



Assistência pré-natal de gestantes com sífilis assistidas pela estratégia de saúde da família
Prenatal care of pregnant women with syphilis assisted by the family health strategy
Atención prenatal de mujeres embarazadas con sífilis asistida por la estrategia de salud

Ozirina Martins Costa¹, Maria do Carmo Carvalho Martins², Anderson Nogueira Mendes^{1,2}

1. Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-graduação Profissional em Saúde da Mulher, Teresina, Piauí, Brasil.

2. Universidade Federal do Piauí, Departamento de Biofísica e Fisiologia, Teresina, Piauí, Brasil.

ABSTRACT

Objective: This study evaluated prenatal care for pregnant women with a diagnosis of syphilis treated by the Family Health Strategy of Teresina, Piauí. **Methods:** Data were analyzed from the Notifiable Diseases Information System, the pregnant and newborn medical records and other forms of 62 women diagnosed with syphilis in pregnancy between 2013 and 2015. **Results:** The diagnosis was made in 85.5% of the cases during the prenatal, where the latent syphilis prevailed. 41.69% of women performed the 2nd Venereal Disease Research Laboratory. In 82.3% of the cases, the prescribed treatment was in accordance with the recommendations of the Ministry of Health, but the partner was treated correctly only in 59.7% of the cases. Half of the live births were diagnosed as congenital syphilis, of these 77.4% were hospitalized after birth. **Conclusion:** The protocols for the treatment of syphilis in the prenatal have positively impacted the programs of health promotion strategy.

Keywords: Congenital Syphilis; Pregnancy; Prenatal Care; Syphilis.

RESUMO

Objetivo: Este estudo avaliou o pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas pela Estratégia de Saúde da Família de Teresina, Piauí. **Métodos:** Os dados foram analisados no Sistema de Informação de Doenças Notificáveis, nos prontuários de gestantes e recém-nascidos e em outras formas de 62 mulheres diagnosticadas com sífilis na gravidez entre 2013 e 2015. **Resultados:** O diagnóstico foi realizado em 85,5% dos casos durante o pré-natal, onde prevaleceu a sífilis latente. 41,69% das mulheres realizaram o 2º Laboratório de Pesquisa em Doenças Venéreas. Em 82,3% dos casos, o tratamento prescrito estava de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, mas o parceiro foi tratado corretamente apenas em 59,7% dos casos. Metade dos nascidos vivos foi diagnosticada como sífilis congênita, desses 77,4% foram hospitalizados após o nascimento. **Conclusão:** Os protocolos para o tratamento da sífilis no pré-natal impactaram positivamente os programas de promoção da saúde.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Gravidez; Cuidados pré-natais; Sífilis.

RESUMÉN

Objetivo: Este estudio evaluó la atención prenatal para mujeres embarazadas con un diagnóstico de sífilis tratada por la Estrategia de Salud Familiar de Teresina, Piauí. **Métodos:** Se analizaron datos del Sistema de información de enfermedades de notificación obligatoria, los registros médicos de embarazadas y recién nacidos y otras formas de 62 mujeres diagnosticadas con sífilis en el embarazo entre 2013 y 2015. **Resultados:** El diagnóstico se realizó en el 85.5% de los casos durante el prenatal, donde prevaleció la sífilis latente. El 41,69% de las mujeres realizó el 2º Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas. En el 82.3% de los casos, el tratamiento prescrito estaba de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud, pero la pareja fue tratada correctamente solo en el 59.7% de los casos. La mitad de los nacidos vivos fueron diagnosticados como sífilis congénita, de estos 77.4% fueron hospitalizados después del nacimiento. **Conclusión:** Los protocolos para el tratamiento de la sífilis en el prenatal han impactado positivamente los programas de estrategia de promoción de la salud.

Palabras clave: Sífilis congénita; Embarazo; Cuidado prenatal; Sífilis.

Como citar este artigo:

Costa OM, Martins MCC, Mendes AN. Prenatal care of pregnant women with syphilis assisted by the family health strategy. Rev Pre Infec e Saúde[Internet]. 2019;5:8589. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/8589> DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v5i0.8589>

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana, de caráter sistêmico, curável e exclusivo do ser humano. A cada ano, cerca de dois milhões de mulheres grávidas são infectadas com sífilis em todo o mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.¹ A sífilis é uma doença da antiguidade cujo agente etiológico foi descoberto em 1905, uma bactéria gram-negativa do grupo de espiroquetas chamada *Treponema pallidum*.^{2,3} A doença tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical que ocorre quando a gestante com sífilis deixa de ser tratada ou é inadequadamente tratada.³ Quando a sífilis não é tratada durante a gravidez, pode ocorrer a perda de feto ou recém-nascido com morte neonatal, parto prematuro, baixo peso ao nascer ou sífilis congênita.⁴

