

Ambiente externo da mulher e sífilis congênita à luz da Teoria da Conservação de Levine

External environment of woman and congenital syphilis in the light of Levine's Conservation Theory

Ambiente externo de la mujer y sífilis congénita a la luz de la Teoría de la Conservación de Levine

Vanessa Curitiba Felix^I; Selma Villas Boas Teixeira^{II}; Leila Rangel da Silva^{III};
Lucia Helena Garcia Penna^{III}; Ana Cláudia Mateus Barreto^{IV}; Adriana Lemos^V

^IUniversidade Federal Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil; ^{II}Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil;

^{III}Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil; ^{IV}Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras. Brasil

RESUMO

Objetivo: discutir os elementos do ambiente externo da mulher com recém-nascido portador de sífilis congênita. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado entre janeiro e março de 2020, com 25 puérperas internadas em uma maternidade estadual da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro, em acompanhamento de recém-nascidos com sífilis congênita. Tratamento dos dados realizado por análise temática e discutidos à luz da Teoria da Conservação proposta por Myra Estrin Levine. Protocolo de pesquisa aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** antes e durante a gravidez, o ambiente externo das participantes se caracteriza por baixa escolaridade, desconhecimento acerca da sífilis, violências intrafamiliar e perpetrada por parceiro íntimo, e não tratamento do homem. **Conclusão:** o acompanhamento pré-natal é um momento privilegiado por aproximar os profissionais das gestantes e oportunizar o reconhecimento dos elementos externos influenciadores dos desfechos maternos e fetais.

Descritores: Sífilis; Gestaçã;o; Violência de Gênero; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to discuss elements of the external environment of women with newborns with congenital syphilis. **Method:** this exploratory, qualitative, descriptive study was conducted between January and March 2020 with 25 puerperal women inpatients in follow-up of newborns with congenital syphilis at a Rio de Janeiro state maternity hospital in the Baixada Fluminense. The data were treated by thematic analysis and discussed in the light of the Conservation Theory proposed by Myra Estrin Levine. The research protocol was approved by the research ethics committee. **Results:** before and during pregnancy, the participants' external environment featured little education, lack of knowledge about syphilis, intra-family violence and violence perpetrated by an intimate partner, and non-treatment of men. **Conclusion:** antenatal care is an especially favorable setting, because it brings health personnel together with pregnant women and provides opportunities for recognizing external elements that influence maternal and fetal outcomes.

Descriptors: Syphilis; Pregnancy; Gender-Based Violence; Nursing Theory.

RESUMEN

Objetivo: discutir los elementos del ambiente externo de mujeres cuyos recién nacidos tienen sífilis congénita. **Método:** investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria realizada entre enero y marzo de 2020 junto a 25 puérperas hospitalizadas en una maternidad estatal de la *Baixada Fluminense* del estado de Rio de Janeiro que acompañaban sus recién nacidos con sífilis congénita. Los datos fueron tratados por análisis temático y discutidos a la luz de la Teoría de Conservación propuesta por Myra Estrin Levine. El protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** antes y durante el embarazo, el ambiente externo de las participantes se caracteriza por baja escolaridad, desconocimiento sobre sífilis, violencia intrafamiliar y ejercida por compañero, y ausencia de tratamiento de los hombres. **Conclusión:** la atención prenatal es un momento privilegiado ya que acerca los profesionales a las embarazadas y permite el reconocimiento de elementos externos que influyen en los desenlaces maternos y fetales.

Descriptoros: Sífilis; Embarazo; Violencia de Género; Teoría de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença conhecida há séculos, que atinge homens, mulheres e crianças. Sua transmissão se dá, sobretudo, por contato sexual e, se não for tratada adequadamente durante a gravidez, o feto pode ser contaminado, sendo maior o risco de sífilis congênita (SC) nos estágios primário e secundário da doença^{1,2}. Ressalta-se que a SC pode provocar entre 30% e 50% de morte fetal intraútero, parto pré-termo e morte neonatal^{3,4}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 12 milhões de pessoas contraem sífilis por ano, e destas, 1,5 a 1,85 milhões são gestantes⁵. No Brasil, em 2018, houve um aumento de 25,7% nos casos notificados de sífilis gestacional (SG), com destaque para a região Sudeste, que tem apresentado as maiores taxas¹.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - Edital 12/2019 de Apoio aos Programas de Pós Graduação *Stricto Sensu* do Estado do Rio de Janeiro.

