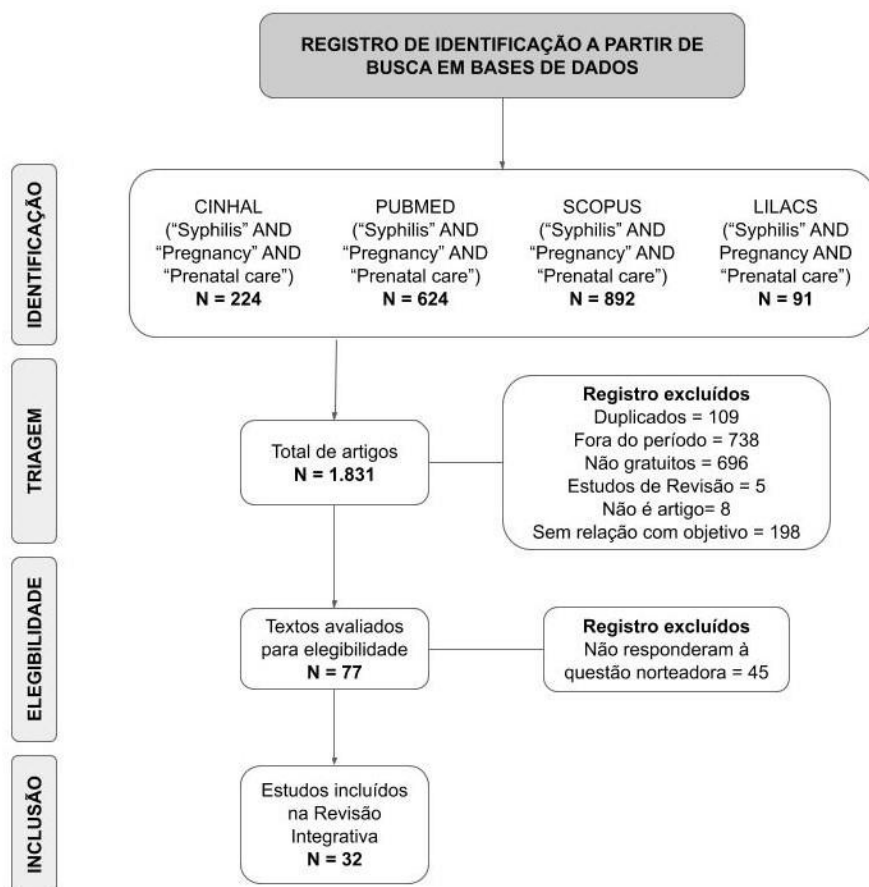


Figura 1- Fluxograma dos cruzamentos e resultados das buscas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Quadro 1 – Apresentação dos artigos selecionados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Nº	Periódico	Autores	Título
1	BMC Infectious Diseases	Liu H, Chen N, Yu J, Tang W, He J, Xiao H, et al.	Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment.
2	Morbidity and Mortality Weekly Report	Wang Y, Wu M, Gong X, Zhao L, Zhao J, Zhu C, et al.	Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant - Suzhou, China, 2011-2014.
3	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria	Torres RG, Mendonca ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC.	Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital.

4	Journal of Nursing UFPE	Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, de Souza Júnior JG, Silva FS.	Epidemiological profile of congenital syphilis.
5	Emerging Infectious Diseases	Bezerra MLMB, Fernandes FECV, Nunes JPO, Baltar SLSMA, Randau KP.	Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil.
6	International Journal of Health Planning & Management	Rodrigues DC, Domingues RMSM.	Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil.
7	Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology	Stafford IA, Berra A, Minard CG, Fontenot V, Kopkin RH, Rodrigue E, Roitsch CM, Rac MW e Hill JB	Challenges in the Contemporary Management of Syphilis among Pregnant Women in New Orleans, LA.
8	BMC Infectious Diseases	Nakku-Joloba E, Kiguli J, Kayemba CN, Twimukye A, Mbazira JK, Parkes-Ratanshi R et al.	Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in Kampala and Wakiso districts, Uganda
9	Rev Latino-Americana de Enfermagem	Padovani C, Rosseto de Oliveira R, Pelloso SM.	Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil.
10	International Journal of Gynecology & Obstetrics	Ebenezer ED, Benjamin SJ, Sahni RD, Prakash JAJ, Chelliah H, Mathews JE.	A retrospective study of the prevalence and outcomes of syphilis in pregnancy in a 5-year period.
11	Sexual Health	Kanai M, Arima Y, Shimada T, Hori N, Yamagishi T, Sunagawa T, et al.	Sociodemographic characteristics and clinical description of congenital syphilis patients and their mothers in Japan: a qualitative study, 2016
12	Saúde e Pesquisa	Machado I, Nascimento da Silva VC, Pereira RMS, Guidoreni CG, Gomes MP.	Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras?
13	Sexually Transmitted Diseases	DiOrio D, Kroeger K, Ross A.	Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative

			Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016.
14	Ciência & Saúde Coletiva	Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP.	Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil.
15	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology	Balla E, Donders GGG.	Features of syphilis seropositive pregnant women raising alarms in Hungary, 2013-2016
16	BMC Health Services Research	Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, de Leon RGP, da Silva Junior GB, Vasconcelos LDPG.	Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - a qualitative study.
17	Arquivos Catarinenses de Medicina	Cunha NA, Biscaro A, Madeira K.	Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina.
18	Pan American Journal of Public Health	Tinajeros F, Ares LR, Elías V, Reveiz L, Sánchez F, Mejía M, et al.	Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia.
19	Revista de Enfermagem UFPE	Nunes JT, Marinho ANV, Davim RMB, Silva GGO, Félix RS, Martino MMF.	Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro.
20	Revista Mexicana de Pediatría	Silva-Chávarro AM, Bois-Melli F.	Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles.
21	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD.	Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014.
22	DST - Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis	Souza LFM, Monteiro PM, Mota AS, Pellegrini Júnior EN, Passos MRL.	Análise dos casos de notificação de sífilis congênita em um hospital de referência de Niterói, 2008-2015.
23	Revista Panamericana de Salud Pública	Saraceni V, Mendes Pereira GF, Freitas da	Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados

		Silveira M, Leite Araujo MA.	de seis unidades federativas no Brasil.
24	International Journal of Gynecology & Obstetrics	Claire L Townsend, Kate Francis, Catherine Peckham, Patricia Ann Tookey.	Syphilis screening in pregnancy in the United Kingdom, 2010–2011: a national surveillance study.
25	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Soares LG, Zarpellon B, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA.	Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases.
26	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Magalhães M, Bastos L, Areia AL, Franco S, Malheiro ME, Afonso ME, Moura P.	Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital.
27	BioMed Research International	Dou L, Wang X, Wang F, Wang Q, Qiao Y, Su M, et al.	Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013.
28	Cadernos de Saúde Pública	Domingues RM, Leal Mdo C.	Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil.
29	American Journal of Obstetrics and Gynecology	John R. Su, Lesley C. Brooks, Darlene W. Davis, Elizabeth A. Torrone, Hillard S. Weinstock, Mary L. Kamb	Congenital Syphilis: Trends in Mortality and Morbidity in the United States, 1999–2013
30	Revista Brasileira de Epidemiologia	Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR.	Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle.
31	Revista de APS	Alves Rezende EM, Bezerra Barbosa N.	A Sífilis Congênita como indicador da Assistência de Pré-natal no estado de Goiás.
32	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Nonato SM, Melo APS, Guimaraes MDC.	Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013.

