

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO: ORIENTAÇÕES, PROMOÇÃO E ADESAO AO TRATAMENTO

NURSE PERFORMANCE IN THE SCREENING OF SYPHILIS IN PREGNANCY: GUIDELINES, PROMOTION AND ADHERENCE TO TREATMENT

DANIEL NASCIMENTO QUEIROZ^{1*}, JACKSON HENRIQUE SOUSA LIMA²

1. Enfermeiro pós-graduado em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, Enfermeiro do CAPS I. 2. Enfermeiro Doutorando e Mestre em Terapia Intensiva – IBRATI-SP, Professor do Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência e Terapia Intensiva (UNIPÓS Teresina-PI).

*Rua Três, 25, Vila Militar, Presidente Dutra, Maranhão, Brasil, CEP: 65760-000. daniel_queiroz20@hotmail.com

Recebido em 10/02/2016. Aceito para publicação em 21/03/2017

RESUMO

Introdução: a SG é descrita como uma Doença infecciosa Sexualmente Transmissível (DST), de origem bacteriana, causada por uma bactéria chamada de *Treponema Pallidum*, de transmissão predominantemente sexual e vertical (25% das taxas). **Objetivo:** analisar a atuação do Enfermeiro no rastreamento, orientação, prevenção e tratamento da sífilis na gestação. **Metodologia:** As bases de dados pesquisadas foram a PubMed - *National Library of Medicine* (EUA), Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), Lilacs (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) no período de fevereiro a maio de 2014. As palavras-chave utilizadas foram “sífilis na gravidez”, “sífilis gestacional”, “sífilis congênita”, “prevalência da sífilis”, “sífilis no pré-natal”, “diagnóstico e tratamento da sífilis”, “congenital syphilis”, “syphilis in pregnancy”, “syphilis prenatal care”, “syphilis treatment”, “congenital syphilis follow-up”. **Resultado:** Os motivos da prevalência estão associados ao baixo nível de escolaridade (BNE); a idade inferior a 20 anos (II20A); casadas (C); ao pré-natal incompleto (PNI); a não realização do pré-natal (NRPN); a falha na assistência pré-natal (FAPN); a não realização do teste VDRL (NRTVDRL); ao tratamento inadequado da gestante (TIG); ao Tratamento inadequado do parceiro (TIP); ao baixo nível socioeconômico (BNSE); a idade acima de 35 anos (IA35A); adolescentes (A), etc. **Conclusão:** A sífilis como importante causa de morbimortalidade fetal, além de uma doença de fácil prevenção com recursos diagnósticos e terapêuticos acessíveis, seu controle na gestação ainda é um desafio para profissionais e gestores da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: sífilis na gestação; atuação do enfermeiro; adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Introduction: SG is described as a Sexually Transmissible Infectious Disease (STD) of bacterial origin, caused by a bacterium called *Treponema Pallidum*, predominantly sexual and vertical transmission (25% of the rates). **Objective:** to analyze

the nurse's role in the tracing, orientation, prevention and treatment of syphilis during pregnancy. **Methodology:** The databases searched were the PubMed - National Library of Medicine (USA), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) from February to May 2014. The keywords used were "syphilis in pregnancy", "gestational syphilis", "congenital syphilis", "syphilis prevalence", "prenatal syphilis", "syphilis diagnosis and treatment", "congenital syphilis", "Syphilis in pregnancy", "syphilis prenatal care", "syphilis treatment", "congenital syphilis follow-up". **Outcome:** Prevalence reasons are associated with low level of schooling (BNE); The age of less than 20 years (II20A); Married (C); To incomplete prenatal care (PNI); The failure to perform prenatal care (NRPN); The failure of prenatal care (FAPN); Failure to perform the VDRL test (NRTVDRL); Inadequate treatment of pregnant women (TIG); Inadequate treatment of the partner (TIP); Low socioeconomic status (BNSE); The age over 35 years (IA35A); Adolescents (A), etc. **Conclusion:** Syphilis as an important cause of fetal morbidity and mortality, besides an easily preventable disease with accessible diagnostic and therapeutic resources, its control during pregnancy is still a challenge for professionals and health managers.

KEYWORDS: Syphilis in pregnancy; Nurses' performance; Adherence to treatment.

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos grandes avanços no conhecimento acerca da prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis após o século XX, a Sífilis Gestacional (SG) ainda continua sendo um importante problema de saúde pública para a Organização Mundial de Saúde (OMS) ¹. Entre outros fatores que colaboram para prevalência desta moléstia destaca-se à ocorrência de falhas na assistência de pré-natal as gestantes assistidas, o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade e a promiscuidade sexual ¹⁸.

