



Cogitare Enfermagem

ARTIGO ORIGINAL

SÍFILIS GESTACIONAL: REPERCUSSÕES PARA A PUÉRPERA*

Jéssica Gama da Silva¹, Giovana Calcagno Gomes², Juliane Portella Ribeiro³, Bianca Contreira de Jung⁴, Pâmela Kath de Oliveira Nörberg⁵, Marina Soares Mota⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer as repercussões do diagnóstico de Sífilis Gestacional para a puérpera.

Método: pesquisa qualitativa realizada em uma unidade de pediatria de um hospital universitário do sul do Brasil. Participaram 15 puérperas de crianças internadas no setor com diagnóstico de Sífilis Congênita. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas no primeiro semestre de 2018 e submetidos à análise de conteúdo.

Resultados: obtiveram-se dados acerca do recebimento do diagnóstico, das reações frente ao diagnóstico, da influência do diagnóstico na gestação e parto e da realização do tratamento da Sífilis Gestacional.

Conclusão: verificou-se desinformação das puérperas quanto à infecção da sífilis, principalmente sobre cuidados para evitar a transmissão e a reinfecção. Destaca-se o papel educativo do enfermeiro junto a essas mulheres na busca pela diminuição das (re)infecções por Sífilis.

DESCRITORES: Sorodiagnóstico da Sífilis; Transmissão de Doença Infecciosa; Saúde da Mulher; Saúde Pública; Enfermagem.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado "Repercussões do diagnóstico de sífilis congênita na criança". Universidade Federal do Rio Grande, 2018.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Silva JG da, Gomes GC, Ribeiro JP, Jung BC de, Nörberg PK de O, Mota MS. Sífilis gestacional: repercussões para a puérpera. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em "[colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano](#)"; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.65578>.



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Enfermeira assistencial do Centro de Queimados da Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. 

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Preceptora do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Pelotas. Rio Grande, RS, Brasil. 

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

GESTATIONAL SYPHILIS: REPERCUSSIONS FOR POSTPARTUM WOMEN

ABSTRACT

Objective: To know the repercussions of the diagnosis of Gestational Syphilis for the postpartum woman.

Method: A qualitative research carried out in a pediatric unit of a university hospital in southern Brazil. 15 postpartum women participated of children admitted to the sector diagnosed with congenital syphilis. Data was collected by semi-structured interviews in the first half of 2018 and submitted to content analysis.

Results: Data was obtained about the receipt of the diagnosis, the reactions regarding the diagnosis, the influence of the diagnosis during pregnancy and childbirth and the treatment of gestational syphilis.

Conclusion: Misinformation of the puerperal women regarding syphilis infection, especially regarding care to avoid transmission and reinfection. We highlight the educational role of nurses with these women in the pursuit of reducing (re)infections by syphilis.

DESCRIPTORS: Syphilis serodiagnosis; Transmission of Infectious Disease; Women's Health; Public health; Nursing.

SÍFILIS GESTACIONAL: REPERCUSIONES PARA LA PUÉRPERA

RESUMEN

Objetivo: conocer las repercusiones del diagnóstico de Sífilis Gestacional para la puérpera.

Método: investigación cualitativa realizada en una unidad de pediatría de un hospital universitario del sur de Brasil. Participaron 15 puérperas de niños internados en el sector con diagnóstico de Sífilis Congénita. Los datos se recolectaron por medio de entrevistas semiestructuradas durante el primer semestre de 2018 y se los sometió a análisis de contenido.

Resultados: se obtuvieron datos acerca de cómo se recibe el diagnóstico, de las reacciones frente al mismo, de la influencia del diagnóstico en el embarazo y el parto y de la realización del diagnóstico de la Sífilis Gestacional.

Conclusión: se verificó que las puérperas están desinformadas con respecto a la infección de la sífilis, principalmente sobre los cuidados para evitar su transmisión y reinfección. Se destaca el rol educativo del enfermero junto a estas mujeres en la búsqueda de reducir la cantidad de (re)infecciones por sífilis.

DESCRIPTORES: Serodiagnóstico de la sífilis; Transmisión de una enfermedad infecciosa; Salud de la mujer; Salud pública; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), que quando não tratada precocemente pode comprometer principalmente o sistema nervoso e cardiovascular. É transmitida predominantemente por contato sexual ou por meio da placenta de uma gestante para o feto⁽¹⁻²⁾.