Autora correspondente: Vanessa Curitiba Felix. E-mail: vanessafelix@hotmail.com

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editor Associado: Octavio Muniz da Costa Vargens

Nesse contexto, a detecção da SC representa um marcador de qualidade da assistência prestada no pré-natal. No entanto, constitui-se como desafio à alta incidência de SC no país, que pode estar associada à baixa qualificação dos recursos humanos, a falhas no diagnóstico e tratamento e à não captação precoce da mulher grávida e de sua parceria^{3,6}. Outros fatores que contribuem para os números crescentes de SC são a dificuldade de negociação do uso do preservativo e a recusa do tratamento pelo parceiro, evidenciando as relações assimétricas entre homens e mulheres nos processos decisórios concernentes à saúde sexual e reprodutiva^{7,8}.

Em vista disso, o cuidado prestado pelos enfermeiros no âmbito da assistência pré-natal não deve se limitar aos aspectos biológicos, sendo necessário garantir à mulher um atendimento acolhedor e individualizado, uma vez que as repercussões negativas à sua saúde podem ser decorrentes de um ambiente externo pernicioso. Nesse sentido, a aplicação das teorias de enfermagem na prática desses profissionais propicia a compreensão do indivíduo como um ser holístico e dinâmico, que interage constantemente com o ambiente e depende de sua relação com outras pessoas, a família e o meio social para manter a própria saúde⁹.

Considerando a lacuna existente nas produções científicas da enfermagem sobre o ambiente externo da mulher e sua relação com a SC, este estudo se justifica ao utilizar a Teoria da Conservação de Levine para desvelar os elementos do ambiente externo antes e durante a gravidez, que culminaram no nascimento de um recém-nascido portador de SC.

Diante do exposto, este estudo estabeleceu como questão norteadora “Quais elementos do ambiente externo da mulher influenciaram no desfecho de sífilis congênita?” e delimitou como objetivo discutir os elementos do ambiente externo da mulher com recém-nascido portador de SC.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria da Conservação de Myra Estrin Levine⁹ embasa os enfermeiros na prestação de um cuidado holístico e individualizado, que visa à manutenção ou à recuperação do bem-estar físico, mental, social e espiritual, a fim de auxiliar o sujeito a alcançar a saúde integral ou a totalidade. Para tanto, ancora-se em quatro princípios: energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social. A conservação de energia consiste em seu equilíbrio de entrada e saída, enquanto a conservação da integridade estrutural se refere à manutenção ou à recuperação da estrutura do corpo. A integridade pessoal está associada à identidade do indivíduo, e a integridade social envolve o reconhecimento do sujeito como ser social.

Nessa perspectiva, o ambiente se configura como um dos pilares para o cuidado holístico⁹, em que o ambiente interno combina os aspectos fisiológicos e patológicos do indivíduo, que são influenciados pelo ambiente externo, no qual se insere o contexto social que interfere de modo positivo ou negativo na saúde¹⁰.

Neste estudo, os aspectos fisiológicos se associam ao equilíbrio biopsicossocial e espiritual da mulher, e os patológicos referem-se aos efeitos maléficos causados pelo ambiente externo à sua saúde e à de seu filho, como a SG que resultou em SC. Assim, é essencial que os enfermeiros da atenção pré-natal compreendam o ambiente externo da mulher⁹, a fim de oferecer cuidados integrais e respeitosos, que propiciem a redução da morbidade e da mortalidade materna e perinatal.