Os estudos analisados foram publicados em 27 periódicos diferentes, 22 dos periódicos continham apenas uma publicação e cinco apresentaram duas publicações sobre o tema. A

análise quantitativa foi a principal metodologia utilizada nos trabalhos. Referente ao ano de publicação dos artigos 2018 e 2017 foram os períodos com o maior número de artigos selecionados, sendo nove (28,13%) artigos selecionados para cada ano respectivamente. A Tabela 1 apresenta as características das publicações incluídas na revisão.

Tabela 1 - Caracterização dos artigos selecionados para o estudo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

VARIÁVEIS	n	%
Base de dados		
CINAHL	12	37,50%
PUBMED	8	25,00%
SCOPUS	6	18,75%
LILACS	6	18,75%
Método		
Quantitativo	21	65,63%
Qualitativo	6	18,75%
Misto (quanti/qualitativo)	1	3,13%
Não especificado	4	12,50%
Ano de publicação		
2019	8	25%
2018	9	28,13%
2017	9	28,13%
2016	4	12,50%
2015	2	6,25%

Os artigos apresentaram 11 países de origem, conforme elaborado na Figura 2. Destaca-se o Brasil como o país da maioria das publicações com 17 (53,13%) artigos selecionados. Além do Brasil, Estados Unidos da América (EUA) e China compuseram a amostra com mais de uma publicação. Foram selecionados quatro (12,50%) artigos dos EUA e três (9,38%) da China respectivamente.

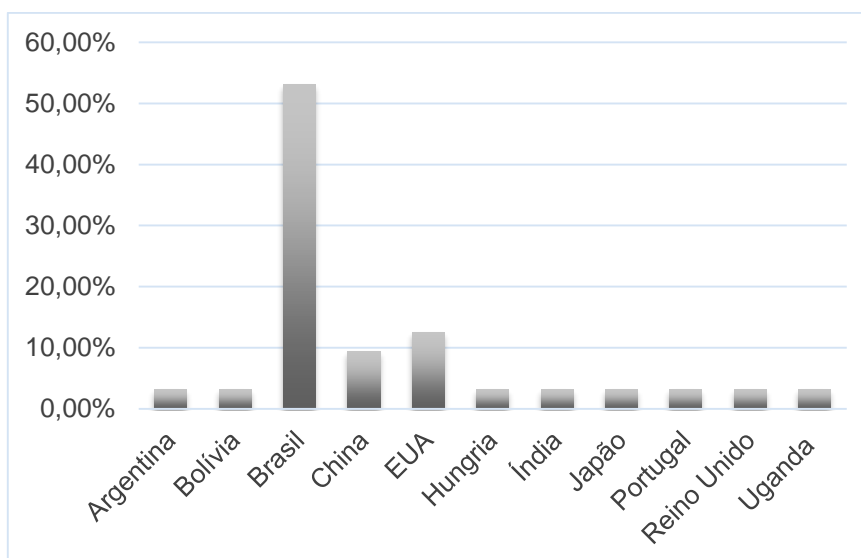


Figura 2 – Distribuição dos registros conforme localização. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

A análise dos dados possibilitou a delimitação dos resultados em categoriais temáticas. Na Tabela 2 é possível observar a síntese do conhecimento a partir das categorias temáticas elaboradas.

Tabela 2 – Síntese do conhecimento a partir de categorias temáticas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

TEMÁTICAS	ARTIGOS
Perfil epidemiológico da gestante	1,2,3,4,6,7,8,9,11,13,14,17,20,21 23,24,25,26,27,28,29,30,31,32
Diagnóstico	1,2,3,7,9,11,14,15,17,21,22,23,24 25,26,27,31
Tratamento	2,3,4,6,7,8,9,10,11,14,16,17,18 19,21,22,23,25,26,27,29,30,31,32
Segmento do Pré-natal	3,6,9,11,13,14,16,20,21,22,23,25 27,28,32
Desfechos	1,2,3,5,6,7,9,10,11,14,20,21,22 23,24,25,26,27,28,29
Notificação e registro	4,14,18,19,25,30,31,32
Ações do Enfermeiro	12,19

DISCUSSÃO

Perfil Epidemiológico da gestante

A prevalência de sífilis na população em questão seguiu variações esperadas entre o recorte de tempo e as características locais de cada estudo. Porém, a análise dos dados coletados evidenciou ascensão no número de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita⁽¹²⁻¹⁷⁾.

A partir da avaliação das publicações foi possível observar similaridades entre o perfil epidemiológico das gestantes. A sífilis gestacional foi encontrada principalmente em mulheres jovens, estando na faixa etária de 20 a 34 anos, com baixa escolaridade e sem ocupação remunerada^(12,14-28). Outras características como raça/cor foram heterogêneas, acompanhando as características das regiões onde os trabalhos foram realizados. Ainda assim, a raça/etnia materna não foi associada à ocorrência de sífilis ou piores resultados obstétricos⁽²⁹⁾.

As circunstâncias sociais variaram e em alguns trabalhos foram encontradas características como histórico de trabalho sexual, uso de drogas/álcool, violência doméstica, prisão e outras infecções sexualmente transmissíveis^(13,16,30-32). Em apenas um estudo retrospectivo realizado em Nova Orleans houve o questionamento sobre a utilização de drogas ilícitas durante a gravidez⁽¹³⁾. Conforme estudo realizado por Sattaforde et al⁽¹³⁾, 19% das mulheres estudadas admitiram o uso de substâncias ilícitas durante a gravidez. A *cannabis* foi a substância mais utilizada, seguida pela cocaína, benzodiazepínicos e opiáceos⁽¹³⁾.

No que tange às práticas sexuais da mulher, apesar de estudo realizado no Japão identificar a associação de risco entre trabalho sexual e a maior ocorrência de sífilis entre as gestantes, outro estudo realizado nos EUA mostrou que a maioria das mulheres participantes da amostra foram infectadas por um parceiro sexual primário, sem qualquer relato de envolvimento em trabalho sexual ou relação com múltiplos parceiros sexuais^(31,33).

Nesse sentido, embora a exposição a múltiplos parceiros sexuais seja um importante fator de risco que contribui para a disseminação das ISTs, a incidência de sífilis na população feminina em período gestacional também deve ser investigada quanto às práticas sexuais de

risco da mulher, como a não utilização de preservativo, e o papel desempenhado pelos seus parceiros sexuais.