Dados recentes apontam grande prevalência de casos de sífilis que se soma em pelo menos entre 10% a 15% das gestações⁸. A OMS estimula que por ano ocorrem 12 milhões de casos de sífilis na gestação em todo o mundo⁹. Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) junto com demais países do mundo propôs um plano de erradicação da SG e Sífilis Congênita (SC), onde foi determinada como meta a redução de um caso de sífilis por mil nascidos vivos. No Brasil, segundo o MS a prevalência de casos de sífilis na gestação por ano varia de 1,4% a 2,8%, dados ainda preocupantes^{3, 4, 6, 7, 22, 23, 24}.

A SG é descrita como uma Doença infecciosa Sexualmente Transmissível (DST), de origem bacteriana, causada por uma bactéria chamada de *Treponema Pallidum*, de transmissão predominantemente sexual e vertical (25% das taxas)⁵. Quando a mãe é infectada, não tratada ou inadequadamente tratada, ocorre a infecção do concepto pela disseminação hematogênica da bactéria por via transplacentária causando a SC. A transmissão da sífilis pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou principalmente durante o parto quando não detectada a tempo^{2, 8, 10, 11}.

O diagnóstico da sífilis é feito através do exame *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), onde o MS preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante deve ser submetida a pelo menos dois exames de VDRL, sendo um preferencialmente na primeira consulta e outro no terceiro trimestre por volta da 30ª semana gestacional. O MS ainda preconiza que seja realizado outro exame antes ou durante o parto para assegurar que o recém-nascido esteja livre da infecção ou que haja a possibilidade de tratamento precoce caso a mãe não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado após o tratamento da sífilis^{11, 15}.

O tratamento consiste em doses de penicilinas G benzatina como droga de primeira escolha, conforme fase clínica da doença e são considerados casos tratados aquelas gestantes cujo seu parceiro tenha sido simultaneamente tratado pelo menos trinta dias antes do parto^{11, 12, 25, 26}.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar a atuação do Enfermeiro no rastreamento, orientação, prevenção e tratamento da sífilis na gestação.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para este estudo foram revisadas as bases de dados PubMed - *National Library of Medicine* (EUA), Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no período de fevereiro a maio de 2014. Outros trabalhos que constavam da lista de referências dos artigos encontrados, tais como editorial, foram utilizados como leitura complementar.

As palavras-chave utilizadas para a busca dos artigos

foram “sífilis na gravidez”, “sífilis gestacional”, “sífilis congênita”, “prevalência da sífilis”, “sífilis no pré-natal”, “diagnóstico e tratamento da sífilis”, “congenital syphilis”, “syphilis in pregnancy”, “syphilis prenatal care”, “syphilis treatment”, “congenital syphilis follow-up”.

Na revisão foram encontrados 450 artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Sendo 350 da língua inglesa e espanhola. Dos 100 artigos restantes na língua portuguesa, 70 não aborda o tema em questão, 12 foram publicados há mais de 10 anos e 4 são editoriais. Destes, 14 foram incluídos nesta revisão por serem artigos que tratam sobre os aspectos etiológicos da doença, perfil clínico-epidemiológico, prevenção, diagnóstico e tratamento incluídos no estudo.

3. DESENVOLVIMENTO

A Tabela 1 contém o título do artigo, autor e ano, tipo de estudo, número e idade amostral, prevalência e motivos da prevalência.

4. DISCUSSÃO

O pré-natal constitui a principal maneira de assistir a gestante e seu bebê durante o período gestacional. Ele assegura que toda gestante seja acompanhada a fim de alcançar uma gestação tranquila e sem complicações, visando um parto seguro e o nascimento de uma criança saudável. O pré-natal não realizado ou incompleto seja pelo não comparecimento às consultas como também pelo início tardio ou mesmo por falha na assistência pré-natal são variadas das causas do aumento da prevalência e incidência de casos de SG e SC^{15, 23, 26}.

Os artigos envolvidos nesta pesquisa apresentam resultados semelhantes para algumas causas da prevalência de SG e SC. Tais resultados como o baixo nível de escolaridade (BNE) e baixo nível socioeconômico (BNSE) das gestantes e seus parceiros são comuns nos artigos 1, 2, 4, 8, 10, 11, 12 e 13. Araújo et al.²³, esclarece que o BNE está associado ao BNSE das pacientes, o que leva a falta de conhecimento sobre as DST e a importância dos cuidados de pré-natal que por desinformação não realizam.

Já os motivos da prevalência da SC nos artigos 1, 2, 3, 7 e 11, são idade inferior a 20 anos; idade acima de 35 anos; mulheres casadas com parceiro promíscuo; o marido já tinha contraído sífilis e mulheres que tiveram atividades sexuais fora do relacionamento. Estes achados apontam que a adolescência é um importante fator de risco para aquisição de DST devido à vida solteira, ausência de parceiro fixo e o desconhecimento acerca da importância do pré-natal e da prevenção das DST que estas adolescentes têm^{23, 26, 27, 29}. No estudo feito por Magalhães et al.²⁵, a presença da SC na idade avançada está associada a baixa escolaridade, baixo status econômico, promiscuidade sexual e a inadequada assistência

de pré-natal.