Nas gestantes, a transmissão vertical intra-uterina pode ocorrer com uma taxa de transmissão de até 80%, porque *T. pallidum* atravessa a placenta facilmente.⁵ A transmissão pode ocorrer em qualquer estágio da gravidez, com possível ocorrência na passagem do feto pelo canal de parto. A probabilidade de infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal ao agente etiológico. Dessa maneira, a transmissão é maior quando uma mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gravidez. A sífilis congênita causa 30-50% de morte intra-uterina, nascimento prematuro ou morte.^{1,5} A OMS estima que em 2088 aproximadamente 1,4 milhão de mulheres grávidas em todo o mundo tenham infecções sífilis ou sífilis ativas suficientemente ativas para resultar na transmissão de mãe para filho e no Rev Pre Infec e Saúde.2019;5:8589

potencial para resultados adversos subsequentes da gravidez.⁶

Como não existe vacina para prevenir a infecção por *T. pallidum*, o tratamento antibiótico com penicilina é um componente essencial dos programas de controle da sífilis.⁷ Os programas de assistência que incluem teste de sífilis, juntamente com o tratamento apropriado e imediato da penicilina para mulheres grávidas com resultado positivo para infecção por *Treponema pallidum*, demonstrou ser eficaz na redução dos resultados adversos da gravidez.⁴ No entanto, as barreiras existentes à expansão de programas com acompanhamento de indivíduos infectados só podem ser superadas com o envolvimento de formuladores de políticas públicas de saúde e sociais.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) realiza o pré-natal na UBS, com triagem precoce da gravidez e qualificação do atendimento. De acordo com a recomendação, há resposta às intercorrências, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, acesso oportuno ao pré-natal de alto risco, exames de rotina e acesso aos resultados oportunamente, vinculando a gestante ao local em que serão entregues, implementação de programas educacionais relacionados à saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento de DST/HIV/AIDS e hepatite, entre outras ações. Portanto, neste trabalho, foi feita uma tentativa de analisar o pré-natal de gestantes diagnosticadas com sífilis assistidas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Teresina-PI, utilizando como base a prevalência de sífilis.

MÉTODOS

Esboço do estudo

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa descritiva, a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento realizado sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura sobre as características dessas práticas.^{8,9}

Local e período de estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Teresina, capital do Piauí, com uma população estimada em 830.223 habitantes, com 243 equipes de saúde da família, distribuídas nas regiões de saúde: Centro/Norte, Sul, Leste/Sudeste. Os dados foram coletados de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Inicialmente, os dados municipais do SINAN foram analisados no período definido. A partir dos dados do SINAN, foi gerada uma lista de gestantes com sífilis. Por meio dessa listagem, a loteria aleatória das gestantes foi realizada por meio do software BioEstat, versão 5.3. Após o sorteio, foram localizadas as Unidades Básicas de Saúde em que realizavam o pré-natal, e o questionário foi preenchido com os dados do SINAN da gestante e do recém-nascido. Posteriormente, os prontuários das gestantes e seus respectivos recém-nascidos foram pesquisados na UBS, e os dados que o formulário SINAN não foram contemplados quando o formulário e os prontuários médicos não continham todos os dados necessários para o estudo. Com base nisso, as gestantes foram pesquisadas sem o registro completo, através do endereço das entrevistas. Ao todo, foram pesquisados 175 prontuários e desses 113

Assistência pré-natal de gestantes com sífilis prontuários incompletos e/ou as gestantes não estavam localizadas nos endereços indicados.

População e amostra

Foram utilizados como critério de inclusão: estar grávida de um diagnóstico de sífilis relatado no SINAN, na cidade de Teresina, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Foram excluídas as gestantes não localizadas por área de abrangência da ESF e foram excluídas as que não irão realizar pré-natal. Para o cálculo amostral, a fórmula para populações finitas foi utilizada com base na estimativa da proporção da população:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1 - p) \cdot Z^2}{p \cdot (1 - p) \cdot Z^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Procedimentos para análise de dados

O presente estudo é um estudo observacional com abordagem quantitativa descritiva. Foi utilizado o SPSS, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Para caracterização da população, foi realizado um estudo estatístico descrevendo a amostra (n = 62) através de distribuições de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (mínima e máxima) e dispersão (média e desvio padrão).

Para verificar se as variáveis envolvidas eram independentes (não relacionadas) ou se havia alguma associação entre elas, foi utilizado o teste do qui-quadrado com correção de Yates - na última tabela 10. O nível de significância adotado foi de 5%.

Operação do estudo

Após a busca das gestantes no banco de dados municipal do SINAN, foi realizada uma loteria aleatória com base na lista de gestantes. Após o sorteio, as UBS foram localizadas de acordo com a realização pré-natal. A UBS para o pré-natal está incluída nos dados do SINAN. Foram excluídas gestantes que não realizaram pré-natal e não estavam localizadas na área de cobertura e também foram substituídas por loteria aleatória.