MÉTODO

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. O cenário foi o alojamento conjunto de um hospital-maternidade estadual, localizado na Baixada Fluminense, no estado do Rio de Janeiro. Com o propósito de identificar puérperas que acompanhavam recém-nascidos com diagnóstico de SC, o primeiro passo foi a análise de 50 prontuários registrados de janeiro a março de 2020, tendo sido convidadas para participação no estudo 25 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser de qualquer faixa etária; estar na condição de puerpério imediato; relacionar-se sexualmente com homens e/ou mulheres; ter realizado o esquema terapêutico de tratamento para SG como preconizado pelo Ministério da Saúde e estar em condições físicas e psicológicas para participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídas as mulheres que não realizaram pré-natal; diagnosticadas com sífilis durante a gravidez, mas que não foram tratadas ou receberam tratamento inadequado; puérperas com outras patologias; e as que acompanhavam recém-nascidos no puerpério imediato fisiológico.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, individual, cujo roteiro foi elaborado pelas pesquisadoras com perguntas abertas e fechadas que almejavam reunir as características socioeconômicas e reprodutivas, a história de sífilis e as vivências no contexto social, familiar e conjugal das mulheres.

As participantes foram informadas acerca dos riscos e benefícios da pesquisa, bem como do direito à desistência a qualquer momento e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Desse modo, a participação das mulheres foi voluntária, destacando-se que não houve recusa ao convite de participação no estudo.

As entrevistas ocorreram em uma sala reservada na própria maternidade, sem a presença de acompanhante, e foram agendadas conforme a disponibilidade da participante. Tiveram a duração média de 30 minutos. Foram gravadas, com autorização prévia, em aparelho digital, e imediatamente transcritas na íntegra. O anonimato foi garantido pela

adoção de códigos de identificação, utilizando-se a letra M seguida da numeração cardinal em ordem crescente (M1 a M25) de realização das entrevistas. O total de participantes seguiu o princípio da saturação por escasseamento¹¹.

Para o tratamento dos dados, empregou-se a análise de conteúdo, especificamente a análise temática proposta por Laurence Bardin, que a define como um conjunto de técnicas de levantamento e rigoroso exame das comunicações, com o intuito de se obterem procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção dessas mensagens¹². Após a transcrição e a interpretação das entrevistas, procedeu-se à exploração do material e ao processo de codificação; em seguida, construíram-se 70 unidades temáticas e, destas, 65 foram agrupadas em unidades correspondentes ao ambiente externo da Teoria de Enfermagem de Levine, relacionadas aos eixos temáticos “o contexto social e familiar da mulher” e “o contexto conjugal da mulher”, os quais constituíram a categorização denominada “Ambiente externo – o contexto social e familiar da mulher”.

Por fim, salienta-se que as etapas de pesquisa e elaboração deste artigo obedeceram aos critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com observação dos padrões éticos exigidos.

RESULTADOS

No tocante à caracterização, as 25 participantes estavam na faixa etária de 15 a 34 anos, 16 se autodeclararam pardas ou negras e tinham o ensino fundamental, e 19 não possuíam renda pessoal. Quanto ao histórico sexual, 15 entrevistadas referiram sexar aos 15 anos ou em idade inferior; duas tiveram sua primeira experiência sexual vivenciada por estupro, uma delas com menos de 14 anos. No que concerne à situação conjugal, todas relataram ser heteroaletivas, e 14 viviam em regime de união consensual.

Em relação à paridade, 17 eram primigestas e oito múltiparas. A maioria (n=16) realizou seis ou mais consultas de pré-natal. Cinco fizeram o teste rápido de sífilis; destas, quatro tiveram resultados reagentes na primeira consulta, e uma delas, no terceiro trimestre. As demais (20) foram testadas por *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), e 11 foram diagnosticadas no segundo trimestre de gestação.

Ambiente externo: o contexto social e familiar da mulher

Os resultados desta categoria mostram que o contexto social das mulheres deste estudo se caracteriza pelo baixo nível de esclarecimentos acerca da sífilis (n=15) e pela não utilização de métodos contraceptivos de barreira como forma de prevenir infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes (n=18).

Não, nunca usei camisinha. Aí eu tomava pílula do dia seguinte. (M4)

Preferia não usar porque eles sempre reclamam. Acabei engravidando e pegando essa doença. (M10)

Só sei que é uma doença que você pega através do sexo. Não sei te explicar não. (M12)

Não usava camisinha por minha escolha mesmo. (M20)

Eu não sei. Já ouvi falar, mas sei que pega pelo sexo sem camisinha. (M24)

Dentre as participantes caracterizadas como múltiparas, três mencionaram que a sífilis também foi diagnosticada em gravidezes anteriores.

