

Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional

Profile of women with syphilis in ter pregnancy period

Lucineia Aparecida Gonçalves¹, Mariana Gondim Mariutti Zeferino² e Iácara Santos Barbosa Oliveira³

RESUMO:

A sífilis é uma doença presente na história do homem desde os primórdios da humanidade. Embora o advento da indústria farmacêutica tenha sido um marco na saúde da população, ainda assim, a sífilis resiste. Objetivo: Conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres notificadas com sífilis durante o período gestacional no período de 2011 a 2017. Métodos: Estudo documental de abordagem quantitativa, desenvolvido através da análise das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de sífilis em gestante no município de São Sebastião do Paraíso-MG no período de 2011 a 2017. Os dados obtidos foram digitados para uma planilha de Excel e submetidos à análise estatística descritiva simples. Resultados: No período de 2011 a 2017 foram notificados 30 (trinta) casos de Sífilis em Gestantes no município. Acredita-se que o número de notificações ainda não expresse a total realidade brasileira, em função dos casos subnotificados e das pacientes que não têm acesso aos exames e testes rápidos. Considerações Finais: A sífilis em gestantes é uma doença reemergente e, apesar de todos os esforços para o controle da mesma, ainda é necessário um trabalho preventivo de orientação tanto para a gestante quanto para o seu parceiro. A atuação do enfermeiro neste processo é de grande importância, visto que este profissional detém o conhecimento e está próximo do paciente através das Unidades Básicas de Saúde nas regiões de abrangência.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis gestacional. Prevenção. Enfermagem. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Syphilis is a disease that has been present in human history since the dawn of humanity. Although the advent of the pharmaceutical industry has been a milestone in the health of the population, syphilis still resists. Objective: To know the sociodemographic profile of women notified with syphilis during the gestational period in the municipality from 2011 to 2017. Methods: Documentary study with a quantitative approach, developed through the analysis of the notification forms of the Notifiable Diseases Information System (SINAN) of syphilis in pregnant women in a city in the interior of Minas Gerais from 2011 to 2017. The data obtained were entered into an Excel spreadsheet and submitted to simple descriptive statistical analysis. Results: In the period from 2011 to 2017, 30 (thirty) cases of Syphilis were reported in pregnant women in the municipality. It is believed that the number of notifications does not yet express the total Brazilian reality, due to underreported cases and patients who do not have access to exams and rapid tests. Conclusions: Syphilis in pregnant women is a reemerging disease and, despite all efforts to control it, preventive guidance work is still needed for both the pregnant woman and her partner. The role of the nurse in this process is of great importance, since this professional has the knowledge and is close to the patient through the Basic Health Units in the regions covered.

KEYWORDS: Gestational syphilis. Prevention. Nursing. Womens Health.

Como citar este artigo:

GONÇALVES, LUCINEIA A.; ZEFERINO, MARIANA G. M.; OLIVEIRA, IÁCARA S. B. Perfil de mulheres com sífilis no período gestacional. Revista Saúde (Sta. Maria). 2021; 47.

Autor correspondente:

Nome: Iácara S. Barbosa Oliveira
E-mail: iacara.oliveira@yahoo.com.br
Telefone: (35) 98865-8515
Formação: Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Filiação Institucional: Faculdade Libertas Integradas, São Sebastião do Paraíso, Minas Gerais, Brasil.
Endereço: Av. Wenceslau Braz, 1018
Bairro: Lagoinha
Cidade: São Sebastião do Paraíso
Estado: Minas Gerais
CEP: 37950-000

Data de Submissão:
08/02/2021

Data de aceite:
18/03/2021

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecciosa crônica que desafia há séculos a humanidade, podendo comprometer praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo. Embora exista um tratamento eficaz e de baixo custo financeiro, permanece em evidência atualmente¹.

A sífilis gestacional é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) um problema de saúde pública responsável por altos índices de morbimortalidade fetais e neonatais. Em razão disso tornou-se um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005, entretanto, as estatísticas evidenciam que somente 32% dos casos são notificados, o que demonstra uma precariedade na qualidade dos serviços assistenciais ao pré-natal e ao parto². Dessa maneira, a sífilis gestacional ocasiona mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo e eleva o risco de morte prematura de ambos. Em 2015 no Brasil, foram notificados 33.365 novos casos de sífilis em gestantes, dos quais 14.959 (44,8%) eram residentes na região Sudeste³.