Aspectos éticos e legais

Foram observados os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determinado pela Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado conforme parecer número 1.794.202 de 26 de outubro de 2016.

RESULTADOS

Conforme descrito no Suplemento 1, a idade média das gestantes com sífilis foi de 23,2 (\pm 7,8) anos, com no mínimo 15 e no máximo 41 anos, dos quais 20 (35,7%) tinham entre 15 e 19 anos. Na totalidade, eram provenientes da área urbana do município de Teresina, 62 (100,0%). A maioria era casada ou em união estável (54,8%) e de cor parda (77,4%). Eles apresentaram, em média, 7,6 anos de estudo, com um máximo de

Conforme descrito no Suplemento 1, a idade média das gestantes com sífilis foi de 23,2 (\pm 7,8) anos, com no mínimo 15 e no máximo 41 anos, dos quais 20 (35,7%) tinham entre 15 e 19 anos. Na totalidade, eram provenientes da área urbana do município de Teresina, 62 (100,0%). A maioria era casada ou em união estável (54,8%) e de cor parda (77,4%). Eles apresentaram, em média, 7,6 anos de estudo, com um máximo de 16 anos. Mais da metade (54,8%) relatou não ter trabalho remunerado e 5 (22,5%) possuíam renda familiar mensal abaixo de um salário mínimo.

Conforme descrito na Tabela 01, todas as gestantes diagnosticadas com sífilis (calculadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão) realizavam pré-natal na atenção básica da cidade (100,0%), mas apenas 18 (29%) do SISPRENATAL.

16 anos. Mais da metade (54,8%) relatou não ter trabalho remunerado e 5 (22,5%) possuíam renda familiar mensal abaixo de um salário mínimo.

Conforme descrito na Tabela 01, todas as gestantes diagnosticadas com sífilis (calculadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão) realizavam pré-natal na atenção básica da cidade (100,0%), mas apenas 18 (29%) do SISPRENATAL.

Tabela 01: Assistência prestada a gestante com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Realizado pré-natal durante a gravidez		
Sim	62	100,0
Não	-	-

Numero SISPRENATAL

Sim	18	29,0
Não	44	71,0
Diagnóstico de sífilis em mulheres grávidas		
Durante o pré-natal	53	85,5
Momento do parto	9	14,5
Classificação clínica		
Primário	10	16,1
Secundário	4	6,5
Terciário	5	8,1
Latente	43	69,4
Teste pré-natal não treponêmico		
Reagente	56	90,3
Não reagente	2	3,2
Não realizado	4	6,5
Teste treponêmico pré-natal		
Reagente	32	51,6
Não reagente	2	3,2
Não realizado	28	45,2
Realizou teste rápido de gravidez		
Sim	5	8,1
Não	57	91,9
Realizou teste rápido de HIV		
Sim	4	6,5
Não	58	93,5
Teste rápido de sífilis		
Sim	13	21,0
Não	49	79,0

A tabela 02 descreve o tratamento de gestantes e seus parceiros. Em relação ao tratamento, 5 (8,1%) das gestantes não

realizaram; para os que realizaram, o principal regime prescrito foi a penicilina G benzatina 7.200.000 UI 51 (82,3%).

Tabela 02: Dados sobre o tratamento de gestantes e seus parceiros (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

n %

Horário de tratamento prescrito (grávida)

Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	3	4,8
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	3	4,8
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	51	82,3
Não realizado	5	8,1

Realizou a pesquisa ativa do parceiro

Sim	3	4,8
Não	21	33,9
Não era necessário	38	61,3

Parceiro tratado concomitantemente com a mulher grávida

Sim	36	58,1
Não	26	41,9

Horário de tratamento prescrito (parceiro)

Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	2	3,2
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	1	1,6
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	38	61,3
Não realizado	21	33,9

Motivo para não tratar o parceiro

O parceiro foi tratado	37	59,7
Parceiro não teve mais contato com a gestante	9	14,5
O parceiro não foi comunicado / convocado à UBS para tratamento	-	-
O parceiro foi comunicado / convocado à UBS para tratamento, mas não compareceu	2	3,2
O parceiro foi comunicado / convocado à UBS para tratamento, mas recusou o tratamento	2	3,2
Associe-se à sorologia não reagente	1	1,6
De outros	11	17,8

As gestantes realizaram de 1 a 10 consultas pré-natais e apenas 42,1% tiveram seis ou mais consultas, a maioria teve gestação com feto único 60 (96,8%) e 52 (83,9%) não foram visitadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família durante a gravidez (Suplemento 2). Mais da metade tinha gestação anterior 33 (53,2%). Apenas 9 (14,5%) tiveram uma gravidez planejada. Apenas 6,5% participaram de atividades educativas.