Mulheres com o diagnóstico tardio de sífilis, tratamento inadequado (não realizado, incompleto ou tardio), poucas ou nenhuma consulta de pré-natal e altos títulos de anticorpos não-treponêmicos demonstraram maior probabilidade de apresentar resultados adversos decorrentes da infecção congênita^(23,26,29,34-36). Estudo de coorte realizado por Wang et al.⁽³⁵⁾ indicou que nos testes maternos o aumento de dois títulos de anticorpos não treponêmicos ou treponêmicos quase dobrou o risco de um bebê apresentar sífilis congênita. Da mesma forma outros estudos realizados na China e Brasil indicaram que os desfechos adversos foram mais comuns entre as mulheres com altos títulos de teste não treponêmico, em comparação com mulheres com baixos títulos^(26,34,36).

O diagnóstico tardio da sífilis materna, assim como a não realização de tratamento e falta de adesão às consultas de pré-natal foram identificados como fatores de risco significativos para a sífilis congênita^(26,34,35). O diagnóstico ou início tardio do pré-natal já representam uma importante falha ao atendimento de gestantes uma vez que podem acarretar no tratamento tardio ou até mesmo a não realização de tratamento^(34,35).

Dois estudos abordaram a proporção de mulheres migrantes entre a população materna diagnosticada com sífilis. Em ambos a maioria das gestantes soropositivas eram migrantes. Apesar dos estudos não indicarem o status de migrante como um fator de risco para a sífilis, estas mulheres apresentaram pré-natal tardio, baixas taxas de tratamento e piores resultados na gravidez^(34,35). Estes fatores podem ser explicados pela incapacidade e/ou dificuldade dessas mulheres em acessar os serviços de atendimento pré-natal locais^(34,35).

De modo geral, a sífilis gestacional foi identificada em parcelas menos favorecidas da população, indicando como as condições sociais interferem no processo de saúde e doença. Os fatores socioeconômicos estão relacionados à desigualdades, violência e condições de vida

precária que se concentram afetando negativamente a saúde individual e da população⁽³³⁾. Esses fatores interagem entre as barreiras estruturais do sistema de saúde e as características da doença aumentando os riscos de resultados adversos⁽³³⁾.

Diagnóstico da sífilis materna

Durante o acompanhamento pré-natal, gestantes e parceiros sexuais devem ser testados para doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis, tais agravos têm caráter debilitante para a saúde da família, devendo ser diagnosticados e tratados em tempo oportuno⁽³⁷⁾.

No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde sugere a realização de testes para a sífilis no início do pré-natal, preferencialmente durante o primeiro trimestre de gravidez, no início do terceiro trimestre e no momento do parto ou curetagem⁽³⁾. Alguns países como EUA seguem as diretrizes propostas pelo CDC (do inglês Centers for Disease Control and Prevention). Essas diretrizes estabelecem que a triagem das mulheres grávidas para sífilis deve ocorrer preferencialmente na primeira consulta de pré-natal⁽³⁷⁾. A realização de novos testes durante o terceiro trimestre e o parto são indicadas apenas em áreas ou populações de alto risco para sífilis^(31,37).

As diretrizes nacionais e internacionais sugerem a realização de um teste treponêmico mais um teste não treponêmico para a confirmação do diagnóstico de sífilis^(3,37). No Brasil, é preconizado pelo Ministério da Saúde que o tratamento da gestante seja iniciado com apenas um teste reagente, seja ele treponêmico ou não treponêmico, sem necessidade de confirmação diagnóstica⁽³⁾.

Referindo-se ao momento do diagnóstico materno, os resultados dos estudos trouxeram dados diferentes. O diagnóstico da sífilis gestacional ocorreu principalmente durante o pré-natal, variando entre o primeiro, segundo e terceiro trimestre de gravidez^(15-16,21-22,24,26,38-39). Ainda assim, para uma parcela razoável de mulheres este diagnóstico aconteceu durante a

internação para o parto ou curetagem, aumentando significativamente a possibilidade de transmissão vertical da doença^(15,17,24,32,35,39).

O tempo do diagnóstico está correlacionado com a infecção fetal. Existe uma tendência de piora no prognóstico fetal e neonatal, quanto mais tardio for realizado o diagnóstico da sífilis materna⁽¹²⁾. Dessa forma, mulheres com diagnóstico tardio mostraram mais chances de apresentar bebês com sífilis congênita⁽³⁴⁾.

O diagnóstico durante o terceiro trimestre gestacional ou no parto/curetagem pode estar relacionado a diferentes fatores como início tardio do pré-natal, infecção durante o período gestacional e/ou falha assistencial nas rotinas de pré-natal estabelecidas pelos serviços. Por sua vez, as discrepâncias nos índices de diagnóstico entre os trimestres gestacionais refletem as diferenças entre os sistemas de saúde e o serviço de pré-natal prestado por cada um deles.

Referente à classificação clínica da doença é esperado que o principal estágio identificado seja o de sífilis latente tardia ou de duração desconhecida. Esta é a classificação adequada quando não é possível determinar a cronologia da infecção e estabelecer a evolução clínica correta^(3,20). Esta classificação é preconizada pelo Ministério da Saúde com o intuito de evitar a prescrição de esquema terapêutico insuficiente no caso de erro na determinação do estágio clínico⁽³⁾.

Para alguns dos trabalhos analisados, a sífilis latente tardia ou de duração desconhecida foi o principal estágio clínico identificado nos diagnósticos^(13,16,26). Para outros estudos, no entanto, a maioria dos diagnósticos foram classificados como sífilis primária^(15,17,20-21,32).

As manifestações clínicas da sífilis primária, que se caracterizam principalmente pela presença de lesão ulcerada indolor, que se apresenta por tempo limitado e curta permanência, torna o diagnóstico da infecção durante este estágio menos recorrente^(3,21). Para tanto, estudos que apontam para altos índices de sífilis primária podem indicar erro no diagnóstico,

desconhecimento sobre os estágios da doença ou preenchimento inadequado dos sistemas de notificação⁽¹⁵⁾.

Tratamento

Nos países apontados no estudo, o tratamento amplamente recomendado e utilizado para sífilis durante a gravidez é a Penicilina benzatina^(12,13,16,22,26,34,35). Os esquemas terapêuticos foram estabelecidos conforme o estágio da doença, seguindo as diretrizes propostas por cada sistema de saúde.

O tratamento da sífilis em gestantes está se apresentando como um desafio a nível global. As diretrizes terapêuticas seguem critérios que definem a adequação do tratamento, tais como terapias não penicilínicas, administração incompleta do esquema terapêutico, tratamento realizado dentro de 30 dias anteriores ao parto e parceiro não tratado⁽³⁾. Para uma parcela expressiva de mulheres o tratamento vem sendo considerado inadequado ou não está sendo realizado^(12-13,15-17,20-21,25-26,28,35,39). Paralelamente, piores resultados estão sendo associados ao tratamento inadequado, tardio ou ausente^(12,29,34,35). Quando realizado de forma adequada e precoce, o tratamento resulta em menores taxas de infecção congênita^(12,32,40).