Eu tive sífilis no meu primeiro filho e tratei. Na segunda [gestação] não tive, mas na terceira tive novamente. Acho que me contaminei de novo. (M2)

Eu tive sífilis na minha segunda gravidez também, é do mesmo pai desse. (M8)

Tenho quatro filhos. Na gravidez dos dois mais velhos tive sífilis e peguei do meu marido. O meu terceiro filho foi de outra pessoa, e eu não tive [...]. Como voltei para o meu ex-marido, acabei me contaminando de novo e esse bebê acabou nascendo com a doença. (M10)

Como uma parte do ambiente externo das mulheres, verifica-se que o contexto familiar foi marcado por histórias reprodutivas de sífilis entre familiares e amigas de sete entrevistadas.

Soube que minha mãe teve sífilis em alguma das gestações dela e essa irmã nasceu bem ruinzinha [...]. Na minha família, a sífilis é normal, e os bebês acabam ficando bem. Ficam um tempo internado, mas depois ficam bem. (M11)

A minha prima teve sífilis. Ela descobriu antes de engravidar, mas não ligou para isso, nem tratou. Onde eu moro isso é normal. (M23)

Tenho uma irmã e uma prima que também tiveram sífilis na gestação da filha, mas ficou como um segredo de família. Outro dia, soube também que minha tia teve também nas gestações dela. (M25)

Ademais, cenas de agressão física no espaço intrafamiliar foi uma realidade do ambiente externo de 11 participantes.

O meu pai bebia e depois, em casa, batia muito na minha mãe. Às vezes ele queria bater em mim e nos meus irmãos também. Ele virava um monstro. (M10)

Minha mãe morreu por causa da facada que ela levou de um ex-namorado, porque ela não queria mais ficar com ele! Ela sempre tinha namorados violentos. Uns caras bem esquisitos. (M13)

Meu pai batia muito na minha mãe, eles se batiam, era um relacionamento violento dos dois. (M19)

Ele bebia muito e depois batia na minha mãe, uma vez ele a esfaqueou. (M21)

Ambiente externo: o contexto conjugal da mulher

Esta categoria desvela a vulnerabilidade do ambiente externo das participantes, visto que 23 mulheres relataram conflitos, agressões físicas, ameaças, humilhações, isolamento, perseguição, infidelidade e subtração de objetos pessoais em relações com parceiros íntimos atuais e passados.

[...] o final da gravidez a gente já estava separado [...] essa sífilis me mostrou a traição dele. (M5)

Ele disse que se eu tivesse pegado sífilis com outro, ele me mataria. Mas ele tinha uma amante. (M11)

Meu ex-companheiro ficou com meus cartões, dinheiro e telefone. (M12)

Toda discussão, ele me xingava, não importava quem estava por perto. (M14)

Ele é muito ciumento. Ele não me deixa sair sozinha. Não posso nem visitar minhas amigas e ainda controla o meu celular. (M15)

O meu ex me perseguia. Foi uma luta eu conseguir me livrar dele. (M20)

Neste contexto conjugal, a violência sexual, sobreposta à violência física, foi relatada por 15 entrevistadas.

Quando eu não queria transar com ele, me empurrava e me xingava. Não usava preservativo de jeito nenhum [...]. Nem na gravidez ele foi melhor. (M1)

Quando eu ia ter relação sexual, ele me machucava, forçava e não aceitava usar preservativo. (M10)

Ele ficou nervoso e me deu um soco [...] eu já estava grávida. (M19)

Nessa minha última gestação, eu passei um sufoco com ele [...]. Ele sabia que eu precisava que ele usasse a camisinha, mas nem amarrado ele aceitava [...]. Uma vez eu disse que não queria transar e ele me deu um tapa e me forçou. (M25)

Como outro componente do ambiente externo que impacta diretamente sobre a saúde das participantes, aponta-se a não adesão dos parceiros ao tratamento diante do diagnóstico de SG, conforme referido por 15 mulheres.