De acordo com a Tabela 03, a maioria das mulheres apresentou um hiato entre a gestação anterior e a atual superior a um ano 56 (90,3%). A maioria das gestantes estava na primeira gestação e 10 (16,1%) fizeram 1 aborto. O número mínimo de nascidos vivos foi 1 e o máximo 4. Aproximadamente 22,6% das gestantes tiveram diagnóstico de sífilis na gestação anterior.

Tabela 03: Características obstétricas de gestantes com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Fim da gestação anterior há menos de 1 ano		
Sim	6	9,7
Não	56	90,3
Número de gestações		
1	24	38,7
2	17	27,4
3	8	12,9
4	12	19,4
5	1	1,6
Número de abortos		
0 0	51	82,3
1	10	16,1
2	1	1,6
Número de nascidos vivos		
0 0	26	41,9
1	19	30,6
2	9	14,5
3	7	11,3
4	1	1,6
Diagnóstico de sífilis em gestação anterior		
Sim	14	22,6
Não	48	77,4

A tabela 04 indica as características clínicas das gestantes com sífilis. Foram 21 (33,9%) pacientes que apresentavam qualquer condição ou risco clínico, destacando-se a dependência de drogas 5 (8,1%), hipertensão 3

(4,8%), pré-eclâmpsia 2 (4,8%) diabetes mellitus 2 (4,8%), tuberculose 2 (4,8%), tabagismo 2 (4,8%), seguido pelo HIV 1 (1,6%), natimorto 1 (1,6%), obesidade 1 (1,6%), alcoolismo 1 (1,6%), prematuridade 1 (1,6%) .

Tabela 04: Características clínicas de gestantes com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Presença de condições clínicas		
Sim	21	33,9

Não	40	64,5
Não respondeu	1	1,6
Especificação de condições clínicas		
Pré-eclâmpsia	2	3,2
Diabetes	2	3,2
Hipertensão	3	4,8
Dependência de drogas	5	8,1
HIV	1	1,6
Natimorto	1	1,6
Obesidade	1	1,6
Prematuridade	1	1,6
Estado mental	1	1,6
Tuberculose	2	3,2
Estilista	1	1,6
Fumante	2	3,2

De acordo com a Tabela 05, as gestantes não realizaram o exame recomendado pelo MS. Verificou-se que 50 (80,6%) gestantes realizaram tipagem sanguínea e fator Rh, 45 (72,6%) realizaram glicemia no primeiro exame e no segundo, 43 (69,4%) realizaram sorologia para hepatite B, 48 (77,4%) apresentaram exame de urina, anti-HIV e ultrassonografia obstétrica 48 (77,4%), 51 (82,3%) tinham hemograma.

A maioria das gestantes, 52 (83,9%), realizou o 1º exame VDRL e apenas 26 (41,9%) o

2º exame. Apenas 13 (21%) fizeram o monitoramento mensal desse exame. Serologia para toxoplasmose foi realizada em 45 (72,6%) gestantes e urocultura em apenas 1 (1,6%). Apenas 3,2% das gestantes realizaram Coombs indireto e fezes parasitológicas, nenhuma realizou eletroforese de hemoglobina. Nenhuma gestante realizou o exame de secreção vaginal.

Tabela 05: Exames realizados no período pré-natal de gestantes com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Tipagem sanguínea e fator Rh	50	80,6	12	19,4
Glicemia em jejum (1º exame)	45	72,6	17	27,4
Glicemia em jejum (2º exame)	29	46,8	33	53,2

Sorologia + p / Heb. B (HBsAg)	43	69,4	19	30,6
Urina	48	77,4	14	22,6
Anti-HIV	48	77,4	14	22,6
Ultrassom obstétrico	48	77,4	14	22,6
Hemograma	51	82,3	11	17,7
VDRL (1º exame)	52	83,9	10	16,1
VDRL (2º exame)	26	41,9	36	58,1
Acompanhamento do VDRL	13	21,0	47	75,8
Sorologia para Toxoplasmose	55	88,7	7	11,3
Urocultura	1	1,6	59	95,2
Exame de secreção vaginal	-	-	62	100,0
Eletroforese de hemoglobina	-	-	62	100,0
Coombs indiretos	2	3,2	60	96,8
Parasitológico de fezes	2	3,2	60	96,8

A maioria das gestantes teve 60 nascidos vivos (96,8%) e 8 (12,9) foram classificados como prematuros 53 (85,5%), enquanto 9 (14,5%) eram pequenos para a idade gestacional (Suplemento 3). Foram computados 31 (50,0%) recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita e todos foram relatados no SINAN. Destes, 28 (45,2%) estavam em tratamento adequado. Quanto às internações, 25 (40,3%) estavam em unidade de terapia intensiva neonatal, unidade de terapia intermediária ou acomodação conjunta. Desses recém-nascidos hospitalizados, um (1,6%) morreu por sífilis congênita. Houve associação significativa entre o tratamento do parceiro concomitante com a gestante e o

O Brasil é um país misto e notamos claramente esse aspecto ao perceber que a maioria das gestantes referiu ter a cor da pele marrom, semelhante à encontrada também no Boletim Epidemiológico 2016.¹⁰ A sífilis no período

diagnóstico de sífilis congênita. O tratamento concomitante de gestantes aumenta 26,7% a 73,3% do diagnóstico negativo para sífilis congênita (Suplemento 4).