Para Kanai et al.⁽³¹⁾ os desafios para o tratamento materno estão associados, no nível individual, à adesão ao pré-natal e pouca ou nenhuma conscientização e conhecimento da mãe sobre ISTs. Porém, também indica as falhas na comunicação entre o profissional de saúde e família como barreiras na adesão à terapêutica⁽³¹⁾.

O cuidado de qualidade não envolve apenas a cura/tratamento da gestante, envolve também a quebra da cadeia de transmissão⁽²²⁾. Nesse sentido, a inclusão do parceiro ao pré-natal é condição essencial para o controle da sífilis gestacional e conseqüentemente da sífilis congênita⁽¹⁹⁾. A inadequação do tratamento materno está também ligada à ausência de tratamento do parceiro. De modo geral, a maior parte desses parceiros não tem realizado o

esquema terapêutico concomitantemente com as gestantes, colaborando para os casos de reinfecção materna^(12,14-15,17-22,24-26,28,36,39,40).

Entre os motivos identificados para a ausência de tratamento do parceiro estão: a falta de contato entre gestante e parceiro; ausência de convocação/comunicação do parceiro para o tratamento; convocação sem comparecimento; recusa ao tratamento; e sorologia não reagente^(14,20). Do mesmo modo, a instabilidade conjugal e a ausência do parceiro nas consultas de pré-natal são citadas pelos profissionais da saúde como obstáculos enfrentados para o tratamento do parceiro⁽¹²⁾.

Estudo realizado em Uganda identificou características individuais, dos serviços de saúde e da doença que combinadas formam barreiras que dificultam o tratamento do homem⁽³⁰⁾. São citados como fatores individuais, entre mães e parceiros: a falta de conhecimento sobre a doença, suas consequências e tratamento, assim como a violência doméstica e falta de comunicação entre o casal⁽³⁰⁾.

No que se refere ao sistema de saúde pública, barreiras estruturais como horário de funcionamento dos serviços incompatível com o horário de trabalho dos usuários, instalações compartilhadas que não asseguram a privacidade e profissionais de saúde não qualificados são importantes fatores que interferem no acesso dos homens ao serviço e conseqüentemente em seu tratamento⁽³⁰⁾. Para tanto, características da doença como ausência de sintomatologia, tratamento longo e doloroso, também contribuem para o insucesso na terapia da gestante e do parceiro⁽³⁰⁾.

Para os usuários os obstáculos são identificados ao nível assistencial como dificuldades de acesso aos testes, demora nos resultados, inexperiência dos profissionais e não realização do tratamento no local da assistência pré-natal⁽²²⁾. Entre as justificativas para não realização do tratamento materno no local de atendimento, foram citadas a escassez do tratamento de primeira linha e o receio dos profissionais sobre a reação anafilática^(12,22).

Práticas como a não realização da terapêutica adequada ou adiamento do tratamento por receio de reações adversas contribuem para falhas no tratamento da sífilis gestacional e colaboram para a manutenção da cadeia de transmissão da doença⁽³⁾. A administração de Penicilina benzatina é considerada segura, sendo rara a probabilidade de reação adversa⁽³⁾.

Segmento do Pré-natal

Relacionado ao atendimento materno, os índices relativos às realizações do pré-natal indicaram que a maioria das mulheres frequentaram essa modalidade de assistência durante a gestação^(15,19-22,24-27,31,33,36,39). Para os estudos que analisaram a frequência dos atendimentos, foram observadas diferenças estatísticas entre o desfecho de sífilis congênita para mulheres que não realizaram o pré-natal ou que realizaram um menor número de consultas^(12,20,22-23). O número reduzido de consultas também foi relacionado ao risco de falha no diagnóstico da sífilis e a maior frequência de não realização do tratamento⁽²²⁻²³⁾.

Apesar dos dados apresentarem resultados positivos quanto à adesão das mulheres às consultas de pré-natal, informações menos satisfatórias relacionadas ao diagnóstico, tratamento e desfechos, indicam lacunas no atendimento pré-natal prestado para essas mulheres. Os dados sugerem que muitas das mulheres que apresentaram desfecho de sífilis congênita realizaram o pré-natal. Da mesma forma, o diagnóstico dessas mulheres se deu principalmente durante esse período, o que evidencia uma provável falha dos profissionais no controle da doença.

Desfechos

Para algumas mulheres a sífilis gestacional pode resultar em desfechos obstétricos desfavoráveis. A prematuridade, baixo peso ao nascer, abortos espontâneos, bebês natimortos e óbitos fetais e neonatais são os desfechos adversos mais frequentes^(12,15-16,19-21,24-27,29,31-32,34-35,39-40,42). Ainda que a maioria dos recém-nascidos tenha evoluído com vida, a letalidade da doença esteve sempre presente entre os desfechos adversos observados.

A maioria dos recém-nascidos são assintomáticos ao nascimento, quando sintomáticos apresentam diversas manifestações inespecíficas^(15,18,27,31,40). Para os recém-nascidos sintomáticos os estudos descreveram como sinais clínicos encontrados: icterícia, osteocondrose, lesões cutâneas, hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia e rinite mucosa^(13,16). A neurosífilis também foi um desfecho raro descrito na literatura⁽¹⁶⁾.

A sífilis congênita foi associada ao tratamento ausente ou incompleto, ao pré-natal inadequado, à prematuridade e ao baixo peso ao nascer^(12,20,32,42). Por sua vez a ausência de tratamento do parceiro sexual e títulos maternos elevados apresentaram associação com a presença de sintomatologia do recém-nascido e mortalidade fetal/neonatal⁽²¹⁾.

Mesmo que os resultados adversos não pareçam significativos quantitativamente, a presença de desfechos obstétricos relacionados à sífilis gestacional aponta para as fragilidades nos serviços, principalmente no que se refere à assistência materno-infantil e às estratégias de intervenção da sífilis destinadas a adultos^(19-20,32). Do mesmo modo, as consequências da sífilis e o acompanhamento dos recém-nascidos infectados, geram custos potencialmente evitáveis para o sistema de saúde⁽¹²⁾.

Notificação e registros

Alguns artigos trouxeram dados sobre subnotificação e subregistro de informações. Variáveis como tratamento, escolaridade, idade gestacional, estágio da doença e exames laboratoriais eventualmente não são registradas^(17,18,21,25,43). Os itens de preenchimento “em branco” ou “ignorado” apresentam índices mais elevados do que o esperado^(17,43).

A partir de estudo realizado no município de Belo Horizonte que cruzou dados do serviço de saúde com os sistemas de informação, foi observado que apenas um percentual de 44,8% das gestantes com sífilis foi notificado pelo serviço analisado, resultando em um percentual de 55,20% de subnotificação⁽³⁶⁾. Outro estudo semelhante realizado no estado de

Goiás, indicou que um percentual de 52,04% de casos de sífilis gestacional não foi notificado⁽¹⁷⁾.