Muitas pessoas desconhecem a infecção, podendo estar contaminadas e transmitir a doença. Isso ocorre devido à ausência ou pouca sintomatologia, estágio com apresentações variáveis e longos períodos de latência da infecção⁽¹⁾. Esse fator colabora para a pouca procura por atendimento de saúde por mulheres infectadas. Além disso, o início tardio do pré-natal contribui para o diagnóstico tardio da Sífilis Gestacional e da Sífilis Congênita.

No Brasil, o estudo Sentinela Parturientes revelou a prevalência de soropositividade de 0,89% para sífilis, correspondendo a cerca de 26.700 gestantes/ano⁽³⁾. Em outro estudo nacional de base hospitalar, esses índices são recorrentes principalmente em mulheres na faixa etária dos 20 aos 34 anos, com baixa escolaridade e mais vulneráveis socialmente⁽⁴⁾.

O aumento constante no número de casos de sífilis na população em geral pode ser atribuído ao aumento da cobertura de testagem, redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde na administração da Penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial da Penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância ao longo dos anos pode refletir no aumento de casos notificados⁽⁵⁾.

Na gestação, essa infecção pode apresentar consequências graves para o feto, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN)⁽¹⁾. A sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 RN sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita⁽⁶⁾.

Pesquisa acerca do conhecimento, atitudes e práticas de saúde mostrou que um quarto da população brasileira iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos e outros 35% entre 15 e 19 anos. Quase 30% da população de 15 a 49 anos relataram ter múltiplos parceiros⁽⁷⁾.

Verificou-se necessário investir em educação em saúde, principalmente nas escolas e nos estabelecimentos de saúde em seus vários níveis de atenção, trabalhando rigorosamente com projetos relacionados à prevenção e promoção da prática sexual segura, evitando a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Essa relação política entre escola e instituições de saúde vem sendo estabelecida desde 2007, através do Programa de Saúde na Escola (PSE), visando intervenções para promover saúde e educação integral às crianças, adolescentes e adultos da educação pública brasileira⁽⁷⁾.

Falhas quanto à educação em saúde no período pré-natal e perinatal contribuem para que a sífilis gestacional continue sendo uma realidade em nosso meio. A assistência ao pré-natal deficiente pode levar a ocorrência de falhas no diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis. É preciso que os casos diagnosticados de sífilis sejam orientados adequadamente nos serviços de saúde, para que a gestante e seu parceiro estejam cientes sobre riscos e complicações atrelados à não adesão ao tratamento. Além disso, pode-se evitar a reinfecção e novos casos na mesma mulher⁽⁵⁾.

Destaca-se o papel do enfermeiro no contato direto aos pacientes, na realização dos testes rápidos, identificação dos sinais e sintomas da doença, acompanhamento e oferta de orientações à família⁽¹⁾.

O enfermeiro atua diretamente com o binômio mãe-bebê e sua rede familiar frente à Sífilis Gestacional e Congênita, tendo em vista a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo⁽⁸⁾. Nesse contexto, a questão que norteou esse estudo foi: Quais as repercussões do diagnóstico de Sífilis Gestacional para a puérpera? A partir dessa, objetivou-se conhecer as repercussões do diagnóstico de Sífilis Gestacional para a puérpera.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, descritiva de cunho qualitativo, realizada na Unidade de Pediatria (UP) de um Hospital do Sul do Brasil (HU). O HU é referência no atendimento materno-infantil. A UP possui 21 leitos destinados a crianças com idades entre zero e doze anos incompletos, que internam tanto para atendimentos clínicos como cirúrgicos.

Os participantes do estudo foram 15 puérperas de recém-nascidos internados com diagnóstico de SC no período de coleta dos dados. Os critérios de inclusão foram ser puérpera acompanhante da criança durante seu período de internação. Foram excluídas puérperas com menos de 18 anos.

A coleta de dados foi realizada de maio a julho de 2018, por meio de uma entrevista semiestruturada, individual com cada puérpera. As que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As puérperas foram questionadas acerca do impacto do diagnóstico da Sífilis Gestacional e da Sífilis Congênita.