Em relação à vacinação, 35 (56,5%) foram vacinados contra o tétano, 7 (11,3%) foram imunizados por mais de 5 anos, 8 (12,9%) tiveram vacinação incompleta e 2 (3,2%) não foram vacinados. Vinte e quatro (38,7%) tiveram vacinação completa contra a hepatite B e dois (3,2%) não foram vacinados e 31 (50%) não receberam vacinação. Apenas 16 (25,8%) foram vacinados contra influenza e 15 (24,2%) não foram registrados (Suplemento 5).

DISCUSSÃO

gestacional tem alta incidência em mulheres jovens com baixa escolaridade e baixa renda.¹¹⁻¹³ Segundo a tabela 01, a faixa etária predominante das gestantes com sífilis foi de 15 a 19 anos. A idade jovem da infecção

geralmente está associada a múltiplos parceiros sexuais e baixa escolaridade e pode ser um fator agravante para a disseminação cruzada de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), como o HIV.¹⁴ O Boletim Epidemiológico da Sífilis no Brasil de 2016 revelou que mais de metade das gestantes com sífilis gestacional estavam presentes nessa faixa etária, demonstrando a prevalência em mulheres mais jovens.¹⁵ Esse registro deve servir como alerta, uma vez que essas gestantes são consideradas adolescentes na escola e podem ter suas vidas comprometidas.

Em relação à escolaridade, as gestantes analisadas apresentaram, em média, 7,6 anos de estudo. A escolaridade média encontrada neste estudo corrobora a encontrada em outras regiões do Brasil, como Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, onde a maioria das mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gravidez teve menos de 8 anos de estudo.¹⁰ Esses registros reforçam a necessidade de ações de promoção da saúde para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis para essa faixa etária, relatando as consequências da sífilis em todas as etapas, incluindo a sífilis congênita. Também é importante enfatizar que a baixa escolaridade combinada à baixa renda pode ser considerada um marcador de maior risco de exposição às DSTs.¹⁶

Sobre a adesão ao pré-natal, os dados coletados neste estudo revelaram que todas as gestantes participantes do estudo realizaram o pré-natal na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família. De acordo com as diretrizes da SM, a atenção básica é considerada a porta de entrada preferencial do usuário no

SUS, cuja assistência é desenvolvida por meio da prática de cuidados.¹⁷⁻²⁰ As práticas de cuidado devem ser orientadas na forma de trabalho em equipe direcionado a populações de territórios definidos, por que assume responsabilidade pela saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deva ser tomada, prevenida e tratada.²¹

A maioria das gestantes não possuía o número SISPRENATAL em seus prontuários ou cartão. O registro no SISPRENATAL também contribui para identificar fatores que caracterizam o risco de gravidez, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e do filho.²²⁻²⁴ A sífilis na gravidez pode ser devastadora e está associada a maus resultados fetais ou infantis na maioria dos casos, estimados 52% dos casos de sífilis ativa, resultando em um resultado perinatal adverso atribuível à sífilis.⁶

No presente estudo, o diagnóstico de sífilis de gestantes foi realizado principalmente durante o pré-natal, seguindo o protocolo SISPRENATAL. O diagnóstico é fundamental para o controle da doença, como demonstrado em outro estudo realizado no Distrito Federal, no qual 60,4% foram diagnosticados com sífilis durante a gravidez.²⁵ Utiliza-se a SAP (definida como reatividade sérica para testes não treponêmicos e treponêmicos), como uma medida de notificação da OMS, uma vez que os dados de vigilância geralmente não incluem informações clínicas.⁶

A maioria das gestantes apresentou classificação clínica latente (69,4%), seguida

pelas formas primária (16,1%) e terciária (8,1%). A lesão primária em mulheres geralmente ocorre no órgão genital interno. A maioria dos casos de sífilis na gravidez é diagnosticada na fase latente, sem sinais ou sintomas, apenas por triagem sorológica com teste não treponêmico (VDRL).^{13,26} A maioria das gestantes possui classificação clínica latente (69,4%), seguida pelas formas primária (16,1%) e terciária (8,1%). A lesão primária em mulheres geralmente ocorre no órgão genital interno. A maioria dos casos de sífilis na gravidez é diagnosticada na fase latente, sem sinais ou sintomas, apenas pela triagem sorológica com o teste não treponêmico.²⁷⁻²⁹ O risco de perda fetal e sífilis congênita cai ligeiramente no estágio latente inicial e diminui para 10% no estágio tardio latente, respectivamente.²⁹