Informações ignoradas deixam lacunas sobre o tratamento adequado e evolução da doença, assim como impedem a análise fidedigna dos dados. As informações da vigilância epidemiológica são essenciais para a identificação das falhas no processo e para o direcionamento das políticas, programas e ações em saúde pública.

Ações do Enfermeiro

Na realidade do Sistema de Saúde Público Brasileiro, os enfermeiros atuam ao lado dos demais profissionais da saúde na assistência materno-infantil. Conforme regulamentado pelo Decreto nº 94.406/87, cabe ao enfermeiro a prestação de assistência pré-natal, assim como o atendimento à parturiente, puérpera e ao recém-nascidos⁽⁴⁴⁾. Estudo de coorte realizado no Brasil indicou que para mais de 60% das gestantes a primeira consulta de pré-natal foi realizada por um enfermeiro⁽³⁶⁾. Apenas dois estudos brasileiros abordaram as ações do enfermeiro no atendimento pré-natal a gestantes diagnosticadas com sífilis.

Referente a prática do enfermeiro, a abordagem para o rastreamento da sífilis na gestação envolve o acolhimento, realização do teste rápido, encaminhamento de exames laboratoriais de rotina e educação em saúde^(41,45). O rastreamento da sífilis é realizado preferencialmente na primeira consulta de pré-natal. Em caso de resultado positivo para sífilis são condutas do enfermeiro as orientações referentes ao tratamento, solicitação de exames, fatores de risco para infecção fetal, possíveis desfechos adversos e métodos de prevenção^(41,45). Além das orientações o enfermeiro realiza o acompanhamento laboratorial, a captação do parceiro sexual, a prescrição e administração do esquema terapêutico indicado e a avaliação da adesão de gestantes e parceiros ao tratamento^(41,45).

Alguns profissionais da saúde como médicos e enfermeiros não se sentem preparados para gerenciar adequadamente os parceiros sexuais⁽²²⁾. À medida que os treinamentos e

educação continuada abordam apenas aspectos relacionados à evolução da gravidez e do pré-natal, outras questões como estratégias de notificação e abordagem do parceiro não são trabalhadas⁽²²⁾.

Considerando a complexidade da abordagem ao parceiro sexual são necessárias estratégias para a notificação e manejo desse parceiro. Entre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros estão o recrutamento do companheiro para as consultas de pré-natal, a oferta oportuna de testes rápidos, a educação em saúde e a sensibilização⁽⁴¹⁾.

O enfermeiro tem um papel fundamental para o manejo adequado dos usuários e controle da sífilis, assim como outras infecções sexualmente transmissíveis. O acolhimento e vínculo com a gestante e sua família, facilitam o acesso desta população aos serviços de saúde e contribuem para realização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Nesse sentido, a prevenção da sífilis gestacional e congênita deve envolver uma abordagem holística, projetada para enfrentar os desafios da saúde pública nos níveis individuais e institucionais⁽³¹⁾.

CONCLUSÃO

A sífilis é um problema de saúde pública complexo que envolve características clínicas e sociais variadas. Os dados nacionais e internacionais revelaram tendências epidemiológicas semelhantes referentes à ascensão dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita, bem como sobre o perfil epidemiológico da gestante com sífilis. Embora as razões para a ascensão dos casos de sífilis em gestantes não tenham sido abordadas nos estudos revisados, da mesma forma como a epidemiologia dos casos pode mudar com o tempo, os estudos apresentam achados relevantes quanto aos fatores de risco potenciais para a sífilis na gravidez e para a sífilis congênita.

Ainda que a sífilis indique características similares entre os grupos vulneráveis, variáveis socioeconômicas e culturais interferem no modo como a sífilis se apresenta e é

combatida em cada região. Nesse contexto, torna-se imprescindível o desenvolvimento de pesquisas voltadas para análises individuais dos indicadores de impacto e processo, que gerem dados para o refinamento das estratégias de controle ao nível local.

O parceiro sexual da gestante foi indicado como um importante colaborador para os casos de reinfecção materna e os baixos índices referentes ao tratamento masculino indicam uma lacuna importante no controle do agravo. Sendo assim, é essencial o desenvolvimento de uma abordagem inicial e preventiva, que inclua o aprimoramento das estratégias de educação em saúde para homens e mulheres jovens sobre infecções sexualmente transmissíveis.

Referente à atenção pré-natal prestada às gestantes, os padrões de práticas clínicas repercutem no alcance da doença, uma vez que lacunas no conhecimento dos profissionais sobre a doença e seu manejo, assim como barreiras estruturais encontradas no atendimento, acabam resultando em falhas no diagnóstico e tratamento da gestante e família. É fundamental a melhora na qualidade do acompanhamento/atendimento pré-natal, através da capacitação dos profissionais envolvidos, otimização dos serviços e aperfeiçoamento dos registros em saúde, que permitem o monitoramento e avaliação do problema.

A coleta de dados possibilitou a análise dos fatores relacionados aos usuários, ao sistema de saúde e aos profissionais que podem contribuir para a manutenção das taxas elevadas de sífilis em gestantes e seus recém-nascidos. Da mesma forma, propiciou a identificação de barreiras, deficiências e pontos que requerem atenção para o sucesso no tratamento da sífilis materna e prevenção da transmissão vertical. Por fim, tem como intuito promover informação e embasamento aos profissionais de saúde para a tomada de decisão na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Korenromp, EL et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. Plos One [Internet].

2019 [acesso em 2019 out 26]; 14(2). Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2019 ago 09]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância e Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção de Transmissão de Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2019 mai 20]. Disponível em: http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/pcdt_tv_20_08_18.pdf.
4. Horváth A. Biology and Natural History of Syphilis. In: Gross G, Tying SK, editores. Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases. [S.l]: Springer; 2011. p. 129-141.
5. Friedrich L. Infecções Congênitas e Perinatais. In: Pitrez JLB, Picon PX, Barros E, organizadores. Pediatria: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.139-157.
6. Samuelson J. Doenças Infecciosas. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T, editores. Patologia Estrutural e Funcional. 6ª ed. Philadelphia: Guanabara Koogan; 2000. p. 296-360.
7. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. [Internet] Switzerland: WHO; 2012 [acesso em 2019 mai 22]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75480/9789241504348_eng.pdf?sequence
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. [Internet] Brasília: Ministérios da Saúde; 2016 [acesso em 2019 jun 02]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>
9. Ballard R, Ison C, Lewis D, Ndowa F, Peeling R. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency vírus. [Internet] Switzerland: World Health Organization; 2013 [acesso em 2019 jun 02]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_eng.pdf?sequence=1
10. Wendel Junior GD,. Treatment of Syphilis in Pregnancy and Prevention of Congenital Syphilis. Clinical Infectious Diseases [Internet]. 2002 [acesso em 2019 jul 06] 35(2): p.200-209. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/342108>
11. Cooper HM. The integrative research review: a systematic approach. 2. ed. Newburg. Bervely Hills: Sage Publications; 1984. 143p.