Ele tem pavor de injeção e não quis fazer o tratamento nem usar o preservativo. (M1)

Ele não quis nem saber de se tratar. E agora meu filho é obrigado a sofrer com essas injeções e eu presa aqui com ele. (M12)

Ele diz que macho não pega doença e não tratou. (M25)

DISCUSSÃO

As características socioeconômicas das participantes são semelhantes às observadas em outros estudos brasileiros¹³⁻¹⁵. No que se refere aos antecedentes obstétricos, a maioria das entrevistadas compareceu a mais de seis consultas de pré-natal. Contudo, apenas cinco delas fizeram o teste rápido de sífilis na primeira consulta. Diante disso, contabilizando o número mínimo de consultas de pré-natal realizadas, estas se provaram insuficientes para que as mulheres tivessem acesso oportuno ao diagnóstico da sífilis, o que indica baixa qualidade da assistência pré-natal¹⁶.

A esse respeito, vale lembrar que a realização do teste rápido na primeira consulta da gestante é recomendada como uma estratégia de rastreio. Além disso, o teste rápido treponêmico deve ser feito no primeiro e terceiro trimestres de gravidez, sendo uma prática que confere qualidade ao cuidado, garante o tratamento oportuno e eficaz e evita desfechos maternos e neonatais adversos¹⁷⁻²¹.

No que tange aos elementos do ambiente externo, os resultados mostram que as participantes não conheciam os riscos da sífilis à sua saúde e à de seu filho. Tal fato é um entrave à abordagem preventiva e terapêutica, que também se associa à baixa escolaridade e às barreiras no acesso aos serviços e às informações para promoção da saúde. A literatura confirma a correlação entre menor escolaridade, início precoce da vida sexual e baixa compreensão sobre os riscos da infecção, ratificando os achados deste estudo²²⁻²⁴.

Sobre a não adesão ao uso de preservativos nas relações sexuais, constata-se que as mulheres desta pesquisa não reconhecem a importância de utilizá-los ou que houve dificuldades no processo de negociação com os parceiros. Esses achados são preocupantes para a vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis²³, assim como desvelam as questões de gênero que atravessam a prática do sexo seguro²⁵.

Neste estudo, outro ponto que merece destaque é o fato de a sífilis e a violência física estarem presentes na vida reprodutiva das participantes, de seus familiares e de suas amigas. Essa reprodução social de comportamentos que permeiam gerações pode se manter como um padrão, a exemplo da própria sífilis, cuja transgeracionalidade permanece há décadas como um grave problema de saúde pública no Brasil²⁶ e um risco à saúde materna e neonatal.

Nessa perspectiva, revisitando a Teoria de Levine em relação aos conceitos do ambiente, entende-se que o ser humano capta e introjeta todas as situações que experimentam em seu mundo externo, podendo carregá-las para a vida futura. Assim, as mulheres que presenciaram a ocorrência e o tratamento inadequado da sífilis de sua mãe, tias e primas naturalizaram essas questões em seu sistema sensorial.

Como demonstram os resultados, algumas participantes vivenciaram a violência de gênero ainda na infância e na adolescência, quando testemunharam as agressões contra a mãe e, em algumas ocasiões, o abuso de álcool, que potencializava a violência²⁷. Ou seja, a violência teve grande participação no ambiente externo dessas mulheres desde muito cedo, prevalecendo as desigualdades de gênero pautadas em relações de dominação e submissão²⁸.

Esse contexto familiar e social impacta o ambiente interno da mulher, pois afeta sua saúde mental, gerando baixa autoestima que, na vida adulta, pode influenciar em seu modo de lidar com os problemas pessoais, inclinando-a a se submeter às situações de violência em seus relacionamentos conjugais ou com os filhos^{10,27}.