Entre as gestantes estudadas, a maioria não realizou testes rápidos de HIV e sífilis durante a gravidez. A não realização desses testes pode levar a sérios riscos, afetando adversamente a estratégia de eliminação da sífilis congênita.³⁰ Foi observado no presente estudo que o principal regime prescrito para gestantes era a penicilina G benzatina 7.200.000 UI. Essa prescrição está de acordo com a recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil.³¹ O tratamento da sífilis materna com penicilina evita quase 98% das infecções congênitas. Portanto, para eliminar a sífilis congênita, a triagem pré-natal e o tratamento imediato são essenciais.²⁹

Analisando os resultados, foi diagnosticado que os motivos para não tratar o

CONCLUSÃO

parceiro foram: ausência de contato com a gestante e quebra do esquema. A falta de ação das políticas de promoção da saúde pública diretamente ao parceiro se torna um fator prejudicial no controle da sífilis. O tratamento do parceiro é fundamental para prevenir a reinfecção durante a gravidez e é importante no tratamento e prevenção de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis.²¹ Apesar da importância do tratamento e acompanhamento do parceiro, nota-se que o sistema ainda carece de melhorias para o controle e erradicação da sífilis. Em Minas Gerais (Brasil), 81,1% dos casos, não havia informações no prontuário eletrônico sobre o recebimento de qualquer dose de penicilina pelos parceiros.³¹

Estudos mostram que o número de consultas de pré-natal pode reduzir as taxas de mortalidade neonatal e materna, prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer.^{32,33} No entanto, o número de consultas de pré-natal variou de uma a dez consultas, com menos da metade tendo sete ou mais consultas. consultas, resultado inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde.³⁴

A maioria das gestantes não foi visitada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo avaliação dos dados. Isso indica a necessidade de organizar e reestruturar esse sistema, uma vez que o número de consultas é reduzido. Esse fenômeno deve servir como alerta para que medidas de intervenção sejam implementadas, a fim de aumentar o número de consultas, a fim de evitar não apenas a sífilis, mas outras doenças em geral.

O presente estudo identificou que a realização do pré-natal não é suficiente para o controle da

sífilis congênita. É essencial melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, garantindo o manuseio adequado do monitoramento e tratamento das gestantes, incluindo o planejamento dos cuidados com as respectivas parceiras. Além disso, os cuidados prestados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família

devem ser aprimorados, pois a abordagem e implementação de ações educativas não estão sendo visualizadas pelas gestantes. Além de capacitar os profissionais de saúde, é necessário realizar monitoramento, avaliação e monitoramento das ações realizadas na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 Jun 28]; 6(1):97-103. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010385.pub2>.
2. Tampa M, Sarbu I, Matei C, Benea V, Georgescu SR. Brief history of syphilis. *J Med Life*. [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 August 17]; 7(1):4-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956094/>.
3. Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, Philip S. Syphilis in the modern era: an update for physicians. *Infect Dis Clin North Am*. [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Jun 25]; 27(4):705-22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2013.08.005>.
4. Gomez GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. [Internet]. 2013 Mar [cited 2019 July 22]; 91(1):217-26. Available from: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.107623>.
5. Kingston M, French P, Higgins S, McQuillan O, Sukthankar A, Stott C, et al. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. *Int J STD AIDS*. [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Jun 28]; 27:421-46. Available from: <https://doi.org/10.1177/0956462415624059>.
6. Ham DC, Lin C, Newman L, Wijesooriya NS, Kamb M. Improving global estimates of syphilis in pregnancy by diagnostic test type: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet Rev Pre Infec e Saúde*. 2019;5:8589 [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Jun 28]; 130(1):10-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.012>.
7. Stamm L V. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect*. [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Jun 28]; 143(8):1567-74. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0950268814002830>.
8. Butler A, Hall H, Copnell B. A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews evidence-based Nurs*. [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 Aug 6]; 13(3):241-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/wvn.12134>.
9. Wu YP, Thompson D, Aroian KJ, McQuaid EL, Deatrck JA. Commentary: Writing and Evaluating Qualitative Research Reports. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 Apr 04]; 41(5):493-505. Available from: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw032>.
10. Saraceni V, Fernando G, Pereira M, Freitas M, Alix M, Araujo L, et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Saúde Pública*. [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Jun 20]; 41(1):1-11. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44/pt>.
11. Warren HP, Cramer R, Kidd S, Leichter JS. State Requirements for Prenatal Syphilis Screening in the United States, 2016. *Matern Child Health J*. [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Feb]; 22(9):1227-32. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-018-2592-0>.