Para garantir a fidedignidade das falas, as entrevistas foram gravadas em arquivo de áudio, mediante autorização e logo após transcritas. As entrevistas constituíram o corpus da pesquisa, que fundamentou origem das categorias que serão abordadas. A análise dos dados foi realizada pela técnica da Análise de Conteúdo operacionalizada por meio da pré-análise; da exploração do material; do tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽⁹⁾.

A pesquisa foi aprovada com o número 33/2018. As falas dos participantes foram identificadas pela letra F seguida do número da entrevista, com vistas a garantir o seu anonimato.

RESULTADOS

Participaram 15 puérperas com idades entre 18 e 46 anos. Duas tinham o ensino superior completo, uma ensino superior incompleto, quatro haviam completado o ensino médio, cinco tinham o ensino médio incompleto, uma possuía o ensino fundamental completo e duas tinham o ensino fundamental incompleto. Duas eram assistentes administrativas, uma era enfermeira, três eram estudantes e nove dedicavam-se a atividades do lar. Dez tinham relacionamentos fixos e cinco eram solteiras. Suas rendas familiares variaram entre um até cinco salários mínimos regionais brasileiros.

O recebimento do diagnóstico da Sífilis Gestacional pela puérpera

A maioria das puérperas obteve seu diagnóstico reagente para sífilis em suas primeiras consultas pré-natal por meio do atendimento primário de saúde. Após foram encaminhadas para níveis de maior complexidade de atendimento em saúde de acordo com suas especificidades.

Foi no pré-natal, fizeram o exame de HIV e o de Sífilis junto. Foi no primeiro trimestre de gravidez. Deu positivo para sífilis. (F5)

Uma das participantes relatou ter descoberto o diagnóstico antes da gravidez. Foi diagnosticada na gravidez anterior e após o tratamento descobriu que foi reinfectada pelo parceiro, que não havia realizado o tratamento.

Eu descobri que tinha na primeira gestação, quando eu estava grávida da minha filha mais velha. Eu fiz o tratamento. Só que depois eu acabei me contaminando novamente. Porque o pai dos meus filhos, ele disse para mim que tinha feito o tratamento, só que ele não fez.

Quando eu descobri que eu estava grávida agora, foi quando eu descobri que eu tinha me contaminado de novo. [...] (F3)

As reinfecções ocorreram devido ao tratamento de apenas um parceiro ou ao fato de não se protegerem com métodos contraceptivos de barreira.

[...] Claro que ele dizia que teríamos que usar a camisinha durante os nove meses. Só que tem um problema com os homens, eles não gostam de usar a camisinha, é ruim. Então, eles simulam uma forma de usar a camisinha fora da realidade. E muitas vezes, a mulher por achar que é casada, deve obrigações, cai em contradições, isso é errado. [...] Então foi que aumentou o meu número [título] de 1:2 foi para 1:8, e aí que eu enlouqueci de vez. [...] (F14)

Uma afirmou ter contraído a infecção da sífilis no último trimestre da gestação, nas últimas testagens realizadas durante o pré-natal.

Quando a gente faz a consulta pré-natal, elas pedem todos os exames iniciais, mas no meu caso não tinha aparecido nada nos exames iniciais. Na verdade, eu fiz no primeiro trimestre os exames iniciais. No segundo trimestre elas pedem de novo, e não apareceu nada também. Eu só fui saber no último trimestre. [...] (F1)

Uma participante descobriu o diagnóstico apenas no nascimento do filho, quando foi informada pela médica acerca dos exames e testagens para infecções sexualmente transmissíveis. Durante o pré-natal relatou que não teve conhecimento acerca do seu diagnóstico.

Quando ele nasceu uma médica quem disse do exame. Durante o pré-natal eu não sabia. (F4)

Reações frente ao diagnóstico de Sífilis Gestacional

Frente ao diagnóstico, relatam susto, tristeza, choro e pavor. Associaram suas preocupações e reações negativas mais intensas ao fato de estarem grávidas e à possibilidade de infecção do bebê.

É assustador saber, mais ainda durante a gestação, porque se eu não tivesse grávida talvez nem tivesse me assustado tanto. Foi assustador. [...] (F11)

Foi difícil, no início eu fiquei muito assustada [choro]. Não sabia bem o que era. Mas depois meu medo maior foi por ele, não foi nem por mim, porque ela [médica] disse que ele poderia ter uma série de coisas. (F5)

Algumas puérperas referiram tranquilidade frente ao seu diagnóstico de sífilis, tendo em vista que havia tratamento para a infecção ou por já ter familiaridade com o assunto por terem descoberto o diagnóstico em um momento anterior à gravidez, na gestação anterior ou vivenciar casos na família.