Título do artigo	Autor e ano	Tipo de estudo	Nº e idade amostral	Prevalência (%)	Motivos da prevalência
1 - Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita.	Araujo et al. 2006	Quantitativo de análise epidemiológica através de questionário.	46. 20 a 34 anos.	78,3 %	Baixo nível de escolaridade (BNE); Idade inferior a 20 anos (I120A); Casadas (C); Pré-natal incompleto (PNI); Não realizou pré-natal (NRPN); Falha na assistência pré-natal (FAPN); Não realizaram o teste VDRL (NRTVDRL); Tratamento inadequado da gestante (TIG) Tratamento inadequado do parceiro (TIP).
2 - Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.	Magalhães et al. 2013.	Descritivo.	67. 19 a 35 anos. Com média de 28,1 anos.	77,6 % de casos.	TIGP; PNI; NRPN; BNE; Baixo nível socioeconômico (BNSE); Idade acima de 35 anos (IA35A); Adolescentes (A).
3 - Sífilis em parturiente: aspecto relacionado ao parceiro sexual.	Campos et al. 2012.	Quantitativo transversal e descritivo.	56. 21 a 30 anos. Em média 29 anos.	100%	96,6 % CMP; 8,9% com marido que já tinha contraído sífilis; 28,8% das mulheres tiveram atividades sexuais fora do relacionamento; 50% possuíam uso regular de bebidas alcoólicas; 12,5% faziam uso de drogas ilícitas; Falta de conhecimento sobre medidas de prevenção, promoção e controle sobre DST (FCMPPCDST).
4 - Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família.	Araújo CL et al. 2012.	Ecológico observacional com componentes descritivo e analítico.	População de 897 municípios brasileiros no ano de 2008. Entre 20 a 39 anos (79%).		NRPN; BNE; Menor acesso ao diagnóstico da sífilis no pré-natal; Pré-natal tardio (PNT); TIP; Grupos raciais tradicionalmente mais desfavoráveis socioeconomicamente (negros); PNI.
5 - Sífilis Congênita como fator de assistência de pré-natal no município de Campo Grande - MS.	Figueiró-Filho et al. 2007.	Observacional transversal.	512 puerperas. 19 a 39 anos. Em média 24,4 anos.	23,4 %	Diagnóstico tardio (DT); Tratamento não realizado (TNR); TIG; TIP; PNT; Reinfecção pós-tratamento (RPT).
6 - Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede do SUS do município do Rio de Janeiro.	Domingus et al. 2013.	Transversal.	102 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).		Barreiras relacionadas tanto ao conhecimento dos protocolos, quanto as atitudes dos profissionais e suas práticas; Desconhecimentos nos conteúdos dos protocolos do MS; Dificuldades na abordagem das DSTs; Falta de acesso e conhecimento a exames treponêmicos; Dificuldade para testagem das gestantes e dos parceiros; PNT; Não adesão as recomendações; Não comparecimento dos parceiros para realizarem o tratamento; Falta de autoconfiança na realização do exame, no diagnóstico e no tratamento; Falta de concordâncias com as recomendações dos protocolos; FCMPPDST; Dificuldades na leitura e interpretação dos resultados dos exames de VDRL e treponêmicos (DLIREVDRLT); FAPN; Falha na divulgação de novas inovações assistencial; Falta de referência para encaminhamento do parceiro.
7 - Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória.	Miranda et al. 2009.	Descritivo em corte transversal.	1380. 13 a 44 anos. Em média 24,2 anos.	0,4 %	Prostituição; Parceiro promiscuo (PP); NRPN; DLIREVDRLT; Ausência da solicitação do VDRL (ASVDRL); PNT; FCMPPCDST.
8 - Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal.	Nascimento et al. 2011.	Retrospectivo descritivo.	48. 14 a 45 anos. Em média 22,7 anos.		FAPN; Falha na realização de exames e obtenção do diagnóstico da sífilis; BNE.
9 - Significado laboratoriais dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, a luz das provas treponêmicas.	Campos et al. 2008.	Descritivo longitudinal.	215		Não houve erros cometidos na execução e aferição dos testes de VDRL, objetivando ausência de resultados falso-positivo.
10 - Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.	Domingues et al. 2012.	Transversal.	2.422. 46 casos de SG e 16 de SC.	1,9 % SG e 6/1.000 casos de SC.	BNE; BNSE; Antecedentes obstétricos de risco; Dificil acesso as unidades de saúde (DAUS); FAPN; PNT; Mudança de unidade de saúde durante o acompanhamento pré-natal. DLIREVDRLT; TIG e TIP; FCMPPCDST e PNI.
11 - Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita.	Saraceni e Miranda 2012.	Retrospectivo.	Todos os casos de sífilis do ano de 2008.		BNE; BNSE; PP; NRPN; FAPN; NRTVDRL; TIG; TIP; Ausência da notificação compulsória de agravos; FCMPPCDST; Prostituição; ASVDRL.
12 - Sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.	Magalhães et al. 2011.	Revisão bibliográfica.	56 artigos envolvidos.		NRPN; PNT; FAPN; NRTVDRL; DT; TNR; TIG; TIP; RPT; FCMPPCDST.
13 - Positividade para sífilis em puerpera: ainda um desafio para o Brasil.	Rodrigues e Guimarães 2004.	Transversal.	3047 puerperas. 15 a 19 anos.	1,7%	PNI; NRTVDRL e quando realizaram foi apenas um; BNE; BNSE; Teve a primeira relação antes dos 17 anos; Primigesta entre 15 e 19 anos; Solteiras; História de DST; Sífilis no parceiro; TNR, TIG e TIP.
14 - Característica epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia.	Almeida e Pereira 2007.	Descritivo explorativo.	100.000. 16 a 30 anos.	18,9% (741 casos).	Ausência no registro do número de óbito e casos de sífilis materna e congênita no SIM e no SINAN; Recusa do paciente em realizar o teste de VDRL; Falta de preparo de materiais e profissional qualificado para realização do exame; FAPN; DAUS; PNI; FCMPPCDST.