12. Torres RG, Mendonca ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 out 07];41(2):p.90-6. Disponível em: <https://10.1055/s-0038-1676569>
13. Stafford IA et al. Challenges in the Contemporary Management of Syphilis among Pregnant Women in New Orleans, la. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 out 07]; 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/2613962>
14. Cunha NA, Biscaro A, Madeira K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina. *ACM* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 set 15]; 47(1): p.82-94. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/282>
15. Saraceni V, Mendes Pereira GF, Freitas da Silveira M, Leite Araujo MA, Espinosa Miranda A. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 18];41:1-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e44/>
16. Magalhaes M et al. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Reality in a Portuguese Central University Hospital. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 18]; 39(6): p.265-272. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603646>
17. Alves Rezende EM, Bezerra Barbosa N. A Sífilis Congênita como Indicador da Assistência de Pré-natal no Estado de Goiás. *Rev. de APS.* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 out 20];18(2): p.220-232. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15536>
18. Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, de Souza Júnior JG, Silva FS. Epidemiological Profile of Congenital Syphilis. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 28];13(3): p.604-13. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a236252p604-613-2019>
19. Rodrigues DC, Domingues RMSM. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *International Journal of Health Planning & Management* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 13];33(2): p.329-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2463>
20. Padovani C, Rosseto de Oliveira R, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 set 04]; 26:1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>
21. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Analysis of cases of gestational and congenital syphilis between 2008 and 2010 in Fortaleza, State of Ceará, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]; 2018 [acesso em 2019 set 09]; 23(2): p. 563-574. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>

22. Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, de Leon RGP, da Silva Junior GB, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - a qualitative study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 set 09];19(1): p.1-9. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3910-y>
23. Silva-Chávarro AM, Bois-Melli F. Factores asociados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna. Estudio de casos y controles. *Rev. Mexicana de Pediatría* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 15]; 84(2): p.54-60. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172c.pdf>
24. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 09] 26(2): p.255-264. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>
25. Soares LG, Zarpellon B, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. *Ver. Bra. de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 out 12]; 17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>
26. Dou L, Wang X, Wang F, Wang Q, Qiao Y, Su M, et al. Epidemic Profile of Maternal Syphilis in China in 2013. *BioMed Research International* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 out 12];2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9194805>
27. Domingues RM, Leal MC. [Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 set 05]; 32(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
28. Lafeté KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 out 15]; 19(1): p. 63-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
29. Su JR, Brooks LC, Davis DW, Torrone EA, Weinstock HS, Kamb ML. Congenital Syphilis: Trends in Mortality and Morbidity in the United States, 1999–2013. *AJOG* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 out 15]; 214(3): p.381 .e1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.007>
30. Nakku-Joloba E, Kiguli J, Kayemba CN, Twimukye A, Mbazira JK, Parkes-Ratanshi R et al. Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in Kampala and Wakiso districts, Uganda. *BMC Infect Dis*. 2019 [acesso em 2019 set 11]; 19(1): p.124. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3695-y>
31. Kanai M, Arima Y, Shimada T, Hori N, Yamagishi T, Sunagawa T, et al. Sociodemographic characteristics and clinical description of congenital syphilis patients

- and their mothers in Japan: a qualitative study, 2016. *Sexual Health* (14485028). 2018;15(5):460-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/SH18033>
32. Townsend CL, Francis K, Peckham CS, Tookey PA. Syphilis screening in pregnancy in the United Kingdom, 2010–2011: a national surveillance study. *BJOG* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 09]; 124(1): p.79-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14053>
33. DiOrío D, Kroeger K, Ross A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016. *Sexually Transmitted Diseases* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 set 28];45(7): p.447-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000783>
34. Liu H, Chen N, Yu J, Tang W, He J, Xiao H, et al. Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 28];19(1): p.292. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3896-4>
35. Wang Y, Wu M, Gong X, Zhao L, Zhao J, Zhu C, et al. Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant - Suzhou, China, 2011-2014. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 28]; 68(10): p.247-50. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6810a4>
36. Nonato SM, Melo APS, Guimaraes MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 out 15] 24(4): p.681-694. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso
37. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 out 29]; 64(No. RR-3): p. 1-137. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
38. Balla E, Donders GGG. Features of syphilis seropositive pregnant women raising alarms in Hungary, 2013-2016. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 31]; 228: p.274-278. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.07.022>
39. Souza LFM, Monteiro PM, Mota AS, Pellegrini Júnior EN, Passos MRL. Analysis of congenital syphilis cases notification in a reference hospital of Niterói, Rio de Janeiro State, from 2008 to 2015. *DST – J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 28]; 29(1): p.17-21. Disponível em: <https://doi.org/10.5533/DST-2177-8264-201729105>
40. Ebenezer ED, Benjamin SJ, Sahni RD, Prakash JAJ, Chelliah H, Mathews JE. A retrospective study of the prevalence and outcomes of syphilis in pregnancy in a 5-year period. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 13]; 140(1): p.42-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12336>
41. Machado I, Nascimento da Silva VC, Pereira RMS, Guidoreni CG, Gomes MP. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras?. *Saúde e*

Pesquisa [Internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 14]; 11(2): p.249-255. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2018v11n2p249-255>

42. Bezerra MLMB, Fernandes FECV, Nunes JPO, Baltar SLSMA, Randau KP. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerging Infec Diseases* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 21]; 25(8). Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid2508.180298>

43. Tinajeros F, Ares LR, Elías V, Reveiz L, Sánchez F, Mejía M, et al. Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Publica* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 29]; 41:p.1-6. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34030/v41a212017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

44. BRASIL. Lei n. 94.406/87, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício de Enfermagem, e dá sobre outras providências. *Diário Oficial [da] União*. 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html

45. Nunes JT, Marinho ANV, Davim RMB, Silva GGO, Félix RS, Martino MMF. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. *Journal of Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 18]; 11(12): p.4875-4884. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23573p4875-4884-2017>

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA REGISTRO E AVALIAÇÃO DAS
INFORMAÇÕES**

Número	
Título	
Autor	
Ano	
País	
Periódico	
Metodologia	
Objetivo	
Resultados	
Conclusões	

APÊNDICE B - QUADRO SINÓPTICO GERAL

Número	Periódico	Autores	Título

ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMPESQ – PROJETO nº 37515

Prezado Pesquisador SILVANA MARIA ZARTH,

Informamos que o projeto de pesquisa ACOMPANHAMENTO E DESFECHO DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS: Revisão Integrativa encaminhado para análise em 24/06/2019 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

PARECER CONSUBSTANCIADO - COMPESQ

Projeto nº. 37515

Título-- Acompanhamento e desfecho do pré-natal de gestantes diagnosticadas com sífilis: revisão integrativa

Pesquisador responsável- Prof. Silvana Maria Zarth

Descrição do projeto:

O projeto visa caracterizar o conhecimento produzido sobre o acompanhamento e desfechos do pré-natal em gestantes diagnosticadas com sífilis durante a gestação por meio de uma revisão integrativa a fim de analisar a adesão às consultas de pré-natal e tratamento das gestantes diagnosticadas com sífilis e relatar os principais desfechos dos casos de pré-natal de gestantes com sorologia positiva para sífilis.