Em parte, isso explica como a violência intrafamiliar se fez presente na vida de algumas mulheres até culminar em violência por parceiro íntimo (VPI)²⁷, a qual foi vivenciada por todas as participantes deste estudo durante a gestação, embora este seja um momento no qual precisam de atenção e cuidados com sua saúde²⁸⁻³⁰. Essa realidade é apontada por diversas pesquisas brasileiras^{10,31-33}, denotando que o ambiente externo das mulheres é violento e reflexo de uma sociedade androcêntrica ancorada em valores patriarcais que reproduzem desigualdades de gênero e as violências^{28,30}.

Ademais, os relatos das participantes sobre situações de violência sexual e recusa do parceiro em usar o preservativo denotam a existência de assimetrias no contexto conjugal, no qual a dominação masculina²⁸ se configura como ator de risco para a integridade física e mental, não cura da sífilis, reinfecção da mulher e, por conseguinte, transmissão vertical. Nesse cenário, acrescenta-se que a infidelidade do parceiro pode ser vislumbrada como uma VPI que, principalmente na gravidez, prejudica a autoestima feminina¹⁰ e aumenta as chances de reinfecção.

Ressalta-se ainda que a cura da SG é influenciada pelo não tratamento da infecção pelo homem, com argumentos como medo da terapêutica medicamentosa por via intramuscular e da dor e influência de construções sociais, que alimentam estereótipos sobre a sífilis como uma questão feminina. Assim, a não adesão ao tratamento e ao seguimento da doença³⁴ se traduzem em um grave problema de saúde pública, uma vez que o homem continuará como um agente potencial de transmissão da infecção, influenciando negativamente o ambiente interno da mulher, em função das graves repercussões à sua saúde e à do feto³⁵⁻³⁷. Estudo realizado em Uganda corrobora esses resultados e acrescenta que a falta de tempo, a percepção da sífilis como uma doença genética ou um problema da mulher são elementos que certamente levam à SC³⁸.

Tais dados reforçam que os enfermeiros com atuação na assistência pré-natal precisam conhecer e compreender o ambiente externo das mulheres, a fim de oferecer cuidados direcionados às reais demandas individuais e necessidades de saúde, por meio de atividades educativas com vistas ao empoderamento desse público, oportunizando o olhar profissional sensível para identificação de situações de violência que permeiam o diagnóstico e o tratamento da SG. Ao mesmo tempo, é importante que a assistência problematize tabus e mitos que reproduzem as desigualdades de gênero e contribuem para a perpetuação da sífilis e da VPI.

Portanto, junto do acolhimento, a escuta ativa e o manejo da sífilis devem nortear a conduta dos enfermeiros que lidam com o ambiente externo das mulheres, no sentido de orientarem o tratamento adequado e o seguimento para a obtenção da cura. Além disso, é essencial o estímulo às políticas públicas que incluem os homens na assistência pré-natal, a fim de reduzir a SC²³.

Limitações do estudo

Apesar da relevância dos dados obtidos, um único cenário obstétrico foi contemplado neste estudo, o que pode inviabilizar a generalização dos resultados.

CONCLUSÃO

Como elementos do contexto social e familiar que compõem o ambiente externo da mulher com o recém-nascido portador de sífilis congênita, foram evidenciados: baixa escolaridade; baixo nível de esclarecimentos acerca da sífilis; não utilização de métodos contraceptivos de barreira como forma de prevenir infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes; histórias reprodutivas de sífilis entre familiares e amigas; e agressão física no espaço intrafamiliar. Enquanto elementos do contexto conjugal, o ambiente externo das participantes se caracteriza por violências perpetradas pelos

parceiros íntimos atuais e passados, bem como pela não adesão dos parceiros ao tratamento. Esses elementos do ambiente externo interferiram negativamente na saúde mental, física, sexual e reprodutiva, trazendo riscos efetivos à saúde materna e fetal, o que transformou o ambiente fisiológico em patológico, levando à ocorrência da sífilis congênita.

Todas as mulheres assistidas pelo enfermeiro no âmbito do pré-natal requerem um cuidado integral e resolutivo, pautado em uma relação de confiança e de conhecimento sobre suas vivências. É certo que essa conduta favorecerá a recuperação da saúde integral, por meio de um cuidado que transcenda o modelo biomédico, pois somente assim o cuidado terá potencial de intervenção sobre os elementos patológicos que determinam a sífilis gestacional e SC.