A alta incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) tem merecido destaque e atenção por parte dos profissionais, visando alcançar o controle da doença. No entanto, o panorama Brasileiro retrata pouco investimento para o agravo em questão¹.

Como parte integrante do controle de sífilis na gestação, as Equipes de Saúde da Família (ESF) realizam coleta de teste rápido (teste treponêmico) para detecção precoce de sífilis em todas as gestantes que realizam o pré-natal na rede pública no município estudado, do interior do estado de Minas Gerais, já sendo realizado este teste no primeiro atendimento a gestante. Para esta assistência as equipes receberam treinamento via vídeo conferência através de curso teórico e prático de aconselhamento ministrado pelos profissionais do setor de infectologia do município¹.

O VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) é um teste não treponêmico que apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade. A precisão do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e latente com até um ano de duração e pode alcançar uma positividade de 100% pois essas fases cursam com valores mais altos de titulação no exame quantitativo. Apresenta ainda rápida negatificação em resposta ao tratamento sendo o ideal para o rastreamento e controle da cura da sífilis².

Ao ser acometido pela sífilis o indivíduo pode não se curar, mesmo depois de seu tratamento, permanecendo o vírus em estado de latência. Diante disso, surge a necessidade de se aprofundar e discorrer através de estudos a importância de desenvolver novos meios que visem à prevenção como proposta de tratamento primordial à sociedade, assim retira-se o peso maior em cima do tratamento farmacológico após a patologia instalada e proporciona maior foco na prevenção como promoção à saúde dos indivíduos susceptíveis¹.

Conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres notificadas com sífilis durante o período gestacional em São

Sebastião do Paraíso-MG, no período de 2011 a 2017.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental de abordagem quantitativa, desenvolvido através da análise das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A pesquisa quantitativa é um método que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados e aplicados quando é exigido um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema. A mesma deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, aglomerados de dados e de conjuntos demográficos, podendo classificá-los e torná-los visíveis através de variáveis⁴⁻⁶.

A amostra do estudo foi composta por fichas de notificações do SINAN de casos de mulheres com sífilis no período gestacional no período de 2011 a 2017 no município de São Sebastião do Paraíso-MG, teve como critérios de inclusão: todas as notificações de mulheres com sífilis gestacional no período de 2011 a 2017 e critérios de exclusão às notificação do SINAN ilegíveis e ou rasuradas.

A coleta de dados foi realizada através do acesso às fichas de notificação do SINAN específica de sífilis gestacional disponíveis no setor de vigilância epidemiológica do município após autorização da coordenação do setor. Como técnica de coleta de dados foi seguido um roteiro através de um formulário com o objetivo de nortear os itens necessários ao levantamento epidemiológico. A coleta de dados aconteceu na primeira semana de abril, sendo no período de 09 a 13 de abril de 2018.

Para a discussão dos dados foi aplicado a análise estatística simples. Esse é um modo de distribuir e selecionar os dados a fim de reuni-los em classes ou grupos, de maneira que estejam relacionados com o objetivo da pesquisa. Foram contabilizados os dados encontrados nas fichas do SINAN, transcritos em um banco de dados na planilha do programa Excel (Windows), e analisados de forma descritiva. Os resultados foram apresentados através de gráficos⁷.

Na pesquisa descritiva, o pesquisador observa, registra os dados sem manipulá-los, e pode-se chegar à elaboração de perfis, cenários, entre outros⁷.