[...] fiquei tranquila porque eu ia tomar as injeções. Tem cura, tem tratamento. Fiquei tranquila. (F10)

Normal, vivi isso na minha família. Quando eu soube que tinha tratamento eu fiquei feliz por um lado, porque já é de família, a sífilis e o HIV, que o meu pai e minha mãe já tiveram. Só que eu não peguei deles. A minha mãe tomou os medicamentos na minha gravidez. [...] eu fiquei normal, porque sífilis tem tratamento. (F6)

Influência do Diagnóstico na gestação e parto

Quando à influência do diagnóstico em sua gestação e parto, referiram sintomas como inapetência, depressão e sonolência. Relataram também que a maior interferência

foi psicológica, em saber que existia alguma possibilidade de passar para o RN.

Eu acho que eu estava com depressão. [...] porque eu não imaginava, foi difícil. Apresentei depressão e sono intenso. Não conseguia comer. Não sei se era por causa da doença ou se é porque eu estava grávida. (F15)

Já fiquei apavorada, [...] que iria parecer alguma coisa no bebê. Por isso que eu digo que mexe mais com o emocional, porque tu tens que esperar até os nove meses para ver se o bebê vai nascer perfeito. (F1)

Outras afirmaram que não houve nenhuma interferência na gravidez e parto.

Nada, não afetou em nada. Só agora, mas ela está fazendo tratamento. Mas na gravidez nada. (F7)

Eu não senti nada de anormal, perto das minhas outras gestações, até essa foi a mais tranquila. (F13)

Realização do tratamento da Sífilis Gestacional

A maioria das puérperas referiu ter realizado o tratamento durante o pré-natal. Destacaram a importância de ter iniciado o tratamento logo após o diagnóstico, mas que o mesmo foi muito doloroso.

Iniciei o tratamento bem no início da gravidez. Eu fiz o teste de gravidez, em seguida já fizeram os testes de outras doenças e deu que eu estava com sífilis. O tratamento é bem dolorido com Benzetacil, duas em cada nádega. Fiz três ciclos de duas injeções cada vez. (F7)

No quinto mês de gestação. Fiz Benzetacil, seis doses, três semanas fazendo. O meu parceiro fez junto comigo o tratamento, nos mesmos dias. Ele me falava: Não é culpa sua, elas vão nascer bem. A gente vai passar por tudo isso. Porque eu estava muito frustrada. (F15)

Destacaram que, apesar de terem realizado o tratamento se reinfectaram, tendo que fazer mais de um tratamento durante a gestação. Revelaram como motivo da reinfeção a falta de informação e de cuidados acerca de como preveni-la e o não tratamento do parceiro.

Sim, eu fazia duas ampolas durante três sextas feiras, eu fiz. Ai depois meu reagente subiu, de novo, porque o pai não tinha tratado. Depois a gente tratou os dois juntos [...]. (F9)

Uma das entrevistadas não realizou o segundo tratamento após reinfeção, devido já estar perto do parto e não apresentar o resultado do exame para os profissionais da saúde.

Fiz cinco aplicações. No primeiro exame que veio, eu tomei duas doses, e depois tomei mais três quando deu no sétimo mês. E no último exame, que não era para ter dado nada porque eu já tinha feito as cinco doses, aumentou. Ai eu não fiz o tratamento de novo, porque logo em seguida eu já ganhei ela aqui. Não cheguei a apresentar esse último exame no posto, entendeu? (F13)

Uma puérpera terminou o tratamento uma semana antes do bebê nascer.

Graças a Deus, que a doutora viu tudo isso, porque eu já tinha passado por três médicos, e ela me deu o tratamento correto. A gente correu para fazer esse medicamento a tempo dele nascer. Acho que eu terminei o tratamento numa semana e ele nasceu na outra. (F1)

Uma participante mencionou que não foi indicado tratamento durante o pré-natal e nem foi realizado exames para infecções sexualmente transmissíveis.