Ressalta-se a contribuição deste estudo, pois ele propõe ações de interação do enfermeiro por meio de atividades educativas em consonância à aplicabilidade da Teoria da Conservação de Levine no âmbito da assistência pré-natal, com propósito de conservar a energia e recuperar a integridade estrutural, pessoal e social da mulher. Esse cuidado favorecerá a preservação de sua identidade e autonomia, ou seja, estimulando seu empoderamento, para que se sinta fortalecida durante o processo de tratamento da sífilis.

Finalmente, é imprescindível a inserção da temática “gênero e sexualidade” nas propostas pedagógicas dos cursos de graduação e pós-graduação, com intuito de propiciar a reflexão e a sensibilização dos futuros profissionais de enfermagem, na maneira de lidar com a temática da violência, bem como respeitar os protocolos ministeriais às infecções sexualmente transmissíveis, pautados no ambiente externo da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Clinical protocol and therapeutic guidelines for prevention of vertical transmission of HIV, syphilis and viral hepatitis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Sep 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
2. Silva LR, Paiva MS, Nazareth IV, Silva MDB, Macedo EC. Syphilis in women and men: an integrative review of scientific publications. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 22]; (27):e26496. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.26496>.
3. Costa LD, Faruch SB, Teixeira GT, Cavalheiri JC, Marchi ADA, Benedetti VP. Knowledge of professionals who do prenatal in the basic attention on the management of syphilis. *Ciênc., Cuid. Saúde.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 30]; 17(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i1.40666>.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Sífilis 2020. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Nov 02]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>.
5. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016 [cited 21 Jul 2019]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf;jsessionid=635FF4B83F114F18BF532080FB631DAB?sequence=1>.
6. Câmara LS, Moreira APA, Felix VC, Monnerat IC, Silva, LR, Teixeira SVB, et al. Epidemiological profile of pregnant women with syphilis in the Rio de Janeiro. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 15]; 9(10):e4999108712. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8712>.
7. Pallito C, García-Moreno C, Stöeckl H, Hatcher A, MacPhail C, Mokoatle K, et al. Testing a counselling intervention in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2016 [cited 20 Jun 20]; 16(1):630. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1872-x>.
8. Souza FMA, Muñoz IK, Visentin IC. Context of gender vulnerability in the use of male condom. *FINOM* [Internet]. 2020 [cited 26 Apr 2022]; 20(1):243-67. Available from: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1004/723.
9. Levine MS. The conservation principles of nursing: twenty years later. In: Riehl-Sisca JP, editors. *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed. New York: Appleton & Lange; 1989. p. 325-37.
10. Teixeira SVB, Moura MAV, Silva LR, Queiroz ABA, Souza KV, Netto LA. Intimate partner violence against pregnant women: the environment according to Levine’s nursing theory. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2015 [cited 05 Feb 2019]; 49(6):882-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000600002>.
11. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2019.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
13. Lima VC, Mororó RM, Feijão DM, Frota MVV, Martins MA, Ribeiro SM, et al. Mother’s perception of congenital syphilis in her fetus. *Espac. saude* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 11]; 17(2):118-25. Available from: <https://espacosasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosasaude/article/view/292>.
14. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSS, Amaral CMCA, Barbosa LG. Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in Brazil – from 2007 to 2016. *Arq. Med. Hosp. Fac. Ciên. Méd. St. Casa São Paulo.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 03]; 64(2):69-75. DOI: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.2.069>.