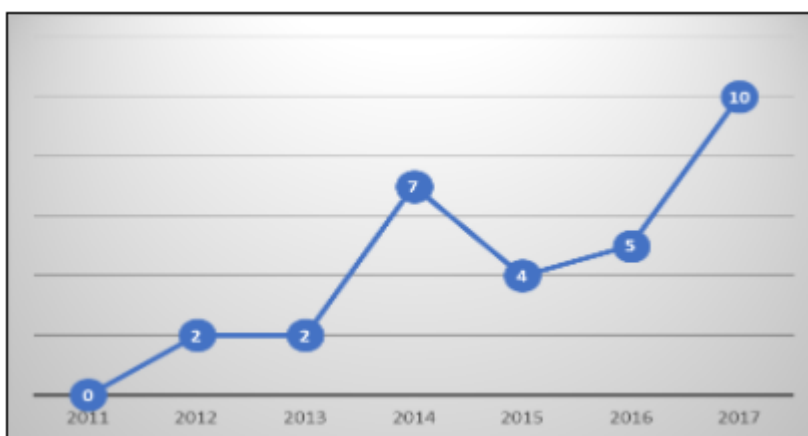
Para realização do estudo foi solicitado a autorização da Coordenadora do Setor de Epidemiologia do município em questão, para acesso às fichas de notificação do SINAN dos últimos seis anos. O presente estudo não acarretou prejuízos à população e foi mantido o sigilo e anonimato das mulheres. Nas fichas do SINAN foi riscado o nome da usuária com caneta tipo pincel preto, de forma que os pesquisadores não tiveram acesso aos nomes.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados nas fichas de notificação do SINAN avaliou-se o perfil das mulheres grávidas com

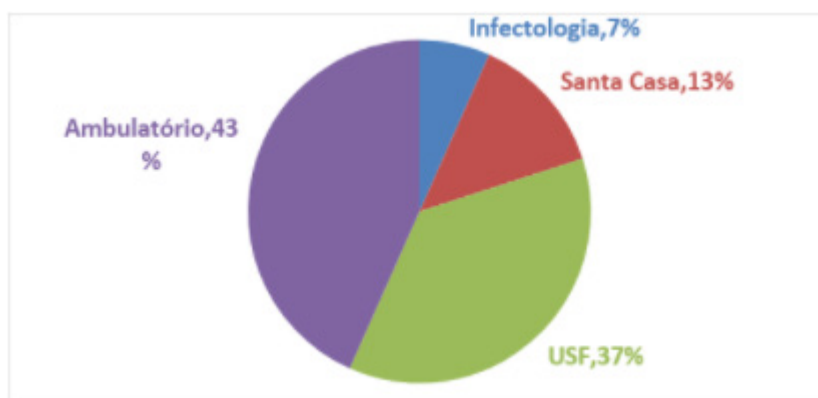
diagnóstico positivo para sífilis. No período de 2011 a 2017 foram notificados 30 casos de Gestantes com Sífilis no município do interior do sudoeste de Minas Gerais sendo que os anos de 2014 e 2017 foram os que apresentaram maior número de casos conforme demonstra gráfico 01.

Gráfico 1: Distribuição de gestantes diagnosticadas com sífilis no período de 2011 a 2017 em um município do interior de Minas Gerais, 2018.



No que se refere às fontes de origem das notificações de sífilis em gestantes, a maioria foi realizada no ambulatório municipal e na sequência pelas ESF, Santa Casa e ambulatório de infectologia conforme demonstra o gráfico 02.

Gráfico 2: Distribuição das unidades notificantes dos casos de sífilis gestacional no período de 2011 a 2017 em um município do interior de Minas Gerais, 2018.



A maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis no respectivo estudo possuem entre 24 e 28 anos de idade.

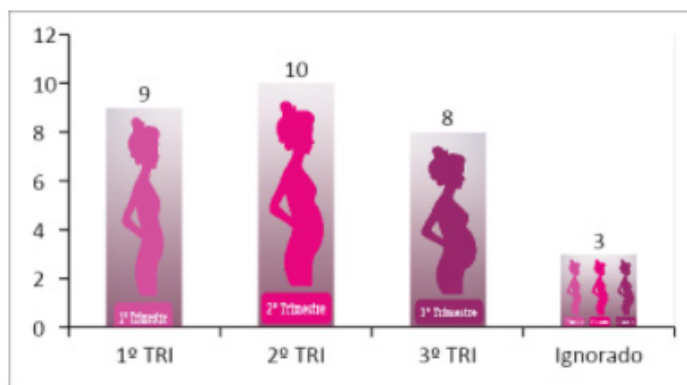
Em relação ao nível de escolaridade das mulheres, 30% das gestantes diagnosticadas com sífilis possuem o ensino médio incompleto, 13% ensino médio completo, 17% cursaram o ensino fundamental até a 4ª série e 20% o ensino fundamental até a 8ª série. Ainda 20% não informaram o nível de escolaridade, sendo este dado decorrente do preenchimento incompleto da ficha de notificação. Cabe ressaltar a porcentagem reduzida de mulheres com ensino

médio completo e não houve mulheres com ensino superior completo e ou incompleto.