Realizei o pré-natal, mas não foi indicado tratamento. Não foi realizado exame. Eu só soube no momento do parto. (F4)

DISCUSSÃO

As participantes do estudo foram puérperas jovens, com média de idade de 24,8 anos. Apresentaram em sua maioria mais de oito anos de estudo, tinham parceiro fixo e estavam desempregadas, exercendo atividades do lar. Estudos mostraram alta prevalência de sífilis em mulheres jovens, com bom nível de escolaridade⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Pesquisa revela maior prevalência da infecção em mulheres com múltiplos parceiros⁽¹²⁾. No entanto, nesse estudo a maioria das mulheres possuía parceiro fixo, estando em relacionamento estável. Outras pesquisas também apontaram que a maioria das mulheres infectadas eram donas de casa⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O recebimento do diagnóstico da Sífilis Gestacional deu-se em diferentes momentos: antes da gravidez, nas primeiras consultas de pré-natal ou no último trimestre da gestação. Verificou-se que o pré-natal é uma ferramenta importante no diagnóstico, orientação e acompanhamento da gestante na detecção da sífilis gestacional, visando à sua profilaxia precoce, evitando a infecção do RN. Porém, ainda observam-se diagnósticos tardios, nas quais complicações tornam-se mais sérias e difíceis de serem amenizadas⁽¹⁵⁾.

As reinfecções foram constatadas devido ao tratamento de apenas um parceiro ou ao fato de não se protegerem com métodos contraceptivos de barreira. Este fato mostra que ainda há falhas na obtenção de informações acerca da sífilis e na sua prevenção durante a gestação⁽¹⁶⁾.

Mulheres com menos consultas de pré-natal ou sem pré-natal tiveram um aumento de quatro a cinco vezes na prevalência de triagem tardia ou nenhuma de sífilis em comparação com mulheres com 11 ou mais consultas de pré-natal⁽¹⁷⁾. Há 7,4 vezes mais chances da ocorrência de sífilis em mulheres que não fizeram acompanhamento pré-natal⁽¹⁶⁾.

Apesar da abrangência do pré-natal, como visualizado no presente estudo, não se pressupõe que a assistência recebida seja de qualidade. Observaram-se falhas no diagnóstico e tratamento da infecção da sífilis gestacional, visualizado pelo alto número de reinfecções durante a gestação, facilitando a chance de transmissão ao RN. Estudo mostra que, do total de casos de sífilis congênita, 81,4% das mães realizaram o pré-natal na gestação e 48% foram diagnosticadas no pré-natal⁽⁸⁾.

Estudo apontou que metade dos casos de mães com sífilis (48,4%) iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação. Porém, a maioria das gestantes apresentou diagnóstico tardio⁽¹¹⁾. Em Fortaleza, o diagnóstico de sífilis ocorreu em 75,4% casos durante a gestação, sendo que 86,1% receberam o diagnóstico entre o segundo e terceiro trimestres de gestação⁽¹⁸⁾.

Há necessidade de maior qualidade nos cuidados e nas orientações durante o pré-natal para mãe e seu parceiro a respeito do tratamento e prevenção da sífilis⁽¹⁹⁾. Pesquisa revelou que apenas 22,3% dos parceiros de mulheres com Sífilis Gestacional realizam o tratamento⁽²⁰⁾. Dado corroborado em outro estudo que afirmou que 83% das mulheres com sífilis não tiveram seus parceiros tratados⁽⁸⁾.

Há participantes que contraíram a infecção da sífilis somente nos últimos trimestres de gestação. Uma participante descobriu o diagnóstico apenas no nascimento do filho; durante o pré-natal relatou que não teve conhecimento acerca do seu diagnóstico. Resultados similares obtidos mostraram que aproximadamente 33,3% não realizaram a triagem até 24 semanas de gestação e 19,2% apresentaram triagem tardia ou ausente⁽¹⁷⁾.

Estudo apontou que o diagnóstico de Sífilis Gestacional das mães se deu em 40,4%

durante a gestação, em 34,2% no momento do parto ou da curetagem pós-aborto, 22,8% após o parto e em 0,5% dos casos a doença não foi investigada, sendo que 2,1% dos casos foi ignorado⁽²⁰⁾. Em outro estudo, em 41,0% dos casos, o diagnóstico de sífilis materna ocorreu no momento do parto/curetagem, e em 40,1% dos casos, durante o atendimento pré-natal⁽¹⁰⁾.