15. Araújo MAL, Rocha AFB, Oliveira AKD, Mendes CL, Bertoncini PMRP. Behavioral aspects of puerperal women with syphilis. RIES. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 02]; 9(1):103-14. Available from: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1721/1159>.
16. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Aug 02]. Available from: https://bvsmos.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
17. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 3.275, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica para a detecção de HIV e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito na atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário Oficial da União 12 jan 2012; Seção 1.
18. Suto CSS, Silva DL, Almeida ES, Costa LEL, Evangelista TJ. Prenatal assistance to pregnant women diagnosed with syphilis. Rev Enferm Atenção Saúde. [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 10]; 5(2):18-33. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v5i2.1544>.
19. Freire Júnior MB, Freire GKA, Fernandes HR. Syphilis screening during prenatal development: missed opportunities in a public maternity hospital in Recife, Brazil. DST, J. Bras. Doenças Sex. Transm. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 19]; 28(4):120-5. Available from: http://www.dst.uff.br/revista28-4-2016/DST%20v28n4_IN_120-125.pdf.
20. Cha S, Malik T, Abara WE, DeSimone MS, Schumann B, Mallada E, et al. Screening for syphilis and other sexually transmitted infections in pregnant women — Guam, 2014. Morb. Mort. Wkly. Rep. [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 8]; 66(24):644-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6624a4>.
21. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [cited 2021 May 30]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210422_Relatorio_PCDT_IST_SECRETARIO_588_2021.pdf.
22. Pinto VM, Basso CR, Barros CRS, Gutierrez EB. Factors associated with sexually transmitted infections: a population based survey in the city of São Paulo, Brazil. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2018 [cited 20 Sep 2020]; 23(7):2423-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>.
23. Zoilo CS, Barbosa EPM, Barbosa JA, Paes LBO. Maternal factors associated with the vertical transmission of congenital syphilis. CuidArte enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 11]; 12(2):211-7. Available from: http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2018v2/211_217.pdf.
24. Mélo KC, Santos AGG, Brito AB, Aquino SHS, Alencar ETS, Duarte EMS, et al. Syphilis among pregnant women in Northeast Brazil from 2008 to 2015: a trend analysis according to sociodemographic and clinical characteristics. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 11]; 53:e20190199. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0199-2019>.
25. Lannes DRC, Gonzaga LL. Aversion of the use of condoms by adolescents: a perspective from the mute zone of the social representations. Espaço Pedagóg. [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 16]; 25(2):472-87. DOI: <https://doi.org/10.5335/rep.v25i2.8174>.
26. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F. Transgenerational transmission of conjugal and family patterns: implications for health care. Nova Perspect. Sist. [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 26]; 30(70):77-92. Available from: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/570>.
27. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F. Families may (themselves) become ill: an integrative review of the scientific literature. Vínculo (Sao Paulo): revista do Nesme [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 10]; 16(2):23-43. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000200003.
28. Di Giacomo P, Cavallo A, Bagnasco AM, Sartini M, Sasso L. Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. J. Clin. Nurs. [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 25]; 26(15-16):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>.
29. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. Diário Oficial da União 8 ago 2006; Seção 1.
30. Da Thi Tran T, Murray L, Van Vo T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016-2021. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 25]; (22):315. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04604-3>.
31. Oliveira NCS, Gomes NL, Ferreira TRSC, Santos LA, Franco EP. Intimate partner violence during pregnancy: a study based on the records of Brazilian capitals. Res., Soc. Dev. [Internet]. 2020. [cited 2021 Jul 10]; 9(10):e599108342. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8342>.
32. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh. PLoS ONE [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 16]; 12(5):e0176211. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176211>.
33. Freitas MFC, Sales MM. Maria, Marias: women's narratives about abusive relationships. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 21]; 4(7):408-29. Available from: <http://200.229.32.43/index.php/pretextos/article/view/20769/15043>.
34. Neves KC, Mendes AS, Santos VG, Fassarella BPA, Ribeiro WA, Silva JG, et al. O conhecimento do homem sobre a sífilis: Impacto nas ações preventivas e adesão ao tratamento. Saude Colet. [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 25]; 9(50):1789-94. Available from: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/159>.
35. Silva MFCF, Pereira SMX, Aidar TPS, Souza RG, Costa RFC, Oliveira LAG, et al. Congenital syphilis as a systemic approach. Braz. J. of Develop. [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 10]; 6(7):51840-48. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-724>.



36. Padovani C, Oliveira RS, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 10]; 26:e3019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>.
37. Souza MHT, Beck EQ. Understanding the congenital syphilis from the maternal look. *Rev. Enferm. UFSM* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 10]; 9(13):1-13. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769232072>.
38. 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.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 20]; 19(1):124. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3695-y>.