Tabela 1. Características dos estudos selecionados referentes ao título do artigo, autor e ano, tipo de estudo, nº e idade amostral, prevalência, motivos da prevalência.

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores com base nos dados e resultados da pesquisa, 2014.

Outro dado de grande relevância do artigo 3, é o fato da maioria das mães (96,6%) serem casadas e tiveram relação apenas com um parceiro. Para Campos et al.²⁹, a contaminação foi proveniente do parceiro promiscuo que contraiu a doença de outras relações com parceiras (os) infectadas no qual não realizaram tratamento¹².

Os resultados dos artigos 1, 2, 4, 7, 10, 11, 12, 13 e 14 apontaram como motivo da prevalência da SC, o pré-natal não realizado ou incompleto. De acordo com Brasil¹² toda gestante deve iniciar o pré-natal precocemente e realizar no mínimo seis consultas de pré-natais em todo o período gestacional. Segundo Araújo et al.²³, o fator deste problema está ligado exclusivamente a gestante que pelo baixo grau de instrução e renda; associado ao início tardio e, o não comparecimento das consultas ou abandono de

pré-natal, seja por mudança de residência ou de unidade de saúde e ademais por falha da equipe pré-natalista que não enfatiza a população sobre a importância do pré-natal e das medidas de prevenção para DST. A conscientização e a busca ativa dessas gestantes que abandonam a assistência prestada seria uma alternativa para reintegrá-las aos cuidados de pré-natal, a fim de reduzir a transmissão vertical da sífilis²⁸.

A falha na assistência de pré-natal é uma das causas da alta prevalência de SC nos artigos de números 1, 6, 8, 10, 11, 12 e 14. Starling³⁰ relata que sendo o pré-natal de baixa qualidade este impede na realização do rastreamento e tratamento precoce da sífilis. E como consequências dessas falhas no pré-natal ocorre a não realização do exame de VDRL, o não reconhecimento dos sinais da doença através do exame físico, falhas na interpretação dos resultados de exames e no tratamento adequado da gestante e/ou do parceiro como aponta nos artigos 1, 2, 4, 5, 10, 11, 12, 13. Estes dados favorecem para o aumento da incidência e prevalência da SC, no entanto o tratamento inadequado ou não realizado da gestante e do parceiro seja por desconhecimento da gravidade da doença como também por inadequação da assistência de pré-natal prestada contribuem para a SC. Diante desses fatos, medidas de prevenção sobre DST e tratamento adequado seguindo protocolos para evitar o uso de antibióticos em doses insuficientes devido à automedicação ou prescrição incorretas devem ser enfatizadas no intuito de erradicar ou minimizar as taxas de SC¹².

Sendo o tratamento inadequado este pode trazer complicações futuras a mãe e ao próprio feto devido a reinfecção pós-tratamento que também é uma das causas da alta incidência das formas latentes de sífilis encontrada nos artigos 5 e 12. A sífilis materna quando inadequadamente tratada pode determinar desfechos adversos ao feto como abortamento espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer, óbito fetal, óbito neonatal, danos e complicações da SG³⁸. De acordo com o MS é considerada tratada toda gestante cujo tratamento tenha sido realizado com penicilina G benzatina em doses adequadas a fase clínica da doença e tal prazo do tratamento tenha sido concluído em até 30 dias antes do parto com o parceiro concomitantemente tratado^{6, 11, 12, 14, 16, 25}. O MS ainda enfatiza a profilaxia com penicilina G benzatina em dose única para os casos de recém-nascidos cujas mães receberam tratamento adequado, não apontam sinais de infecção congênita e VDRL não reagente^{12, 25, 26}.