Frente ao diagnóstico de Sífilis Gestacional, as puérperas relataram susto, tristeza, choro e pavor. Associaram suas preocupações e reações negativas ao fato de estarem grávidas e à possibilidade de infecção do bebê. Algumas referiram tranquilidade, tendo em vista que havia tratamento para a infecção, ter descoberto o diagnóstico em uma gestação anterior ou vivenciar casos na família.

Referiram que a maior influência do diagnóstico na gestação e parto foi psicológica, devido à possibilidade de passar para o RN. Estudo realizado no Piauí torna visível a incidência de transmissão da sífilis para o RN. Dentre as 388 notificações de gestantes com diagnóstico da sífilis, 193 transmitiram o bacilo *T. pallidum* para seus conceptos⁽²⁰⁾.

A maioria realizou o tratamento da Sífilis ainda no pré-natal logo após o diagnóstico. Algumas se reinfetaram, tendo que fazer mais de um tratamento durante a gestação. Revelaram como motivo a falta de informação e de cuidados acerca de como preveni-la e o não tratamento do parceiro. Uma puérpera referiu não ter realizado tratamento após reinfecção, outra ter terminado o tratamento uma semana antes do bebê nascer e outra não ter realizado tratamento durante o pré-natal, pois não foi testada para infecções sexualmente transmissíveis. Referiram também que o tratamento é doloroso.

Nas primeiras vinte e quatro horas do tratamento para sífilis na gestação, podem ocorrer reações agudas como febre, dor de cabeça, mialgia e outros sintomas, conhecida como reação de Jarisch-Herxheimer. Ela ocorre em cerca de 40% das gestantes tratadas para sífilis, principalmente quando seu tratamento ocorre na segunda metade da gestação, podendo apresentar contrações e desacelerações da frequência cardíaca fetal⁽²¹⁾.

Mesmo cientes do diagnóstico e de referirem ter realizado o tratamento, se reinfetam e estendem a transmissão da infecção a mais de uma gestação. Esse fato mostra o quanto ainda há falhas sobre as formas de prevenção da IST. Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que a ocorrência de gestação prévia com sífilis não eliminou o risco da doença em futuras gestações⁽²²⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, os riscos de infecção para o concepto se tornam menores se o tratamento for finalizado trinta dias antes do parto⁽²³⁾. O tratamento é considerado inadequado após este período, e o recém-nascido deve ser classificado como caso de sífilis congênita⁽²⁴⁾. Faz-se necessário testagens durante o primeiro e o último trimestre de gestação e também no parto para monitorar e agir preventivamente contra reincidências durante o pré-natal.

O estudo teve como limitações ter sido realizado em um único contexto e a dificuldade na aceitação das puérperas para a participação. Pesquisas devem ser realizadas acerca da temática na busca de estratégias para diminuir o número de casos de sífilis principalmente entre as gestantes e recém-nascidos.

CONCLUSÃO

O estudo objetivou conhecer as repercussões do diagnóstico de Sífilis Gestacional para a puérpera. O recebimento desse diagnóstico se deu antes da gravidez, nas primeiras consultas de pré-natal ou no último trimestre da gestação. Frente ao diagnóstico, as puérperas relatam susto, tristeza, choro e pavor devido a estarem grávidas e haver possibilidade de infecção do bebê. Algumas referiram tranquilidade tendo em vista que havia tratamento para a infecção, ter descoberto o diagnóstico em uma gestação anterior

ou vivenciar casos na família. Referiram que a maior influência do diagnóstico na gestação e parto foi psicológica. A maioria das puérperas realizou o tratamento da Sífilis ainda no pré-natal logo após o diagnóstico. Algumas se reinfectaram, tendo que fazer mais de um tratamento durante a gestação, e revelaram como motivo a falta de informação e de cuidados acerca da prevenção e o não tratamento do parceiro.

Houve falhas no tratamento de algumas puérperas, pois se verificou reinfecção durante a gestação, término do tratamento uma semana antes do bebê nascer e não realização de tratamento durante o pré-natal.

Concluiu-se que há uma grande desinformação das puérperas quanto à infecção da sífilis. Há a necessidade de mais orientação acerca da importância do tratamento e do uso de métodos de proteção de barreira durante as relações sexuais. Ainda há lacunas na triagem da sífilis gestacional que necessitam ser preenchidas por meio da testagem das gestantes para IST a fim de evitar diagnósticos tardios e contaminação fetal.