2- Estrutura do projeto

2.1 Título

Coerente com os objetivos do estudo e identifica o conteúdo?

Sim

2.2 Introdução

Apresenta o tema, o problema de pesquisa, a justificativa e a questão norteadora/hipótese da pesquisa?

Sim

2.3 Objetivos

Coerentes com a proposta do estudo?

Sim

2.4 Fundamentação teórica

Apresenta a revisão da literatura pertinente e relevante?

NA

2.5 Métodos

2.5.1 Apresenta tipo do estudo e referencial metodológico adotado?

Sim

2.5.2 Apresenta local da pesquisa?

NA

2.5.3 Apresenta população/ amostra e critérios de inclusão e exclusão?

NA

2.5.4 Apresenta o período e a estratégia da coleta de dados (instrumentos utilizados, destacar se validados quando apropriado)?

NA

2.5.5 Apresenta plano de análise dos dados coerente com os objetivos?

NA

2.5.6 Indica as considerações éticas (descreve riscos e benefícios, Resolução 466/12 e/ou 510/16, descrição dos termos anexados)?

Sim

2.5.7 Projeto de revisão: Descreve o tipo de revisão. Apresenta critérios de inclusão com espectro da busca ampla, explicita as bases de dados consultadas. Informa o cruzamento de descritores ou MeSH com operador booleano utilizado. Indica o recorte temporal justificado e o período de coleta dos dados.

Não

Alterações sugeridas:

2.6- Cronograma

Apresenta cronograma exequível, os dados do projeto convergem com os do sistema UFRGS?

Sim

2.7- Orçamento

Indica a fonte responsável pelo orçamento?

Sim

2.8- Referências

Apresentam-se atualizadas, de preferência < 5 anos, incluindo estudos primários quando apropriado?

Sim

2.9- Formatação geral

O trabalho está em formatado segundo normas da ABNT?

Não

Alterações sugeridas: Rever formatação das figuras e quadros. Abaixo dos quadros não é a cidade e ano como está colocado, e sim: Fonte: autora.

Referências não estão de acordo com as normas da ABNT e sumário também

PARECER FINAL: Projeto com um tema extremamente relevante para a disciplina da Enfermagem, atendeu praticamente todas as sugestões apontadas. Sugiro rever normas da ABNT para apresentação final do trabalho. APROVADO.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

ANEXO B – NORMAS REVISTA COGITARE ENFERMAGEM

<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/diretrizes-autores/>

NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO

Normas Editoriais

Os manuscritos submetidos à Cogitare deverão atender à sua política editorial e às instruções aos autores, bem como as diretrizes da Rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/>.

A Cogitare segue o *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE) – <http://publicationethics.org/>, bem como, as orientações do *International Committee of Medical Journal Editors*, <http://www.icmje.org>.

O manuscrito deverá destinar-se, exclusivamente, à Revista Cogitare Enfermagem, não devendo ser submetido a outro periódico, à exceção de resumos ou relatórios publicados em reuniões científicas.

Os autores são responsáveis por declarar conflitos de interesse, apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal, relacionados ao estudo; e por agradecimentos.

Os conceitos, opiniões e conclusões emitidos nos artigos, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho de Editoração.

A publicação do manuscrito dependerá do cumprimento das normas da Revista e da apreciação pelo Conselho de Editoração, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias.

Nos manuscritos resultantes de pesquisa que envolva seres humanos, os autores deverão informar no texto que o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e especificar o número e a data do protocolo de registro, além de enviar cópia de sua aprovação pelo Comitê (como documentos suplementares).

Os autores também deverão explicitar nos artigos, resultantes de pesquisa ou relato de experiência que envolveu seres humanos, se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008 e 2013), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466, de 12/12/12.

Artigos de pesquisas clínicas devem informar o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico, validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo *International Committee of Medical Journal Editors*.

Os artigos publicados estarão licenciados sob a licença *Creative Commons CC BY* <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt> – A atribuição adotada pela *Cogitare Enfermagem* é permitido:

- Compartilhar – copiar e redistribuir o material em qualquer mídia ou formato
- Adaptar – remixar, transformar e construir sobre o material para qualquer finalidade, mesmo comercialmente.

Desde que citados os autores e a fonte. Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista *Cogitare Enfermagem*, transferidos da Declaração de Transferência de Direitos Autorais.

Fluxo Editorial para Avaliação

O manuscrito submetido à *Cogitare* passa por um processo de análise, em três etapas distintas. Depois de submetido pelo Sistema Eletrônico de Revistas, SEER – <http://revistas.ufpr.br/cogitare/login>, é atribuído um número de submissão que será a identificação do manuscrito no sistema.

Na primeira etapa o manuscrito é avaliado pela equipe editorial, e serão observados os seguintes itens: escopo, atualidade, relevância, questões éticas e método utilizado para realização da pesquisa. Nesta ele poderá ser recusado ou encaminhado ao Editor de seção, conforme a área de conhecimento (prazo de até 30 dias).

Na segunda etapa é designado um avaliador técnico que realiza a análise do manuscrito, segundo as normas (apresentação e documentação), e submete ele ao software anti-plágio ©CopySpider. Ao final desta etapa o manuscrito poderá ir diretamente para a terceira etapa ou ser devolvido aos autores para readequação às normas (prazo de até 30 dias).

Na terceira etapa, com o manuscrito adequado às normas, encaminha-se para dois consultores *ad hoc* para a análise do texto juntamente com o instrumento próprio de avaliação. Se houver discordância entre os pareceres dos consultores, o manuscrito será enviado a um terceiro consultor (prazo de até 120 dias).

O Editor de seção gerencia todo fluxo entre os consultores e o autor correspondente. Durante todo o processo de avaliação (*peer review*) omite-se a identificação dos consultores e dos autores.

Após a análise dos pareceristas e da versão final, o manuscrito poderá ser Recusado ou Aceito, de acordo com a deliberação do Conselho de Editoração, sendo o resultado comunicado ao autor correspondente pelo e-mail informado no processo de submissão.