12. Plotzker RE, Murphy RD, Stoltey JE. Congenital Syphilis Prevention: Strategies, Evidence, and Future Directions. *Sex Transm Dis*. [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Aug 1]; 45(1):29-37. Available from: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000846>
13. Rowe CR, Newberry DM, Jnah AJ. Congenital Syphilis: A Discussion of Epidemiology, Diagnosis, Management, and Nurses' Role in Early Identification and Treatment. *Adv Neonatal Care*. [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Aug 1]; 18(6):438-445. Available from: <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000534>
14. Frickmann H, Schwarz NG, Girmann M, Hagen RM, Poppert S, Crusius S, et al. Serological survey of HIV and syphilis in pregnant women in Madagascar. *Trop Med Int Health*. [Internet]. 2013 Jan [cited 2019 Aug 1]; 18(1):35-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/tmi.12007>.
15. Maria S, Flôr C. Epidemiological profile of cases of syphilis in pregnant women in the city of Sobral, Ceará, from 2006 to 2010. *Sanare* [Internet]. 2011 Jan-Jul [cited 2019 mar]; 11(1):13-7. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/261>.
16. Magalhães DM dos S, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon I de MP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Jan [cited 2019 July 22]; 29(6):1109-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>.
17. Gava M, Ferreira LS, Palhares D, Mota ELA. Incorporation of information technology in Primary Care of SUS in North-eastern Brazil: expectations and experiences. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Aug 17]; 21(3):891-902. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.01062015>.
18. Oliveira L, Passador C. [Considerations on the Brazilian national health system (SUS) performance index]. *Sante Publique*. [Internet]. 2014 Nov [cited 2019 Aug 1]; 6(26):829-36. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-829.html>
19. Pinto VLJ, Cerbino Neto J, Penna GO. The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 Aug 1]; 19(12):4841-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.05962013>.
20. Menicucci TMG. [The history of the public health reform in Brazil and of the Sistema Unico de Saude: changes, continuities, and the current agenda]. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Aug 1]; 21(1):77-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>.
21. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, da Rosa MI, Pires MM de S, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. [Internet]. 2014 mar [cited 2019 July 18]; 47(2):170-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0045-2014>.
22. Maia VKV, Lima E de FA, Machado RAV, Sousa AI, Leite FMC, Primo CC. Quality assessment of a system of prenatal information. *Rev Gauch Enferm*. [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Fev]; 38(3):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67747>.
23. Lima AP de, Correa AC de P. [Production of data for the pre-natal information system in basic health units]. [Internet]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Aug [cited 2019 Fev]; 47(4):876-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400015>.
24. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. SISPRENATAL as a tool for evaluating quality of prenatal care. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2011 Aug [cited 2019 April 24]; 45(5):854-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000064>.
25. Muricy CL, Pinto VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 July 25]; 48(2):216-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0168-2014>

26. Jain K, Jain NK. Vaccines for visceral leishmaniasis: A review. *J Immunol Methods*. [Internet]. 2015 July [cited 2019 June 21]; 422:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jim.2015.03.017>.
27. Moline HR, Smith JFJ. The continuing threat of syphilis in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. [Internet]. 2016 April [cited 2019 February 20]; 28(2):101-4. Available from: <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000258>
28. Braccio S, Sharland M, Ladhani SN. Prevention and treatment of mother-to-child transmission of syphilis. *Curr Opin Infect Dis*. [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 Feb 20]; 29(3):268-74. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27078816>.
29. Li Y, Gonik B. Is Congenital Syphilis Really Congenital Syphilis? *Infect Dis Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 Oct [cited 2018 Sep 20]; 2006(1):1-4. Available from: <https://doi.org/10.1155/IDOG/2006/81629>
30. 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. Investigación original. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2017 May [cited 2019 February 20]; 41:1-6. Available from: www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e21/.
31. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Aug 20]; 24(4): 681-694.

COLABORAÇÕES

OMC contribuiu na concepção ou desenho do trabalho, na coleta, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo ou na sua revisão crítica; e na versão final a ser publicada; MCCM contribuiu na concepção ou desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados; e na revisão crítica do trabalho; ANM contribuiu na concepção ou desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo ou na sua revisão crítica; e na versão final a ser publicada. Todos os autores concordam e se responsabilizam pelo conteúdo dessa versão do manuscrito a ser publicada.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

- Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.
32. Gobel A, Stuhmann LY, Harder S, Schulte-Markwort M, Mudra S. The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: An explanatory analysis and systematic review. *J Affect Disord*. [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 August 6]; 239(1):313-27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.024>.
33. de Jong A, Maya I, van Lith JMM. Prenatal screening: current practice, new developments, ethical challenges. *Bioethics*. [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 January 14]; 29(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1111/bioe.12123>.
34. Anjos JC dos, Boing AF. Regional differences and factors associated with the number of prenatal visits in Brazil: analysis of the Information System on Live Births in 2013. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 Oct [cited 2019 August 17]; 19(4):835-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>.

Submetido: 2019-01-17

Aceito: 2019-02-08

Publicado: 2019-03-01

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

Disponível mediante solicitação aos autores.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Não se aplica.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse a declarar.