As políticas públicas não estão sendo efetivas em coibir a contaminação pela Sífilis. Necessitam-se de novas estratégias para o combate da infecção, transmitindo informações e promovendo a saúde do binômio mãe-bebê.

Os enfermeiros devem aproveitar o pré-natal e o período de internação do RN com Sífilis Congênita para realizar a prática educativa junto a essas puérperas, acompanhar e esclarecer as gestantes no momento da revelação do seu diagnóstico de Sífilis Gestacional, orientando sobre os sintomas, riscos e profilaxia para evitar a infecção fetal, assim como prevenir a reinfecção. Essa prática deve ainda orientar e enfatizar a importância da realização das testagens durante o acompanhamento do pré-natal para IST e o tratamento concomitante do parceiro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Relatório de Recomendação. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 15 ago 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana. [Internet] Brasília: OMS; 2015 [acesso em 20 ago 2018]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_por.pdf;jsessionid=FF6F4CED8B0E323C6824F9AAA3DA766C?sequence=7.
3. Cunha ARC da, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015 [acesso em 20 set 2018]; 38(6). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/479-486/pt/>.
4. Domingues RMM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2016 [acesso em 06 jul 2018]; 32(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico- Sífilis. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 22 set 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.
6. World Health Organization (WHO). Sexually Transmitted Infections (STIs), The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. [Internet]. 2013. [acesso em 20 set 2018]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html.

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 05 set 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/passoa_passo_programasaude_escola.pdf.
8. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 10 set 2017]; 26(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Carvalho I da S, Brito RS de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [Internet]. 2014 [acesso em 26 out 2017]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000200010>.
11. Lafetá KRG, Martelli Junior H; Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2016 [acesso em 20 jul 2017]; 19(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
12. 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 [acesso em 01 set 2018]; 24(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000400681&script=sci_arttext&tlng=en.
13. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J. Health Biol Sci.* [Internet]. 2017 [acesso em 01 ago 2018]; 5(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1012.p56-61.2017>.
14. Moreira KFA, Oliveira DM de, Alencar LN de, Cavalcante DFB, Pinheiro A de S, Orfão NH. Profile of notified cases of congenital syphilis. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 06 jul 2018]; 22(2). Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/48949-200945-1-PB.pdf>.
15. Rodrigues VLR, Oliveira FM de, Afonso TM. Sífilis congênita na perspectiva de um desafio para a saúde pública. *International Nursing Congress Theme: Good practices of nursing representations in the construction of society.* [Internet]. 2017. [acesso em 23 jun 2018]. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5958>.
16. Padovani C, Oliveira RR de, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2018 [acesso em 14 set 2018]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>.
17. 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. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* [Internet]. 2017 [acesso em 03 ago 2018]; 66(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6624a4>.
18. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante M do S, Frota MA, Melo SP de. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cienc. saude colet.* [Internet]. 2018 [acesso em ago 2017]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 20 jul 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
20. Barbosa DRM, Almeida MG de, Silva AO, Araújo AA, Santos AG dos. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev enferm UFPE online.* [Internet]. 2017 [acesso em 10 out 2018]; 11(5). Disponível

em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>.

21. Workowski KA, Bolan GA. Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Recommendations and Reports. [Internet]. 2015 [acesso em 23 jul 2018]; 64(3). Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>.

22. Cerqueira LRP de, Monteiro DLM, Traquette SR, Rodrigues NCP, Trajano AJB, Souza FM de, et al. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo. [Internet]. 2017 [acesso em 01 out 2018]; 59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-9946201759078>.

23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Nota informativa nº 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 01 out 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0062016-gabddahvsvsms>.

24. Kollmann TR, Dobson SRM. Doenças Infecciosas do Feto e Recém-Nascido de Remington e Klein. 8. ed. Filadélfia: Elsevier Saunders; 2016.

Recebido: 22/03/2019

Finalizado: 14/10/2019

Autor Correspondente:

Jéssica Gama da Silva

Universidade Federal do Rio Grande

R. Cristóvão Pereira, 320 - 91030-420 – Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: jehgama92@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - JPR, BDJ, MSM

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - PKON

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - GCG

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