Dados dos artigos 1 e 12 apontam que das gestantes que realizaram o pré-natal apenas 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o exame no terceiro trimestre e que 53,8% das mães que tiveram o diagnóstico de SG receberam tratamento adequado. Dados preocupantes pelo fato da equipe de pré-natal demonstrar pouca importância no rastreamento, prevenção e trata-

mento adequado da sífilis na gestante e no seu parceiro para prevenção da SC. Um dos métodos a ser adotados para rastrear e controlar tal agravamento seria a busca ativa das gestantes e do seu parceiro para realizarem o tratamento e acompanhamento adequado²³. Assim o MS enfatiza que toda gestante durante o pré-natal deve realizar dois exames de VDRL na gestação, sendo um no primeiro trimestre e o outro no início do terceiro trimestre^{15,16}. Salienta-se que a sífilis necessita de tratamento com medicação injetável, além de mudanças de hábito sexual, exames seriados para controle de cura e da adesão pela gestante e seu parceiro para o tratamento²¹.

Diferentes dos achados de outras pesquisas, o artigo 3 mostra que 50% das puérperas estudadas faziam uso regular de bebidas alcoólicas e 12,5% faziam uso de drogas ilícitas. Tais indicadores refletem que há gestantes que desconhecem os prejuízos do uso de álcool e drogas na gravidez e da interferência destes no tratamento da sífilis. Devido a estes fatos, uma das medidas seria orientar todas as gestantes sobre a importância do pré-natal e dos riscos que o álcool e as drogas podem trazer a mãe e ao feto^{7, 12, 15}.

Já os artigos 3, 6, 7, 10, 11, 12 e 14 apresentaram como uma das causas da prevalência da sífilis a falta de conhecimento sobre medidas de prevenção, promoção e controle frente as DST. Tal problema está relacionado tanto a gestante que por desconhecer as medidas de prevenção e da gravidade das DST não procuram realizar o pré-natal quanto pelo despreparo da equipe de saúde por não ter o domínio sobre conteúdo dos protocolos do MS como da pouca importância, dadas às medidas educativas sobre a prevenção das DST e do próprio pré-natal a estas gestantes^{15, 20, 21, 23}. Brasil¹⁵ coloca que o treinamento e a adesão dos profissionais de saúde as medidas de prevenção reduzem o risco de DST e consequentemente da SC. Medidas como estas sendo adotadas além dos profissionais serem capacitados e preparados adequadamente o resultado seria uma assistência de pré-natal qualificada e como consequência disso a diminuição do índice de prevalência da SC. A importância da familiaridade dos profissionais frente às gestantes deve existir enfatizando os benefícios do acompanhamento de pré-natal e, a adesão às recomendações sobre ações preventivas quanto as DST e ao comparecimento dos parceiros as consultas de pré-natais.

Os artigos 4 e 12 mostrou que das gestantes pesquisadas o problema da prevalência da SC estava ligada ao menor acesso ao diagnóstico da sífilis e este está relacionado a não realização ou início tardio do pré-natal. Assim estas gestantes por motivos relacionados a falhas na assistência pré-natal em solicitar, realizar e interpretar o resultado dos exames ou pelo abandono de pré-natal e até mesmo por falta de interesse da própria gestante de realizar o pré-natal por desconhecer a importância do mesmo deixam de receber o diagnóstico de sífilis e ini-

ciar o tratamento. Estes artigos ainda trazem em sua pesquisa que os grupos raciais tradicionalmente mais desfavoráveis socioeconomicamente apontam prevalência para sífilis, ou seja, a raça negra manteve predomínio de números de casos de sífilis devido ao pouco acesso aos serviços de saúde em decorrência da baixa escolaridade e serem desfavorecida financeiramente^{17, 31}.

Fatores como pré-natal tardio (PNT) deparados nos artigos 4, 5, 6, 7, 10 e 12, destaca a falta de conhecimento que algumas gestantes têm sobre a importância da realização do pré-natal e das medidas preventivas para as DST. De acordo com o MS quanto mais cedo iniciar o acompanhamento de pré-natal maiores são as chances de uma gestação saudável, pois é na primeira consulta que a gestante recebe todas as orientações sobre o período gravídico, onde também são solicitados exames de rotina, além da introdução do ácido fólico e sulfato ferroso, verificação da data provável do parto e agendamento das próximas consultas com reuniões de grupos¹⁵.