CORRESPONDENCIA

Anderson Nogueira Mendes

Departamento de Biofísica e Fisiologia

Camps universitário Ministro Petrônio Portela

Bairro Ininga

Teresina, PI, Brazil

Tel: +55 86 32372105

Email: anderson.mendes@ufpi.edu.br

Anexos

Suplemento 1 - Caracterização socioeconômica de gestantes com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
10 to 14 anos	3	4,8
15 to 19 anos	25	40,3
20 to 29 anos	19	30,6
30 to 39 anos	14	22,6
Acima 40 anos	1	1,6
Média e desvio padrão	23,1 ± 7,1	
IC95%	21,2 - 24,9	
Mínimo - Máximo	14 - 40	
Proveniência		
Teresina área urbana	62	100,0
Estado civil		
Solteiro	28	45,2
União estável/casada	34	54,8
Educação		
Média e desvio padrão	7,6 + 3,3	
IC95%	6,8 - 8,5	
Mínimo máximo	0 - 16	
Cor/raça		
Branco	5	8,1
Preto	8	12,9
Castanho	48	77,4
Amarelo	1	1,6
Atividade remunerada		
Sim	28	45,2
Não	34	54,8
Renda familiar		
<1 SM *	5	22,5
1 SM	9	45,0
2 SM	18	20,0
3 SM	8	12,5

* Salário Mínimo.

Suplemento 2 - Dados referentes ao pré-natal de gestantes com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Número de consultas		
1,0	3	4,8
2,0	8	12,9
3,0	6	9,7
4,0	9	14,5
5,0	10	16,1
6,0	8	12,9
7,0	4	6,5
8,0	6	9,7
9,0	4	6,5
10,0	4	6,5
Tipo de gravidez		
única	60	96,8
Gêmeo	2	3,2
Triplo ou mais	0	0,0
Visita da equipe da ESF		
Sim	10	16,1
Não	52	83,9
Gestação anterior		
Sim	33	53,2
Não	29	46,8
Gravidez planejada		
Sim	9	14,5
Não	35	56,5
Não informado	18	29,0
Participação em atividades educativas		
Sim	4	6,5
Não	58	93,5
Número de encontros		
Nenhum	58	93,5
1,0	3	4,8
3,0	1	1,6

Suplemento 3 - Assistência ao recém-nascido de gestante com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Condições de nascimento		
Nascido vivo	60	96,8
Aborto	1	1,6
Morte fetal	1	1,6
Classificação do recém-nascido		
Pré-termo	8	12,9
No termo	53	85,5
Pós-termo	-	-
Não aplicável	-	-
Não respondeu	-	-
Sem informação	1	1,6
Adequação peso-idade		
Pequeno para a idade gestacional	9	14,5
Adequado para a idade gestacional	51	82,3
Ótimo para idade gestacional	-	-
Não aplicável	1	1,6
Não respondeu	-	-
Sem informação	1	1,6
Recém-nascido diagnosticado com sífilis congênita		
Sim	31	50,0
Não	30	48,4
Não aplicável	1	1,6
Você foi notificado por SINAN		
Sim	31	50,0
Não	-	-
Não diagnosticado/Não aplicável	31	50,0
Tratamento feito para sífilis congênita		
Sim	28	45,2
Não	3	4,68
Não diagnosticado/Não aplicável	31	50,0
Hospitalização do RN		
UTIN/UCI/ALCON	25	40,3
Não foi hospitalizado	6	9,7
Não aplicável	31	50,0
Em caso de morte do recém-nascido, a causa era sífilis congênita		
Sim	1	1,6
Condições de nascimento	-	-
Nascido vivo	61	98,4

Suplemento 4 - Associação entre o diagnóstico de sífilis congênita do recém-nascido e o tratamento concomitante da gestante e parceira no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Parceiro concomitantemente mulher grávida	Recém-nascido diagnosticado com sífilis congênita				p-valor ^a
	tratado com a		Não		
	Sim	Não	Sim	Não	
	N	%	N	%	
Sim	14	(45,2)	22	(73,3)	0,048*
Não	17	(54,8)	8	(26,7)	

Legenda: ^a Teste Qui-Quadrado *. Significativo ao nível de 5%.

Suplemento 5 - Situação vacinal de gestantes com sífilis (n = 62) no período de 2013 a 2015. Teresina, PI, Brasil, 2017.

	N	%
Vacinação: Tétano		
Não vacinado	4	6,5
Vacinação incompleta	8	12,9
Imunizados por menos de 5 anos	2	3,2
Imunizados por mais de 5 anos	7	11,3
Vacinado	35	56,5
Nenhuma informação	6	8,6
Vacinação: Hepatite B		
Não vacinado	2	3,2
Vacinação incompleta	5	8,1
Vacinação completa	24	38,7
Nenhuma informação	29	50
Vacinação: Gripe		
Sim	16	25,8
Não	31	50,0
	15	24,2