Durante o processo de análise e antes do envio do manuscrito para a publicação, o autor correspondente poderá retirar o manuscrito, mediante solicitação formal e assinada por todos os autores. Manuscritos com temas emergentes poderão ter seu processo de avaliação acelerados pelo Editor chefe da Revista e Conselho de Editoração

Cabe ao Conselho de Editoração a composição dos volumes para a publicação. As comunicações, para esclarecimentos de dúvidas, poderão ser realizadas via *e-mail* cogitare@ufpr.br ou ufprcogitare@gmail.com

Submissão do Manuscrito

Todos os autores deverão estar obrigatoriamente cadastrados no sistema da revista e informar o endereço Orcid;

Os autores deverão ser informados ao sistema da Revista Cogitare no momento da submissão, autores que não estiverem incluídos em METADADOS no momento da submissão não poderão ser incluídos posteriormente.

Os autores deverão inserir o endereço Orcid em METADADOS no momento da submissão, autores que não informarem o Orcid não serão incluídos na publicação.

O manuscrito pode ser submetido ao Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas – SEER no site www.ser.ufpr.br/cogitare uma única vez.

NORMAS PARA PREPARO DO ARTIGO

Categorias de Artigo

Revisão – Limite máximo de 5000 palavras

Serão aceitas revisões sistemáticas, integrativas e bibliométricas. Para as revisões sistemáticas sugere-se que sigam as orientações do check list e fluxograma do modelo PRISMA, disponível no link: <http://www.prisma-statement.org/statement.htm>

Análise de plágio

Utilizaremos um *software* para analisar os artigos para detecção de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio – será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Acima de 26% de plágio – será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos;

Formatação Geral do Documento

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Times New Roman; fonte 12 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo. Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas, em transliteração de depoimento e referências bibliográficas.

Estrutura do Manuscrito

1. Título (somente no mesmo idioma do artigo)
2. Resumo (somente no mesmo idioma do artigo)
3. Descritores (somente no mesmo idioma do artigo)
4. Introdução
5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS.: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima; Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

Em virtude da Portaria CAPES 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da CAPES, solicitamos a todos os autores que informem o recebimento de auxílio à pesquisa em todos os manuscritos submetidos. A partir desta data, os autores devem fazer referência ao apoio recebido que decorram de atividades financiadas pela CAPES, integral ou parcialmente.

Formatação da estrutura do manuscrito

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “**RESUMO**”, “**DESCRITORES**”, “**INTRODUÇÃO**”, “**MÉTODO**”, “**RESULTADOS**”, “**DISCUSSÃO**”, “**CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO**”, “**REFERÊNCIAS**” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em **CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA**.

TÍTULO

Deve aparecer no mesmo idioma do manuscrito;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: **CAIXA ALTA E EM NEGRITO**;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH).

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o

número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico. Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras. Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuíram para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o **estilo** Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis *online* devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos. Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.

– O cabeçalho e as fontes (quando houver) devem ser escritos em fonte Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas;

– Deve ser inserida o mais próximo possível do texto;

Tabelas

Forma não discursiva de apresentar as informações, das quais o dado numérico se destaca como informação principal. Tem por finalidade a apresentação de informações tratadas

estaticamente, sistematizando dados de modo a facilitar a leitura e interpretação das informações.

- Abertas nas laterais, não se utiliza de linhas para fechar;
- Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;
- Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela;

Toda tabela deve ter título, escrito na parte superior (topo), constituído da palavra Tabela, seguido do número em algarismo arábico que a identifica. Após o título da tabela, incluir nome da cidade, estado, país e ano, separados por vírgula e sem o uso do ponto final, conforme exemplo abaixo.

Quadros

Quadros se compõem de informações qualitativas e textuais e devem ser inseridos o mais próximo possível do trecho a que se referem. Diferente das tabelas, os quadros são formados por linhas verticais e horizontais com as extremidades fechadas.

Todo quadro deve ter um título, escrito na parte superior, constituído da palavra Quadro, seguido do número em algarismo arábico que o identifica. Após o título do quadro, incluir nome da cidade, estado, país e ano, conforme exemplo abaixo.

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura. Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano, separados por vírgula e sem ponto final.

As figuras devem ser anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação, preferencialmente, no formato JPEG, GIF, TIFF ou PNG, com resolução mínima de 300 dpi.

Serão aceitos gráficos e diagramas coloridos; não serão aceitas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

Orientações para citações

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes⁽¹⁾.

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo:

⁽⁸⁻¹⁰⁾ – a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo:

^(8,10) – a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

NORMAS PARA DOCUMENTAÇÃO SUPLEMENTAR

Como parte do processo de submissão, além do artigo, os autores estão obrigados a anexar a documentação suplementar solicitada:

1. Página de identificação (para todas as categorias de artigo)
2. Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (para artigos originais)
3. Documento de submissão, assinado por todos os autores (para todas as categorias de artigo).

Página de Identificação

Título (fonte 12)

Deve ser conciso e refletir a ideia principal do manuscrito, com no máximo 16 palavras e excluindo a localização geográfica da pesquisa.

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES, CENTRALIZADO

IMPORTANTE: Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, monografia ou trabalho de conclusão de Curso, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé.

Autoria (fonte 10)

Limitado a sete autores. Nomes completos, apresentados imediatamente abaixo do título, alinhados à direita, separados por vírgula, numerados com algarismos arábicos sequenciais e sobrescritos. Espaçamento simples entre as linhas;

As informações dos autores (formação, maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição, cidade, estado e país, contribuição do estudo por autor)*, deverão ser apresentadas imediatamente abaixo dos nomes, justificado, com fonte 10 e espaçamento entre as linhas em 1,15.

Contribuição do estudo por autor: conforme os critérios estabelecidos pelo ICMJE disponível em <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>, os autores deverão descrever o tipo de sua contribuição na produção do artigo; todos os tipos de contribuições deverão estar contempladas; poderão ser atribuídos 1 ou mais tipos de contribuições por autor.

Tipos de contribuição que deverão estar descritas no texto:

- Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo;
- Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo;
- Aprovação da versão final do estudo a ser publicado;

– Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo.

*Estas informações são obrigatórias para que o artigo possa ser avaliado.

Categoria do Artigo (fonte 12)

O autor deverá indicar a qual categoria o artigo se encaixa: Artigo original, revisão, relato de experiência/caso ou comunicação livre,

Autor Correspondente (fonte 10)

Autor correspondente é aquele para o qual a Cogitare Enfermagem encaminhará os comunicados a respeito do processo de análise do manuscrito. É responsável por representar os demais autores quanto às alterações no texto, fluxo do manuscrito e aceite formal da versão final do manuscrito para publicação.

Informar nome, instituição vinculada, endereço (rua, nº, CEP, cidade, estado, país), telefone e e-mail.

O nome do autor correspondente constará como tal por ocasião da publicação do artigo. É sua responsabilidade comunicar à Cogitare Enfermagem qualquer mudança no endereço e/ou problemas com o e-mail, a fim de evitar atrasos no processo de análise do manuscrito.

Documento de Submissão

Este documento inclui a declaração de responsabilidade, de transferência de direitos autorais, de participação no manuscrito e de conflito de interesses. Deve ser preenchido e assinado por todos os autores e anexado como documento suplementa.