O pré-natal tendo início tardio pode trazer complicações a mãe como ao feto, principalmente pelo diagnóstico tardio que é uma das importantes causas da alta prevalência da SG encontrado no artigo 5 e como consequência disso a não realizado do tratamento ou este inadequadamente correto que leva a SC. Alguns autores explicam que o fato do pré-natal ter início precoce isso não assegura um desfecho mais favorável quando as gestantes com mais de seis consultas forem consideradas inadequadamente tratadas, ou seja, o número mínimo de consultas de pré-natal realizadas pode não ser suficiente para assegurar uma assistência de qualidade quando o acompanhamento ou tratamento for ineficaz^{32, 33, 34}.

Ao contrário dos dados encontrados nos demais artigos pesquisados, o artigo 6 aponta como resultados da causa da prevalência da SC fatores como: barreiras relacionadas tanto ao conhecimento dos protocolos quanto as atitudes dos profissionais e suas práticas; desconhecimentos no conteúdo dos protocolos do MS; falta de concordâncias com as recomendações dos protocolos; não adesão as recomendações; dificuldades na abordagem das DSTs; falta de acesso e conhecimento a exames de VDRL e treponêmicos; falta de autoconfiança na realização do exame, no diagnóstico e no tratamento; dificuldade para testagem das gestantes e dos parceiros; não comparecimento dos parceiros para realizarem o tratamento; falha na divulgação de novas inovações assistencial e falta de referência para encaminhamento do parceiro.

Diante desses fatos torna-se evidente que o maior acesso a treinamentos, manuais e, principalmente, maior familiaridade dos profissionais com o conteúdo dos protocolos e, também conhecimento correto da situação epidemiológica da sífilis e realização correta das condutas assistenciais pode reduzir o índice de SC. Adesão a estratégias de educação continuada, que são eficazes

para mudar a prática dos profissionais e os resultados em saúde, tendem aumentar a competência dos profissionais e facilitar a adoção dos protocolos na prática assistencial. A adesão dos profissionais aos protocolos assistenciais é indispensável para transformar recomendações em resultados mais favoráveis³⁵.

O estudo ainda destaca a falta de acesso, conhecimento e dificuldades que os profissionais têm na realização e interpretação de resultados dos exames de VDRL e teste treponêmicos, o que leva a necessidade de aprimoramento de toda a equipe com cursos de capacitação e qualificação profissional além da implementação de campanhas do MS direcionadas a orientar profissionais de saúde e gestantes²⁰.

Miranda et al.¹³ enfatiza a prática do teste rápidos de VDRL em todas maternidades especialmente em áreas com baixa adesão ao pré-natal e poucos recursos diagnósticos, visto que existem parturientes que não realizam pré-natal nem o teste de VDRL e/ou que não obtiveram acesso ao resultado do teste e, em consequência disso não realizaram tratamento ou foi inadequadamente tratada e possam estarem infectadas e necessita de tratamento precoce. Ainda segundo Miranda et al.¹³ para que seja implantado e implementado os testes rápidos para sífilis nas maternidades é preciso haver uma recomendação do MS para autorizar o programa além de um curso preparatório para os profissionais que atuarem na área. Já para Figueiró-Filho et al.¹⁹ a utilização dos testes rápidos para sífilis em maternidades torna-se uma estratégia eficaz na implementação de medidas para o diagnóstico e tratamento rápido dessas infecções.

Brasil¹⁵ afirma que o conhecimento sobre a realização das técnicas e interpretação dos resultados sobre os exames de VDRL e teste treponêmicos leva o profissional a tomar medidas eficazes ate mesmo antes do parto caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado para garantir ao recém-nascido a possibilidade de um tratamento precoce.

A dificuldade para testagem das gestantes e dos parceiros; o não comparecimento dos parceiros para realizarem o tratamento; falhas na divulgação de novas inovações assistencial e a falta de referência para encaminhamento do parceiro são apontadas como grandes aliadas no processo da alta taxa da SC ainda deparados no artigo 6. De acordo com Duarte G¹⁴, a inadequação do atendimento, diagnóstico e tratamento das gestantes estão relacionadas à ausência do parceiro na procura do tratamento e que estes achados são influenciados pelo o estado civil da maioria daquelas gestantes que por ocasião encontravam-se solteiras sem parceiro fixo o que dificulta a busca e o tratamento do parceiro infectado pelo serviço de saúde. Outro problema dessa prevalência esta ligado na baixa escolaridade e a não aceitação do parceiro em receber o tratamento.

A razão social e a infidelidade ou também a dificul-

dade dos profissionais de saúde relacionadas à abordagem da sexualidade com as medidas de prevenção das DST e também da falta de orientações sobre a importância do tratamento e onde receber o tratamento são fatores que dificultam a adesão dos parceiros na busca por tratamento, levando a gestante a uma reinfecção^{12, 29}.

Segundo Figueiredo e Schraiber³⁶ um dos motivos que leva o homem a não se dirigir ao serviço de saúde na busca por diagnóstico de DST é a questão da condição de infidelidade que envolve a companheira. A conscientização da gestante é um instrumento de grande relevância para a quebra da cadeia de transmissão das DST, o que proporciona a pessoa a pensar sobre os riscos que corre. Quando aconselhadas sobre DST a probabilidade do parceiro comparecer ao serviço de saúde para tratamento é enorme^{11, 15, 37}.

Assim como descrito anteriormente no artigo 6, os artigos 7, 8, 10 e 11 também apresentaram como causa da prevalência da SG a ausência da solicitação do VDRL, falha na realização de exames e obtenção do diagnóstico da sífilis, dificuldade na leitura e interpretação dos resultados dos exames de VDRL e treponêmicos. Conforme Magalhães et al.²⁵, os problemas desses fatos estão relacionados a inadequada assistência de pré-natal oferecida e ao despreparo dos funcionários na abordagem dos exames. E como rotina de pré-natal devem ser solicitados dois exames de VDRL durante todo o período gestacional e um antes ou durante o parto conforme o MS. Uma das estratégias para solucionar tais problemas a oferta de cursos de qualificação profissional oferecidos pelos gestores da saúde enfatizando a realização, diagnóstico e a interpretação de exames laboratoriais de rotina como VDRL e testes treponêmicos que são fundamentais para o diagnóstico e tratamento da SG²⁵.

O artigo 9 aponta em sua pesquisa que não houve erros cometidos na execução e aferição dos testes de VDRL, objetivando ausência de resultados falso-positivo na abordagem desses exames pelos profissionais. Campos et al.¹⁸ afirma em sua pesquisa que os profissionais envolvidos no estudo estavam capacitados e qualificados para realizar e interpretar os resultados dos exames de VDRL e teste treponêmicos.

Fatores como antecedentes obstétricos de risco, mudança de unidade de saúde durante acompanhamento pré-natal e difícil acesso as unidades de saúde são causas do alto índice de prevalência da SG e SC no artigo 10. Aquela gestante cujo histórico de DST no passado não foi orientada sobre os riscos das DST e da própria sífilis para o feto e nem tratada adequadamente junto com seu parceiro, além de não ser orientada sobre o uso de preservativos correm o risco de reinfetar-se e transmitir o conceito a infecção. A quebra da continuidade do cuidado por mudança de unidade de saúde ou pelo difícil acesso desta pela gestante durante acompanhamento de pré-natal favorece a quebra de vínculo entre a gestante e

a equipe de pré-natal. Em decorrência dessa quebra de vínculos entre pacientes/profissionais as orientações para gestante sobre a magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar para o feto e as medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento das DST deixam de ser abordado, como também o não rastreamento da sífilis por exames de rotina e a não adesão do parceiro na unidade de saúde para tratamento²¹.

A causa da SC nos artigos 7, 10 e 11 é proveniente da prostituição. Miranda et al.¹³ relata em seu estudo que o comportamento sexual como o não uso do preservativo, história prévia de DST oriundas da relação com múltiplos parceiros e o não tratamento adequado das DST são fatores que contribuem para ocorrência de SC.

Sendo um agravo de notificação compulsória desde 1986, o número exato de casos da sífilis ainda é desconhecido devido à subnotificação dos fatos^{3, 12, 32}. A Ausência no registro do número de óbito e casos de sífilis materna e congênita no SIM e no SINAN encontrado nos artigos 11 e 14 apontam que a subnotificação resulta da baixa qualidade da assistência pré-natal. Para o MS é importante que se faça o preenchimento de qualidade das fichas de investigação de agravos de notificações compulsória para que se tenham dados suficientes para permitir uma análise e estratégia que leve a intervenções com a pretensão de reduzir a sua incidência até conseguir a eliminação da SC. É na atenção primária no acompanhamento de pré-natal realizada na Estratégia Saúde da Família (FHS) que deve haver a ocorrência da notificação e investigação dos casos de DST e o momento em que o cuidado da equipe de pré-natal deve intervir e evitar os casos de SC^{6, 22}.

5. CONCLUSÃO

A sífilis como importante causa de morbimortalidade fetal, além de uma doença de fácil prevenção com recursos diagnósticos e terapêuticos acessíveis, seu controle na gestação ainda é um desafio para profissionais e gestores da saúde. Os resultados da prevalência da SG e SC presentes neste estudo apontam que apesar do aumento das coberturas de pré-natal as metas proposta pelo MS de erradicar a SC no Brasil ainda não foram atingidas, necessitando de um planejamento adequado para reverter esta situação agravante. A sua prevalência está associada ao baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, a precocidade e promiscuidade sexual e, sobretudo, a má qualidade da assistência pré-natal as gestantes.

No entanto, ainda se observa uma baixa efetividade das ações para a prevenção da SC, visto que a sífilis congênita é uma condição evitável desde que corretamente diagnosticada e tratada. Em virtude dessa falta de ações, reforça-se a necessidade de estratégias inovadoras, visando à captação precoce das gestantes para o início da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional; à

garantia do diagnóstico da doença durante a gestação no menor prazo possível, permitindo o tratamento antes da 24ª à 28ª semana gestacional, quando é mais efetivo para o feto; e ao manejo clínico adequado da gestante e seu(s) parceiro(s), incluindo o aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção, registro apropriado dos agravos e notificação compulsória. Para isso gestores devem investir no preparo de seus recursos humanos e oferecer capacitação e atualização dos profissionais no manejo, diagnóstico e tratamento das DST. Podendo ainda destacar a importância do comprometimento dos profissionais na necessidade urgente sobre a revisão dos procedimentos adotados e maior responsabilização perante um problema evitável. Diante disso, é possível haver aumento da adesão ao tratamento e redução da vulnerabilidade das mulheres e seus parceiros às DST.

REFERÊNCIAS

- [01] Valderrama J; Zacarias F; Mazin R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina um problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16 (3): 211-217.
- [02] Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Bastos Dias MA, Ratto KMN, Durovni B. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(2): 103-111.
- [03] Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST 2005; II(1): 26-31.
- [04] Vasconcellos M. Sífilis congênita: a solução está em não ter vaidades. *Femina* 2000; 28: 101-2.
- [05] Paez M, Riveros MIR. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congênita en el sub sector público a nível nacional, Paraguay – 2000-2004. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2006; 18:117-23.
- [06] Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- [07] Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- [08] Lorenzi DRS, Madi JM, Pontalti L, Pölkin A, Ribas FE, Weissheimer L. Sífilis congênita: revisão de 35 casos. *GO Atual* 2000; 9: 15-8.
- [09] Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19:166-72.
- [10] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Vigilância Epidemiológica. 3ª Ed. Brasília, Ministério da Saúde 1994. p. 309-14.
- [11] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- [13] Miranda AE, Filho ER, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, França LC e Dietze R. Prevalência de Sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 42(4): 386-391, jul-ago, 2009
- [14] Duarte G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 29: 171-174, 2007.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- [16] Jones H; Taylor D; Montgomery CA; Rekart ML. - Prenatal and congenital syphilis in British Columbia. *J Obstet Gynaecol*. 2005; 27 (5): 467-72.
- [17] Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(1): 15-25. DOI: 10.1590/S1020-49892005000100003.
- [18] Campos JEB, Passos FDL, Lemos EA, Ferreira AW, Sá CAM, Silva LGP, Asensi MD. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2008; 20(1): 12-17.
- [19] Figueiró-Filho EA, Senefonte FR, Lopes AH, de Moraes OO, Souza Júnior VG, Maia TL, Duarte G. Frequency of HIV-1, rubella, syphilis, toxoplasmosis, cytomegalovirus, simple herpes virus, hepatitis B, hepatitis C, Chagas disease and HTLV I/II infection in pregnant women of State of Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 40: 181-187, 2007.
- [20] Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, Brasília, nº 68, 2006.
- [21] Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1):147-57.
- [22] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Manual de assistência e vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- [23] Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina* V.20 (1) janeiro - março 2006.
- [24] Peeling RW; Mabey D; Fitzgerald DW; Watson-Jones D. - Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet*. 2004; 364 (9445): 1561-1563.
- [25] Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6): 1109-1120, jun, 2013.
- [26] Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimor-

- talidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde* - 22 Sup 1:S43-S54, 2011.
- [27] Madi JM, Baldisserotto FDG, Estivalet FF, Almeida FO, Kämpf FL, Fachinello GZ. Sífilis no ciclo gestacional: revisão das atuais tendências epidemiológicas, motivada pelas diferentes evoluções de três casos relatados. *Rev Cient AMECS* 1999; 8: 47-54. 4.
- [28] Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3/4): 139-43.
- [29] Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(9): 397-402.
- [30] Starling SP - Syphilis in infants and Young children. *Pediatr Ann.* 1994; 23 (7): 334-340.
- [31] Araújo CL et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(3): 479-86.
- [32] Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007; 16(3): 165-73.
- [33] Melo NGDO, Melo Filho DA, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol Serv Saúde.* 2011; 20(2): 213-22.
- [34] Vianna SM, Nunes A, Santos JR, Barata RB. Medindo as desigualdades sociais em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
- [35] Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni C, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva,* 18(5): 1341-1351, 2013.
- [36] Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16 (Supl 1): 935-44.
- [37] Alam N, Streatfield PK, Shahidullah M, Mitra D, Vermund SH, Kristensen S. Effect of single session counseling on partner referral for sexually transmitted infections management in Bangladesh. *Sex Transm Infect.* 2011; 87(1): 46-51.
- [38] Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Villas Boas EL. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34:56-62.