No que se refere ao tipo de atividade laboral exercida pelas gestantes (40%) informaram que exercem atividades em casa (do Lar), cinco não informaram, três que exerciam a função de auxiliar de produção, duas domésticas e duas vendedoras ao passo que uma era secretária, uma manicure, uma estudante, uma cozinheira, uma repositora de mercadorias e uma estava desempregada.

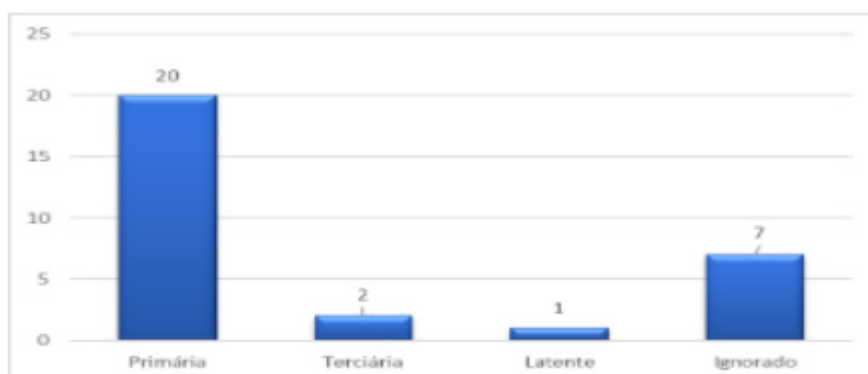
Em relação ao período gestacional das gestantes no momento do diagnóstico da sífilis, cerca de 30% estavam no segundo trimestre de gestação, 30% no segundo trimestre, 27% no terceiro e 10% não souberam informar, conforme verificado no Gráfico 3. Cerca de 56% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no primeiro trimestre de gestação, ao passo que 7,5% no segundo.

Gráfico 3: Distribuição do período gestacional de gestantes no momento do diagnóstico de sífilis, no período de 2011 a 2017 em um município do interior de Minas Gerais, 2018.



Em se tratando do estágio evolutivo da doença, a maioria das gestantes encontravam-se no estágio de sífilis primária e sete delas não houve identificação do estágio conforme demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4: Distribuição do estágio evolutivo de gestantes diagnosticadas com sífilis no período de 2011 a 2017 em um município do interior de Minas Gerais, 2018.



DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos apontam que a estimativa da sífilis congênita no Brasil foi de 3,5 para cada mil nascidos vivos e que a taxa de transmissão no período gestacional corresponde a 34,3%⁸. Um outro observou um aumento da incidência de sífilis em gestantes (um incremento de 0.92 casos para 8,65/1000 nascidos vivos)⁹.

No presente estudo o fato de nenhuma notificação no ano de 2011, apenas duas em 2012 e 2013 pode ser resultante de casos subnotificados deste agravo no município. A notificação compulsória de mulheres grávidas com sífilis no Brasil foi instituída pela portaria nº 33 de julho de 2005. Desde então o número de notificações tem aumentado a cada ano, cabe ressaltar a melhoria do sistema de vigilância epidemiológica e à implantação nas ESF do teste rápido, o que justifica no município o aumento do número de notificações relativo ao ano de 2017, associado às ações educacionais realizadas pelos profissionais de saúde em especial o enfermeiro. Os dados encontrados vão de encontro aos achados em âmbito nacional. Segundo o MS, o número de casos de sífilis em gestantes em 2015 aumentou cerca de 14% e a ocorrência de transmissão vertical cerca de 4%, dados correlacionados ao aumento do número de notificações e não a um aumento real no total de casos¹⁰.

A realização de notificação compulsória de sífilis em gestante é uma atribuição e responsabilidade dos profissionais de saúde, sendo de grande importância para o desenvolvimento de ações de prevenção de acordo com o cenário no momento.

Há necessidade de diretrizes clínicas, testes e tratamento de sífilis no período da gestação, as ações em prol de eliminar as ocorrências de sífilis congênita ainda não alcançaram o sucesso esperado, o que incide portanto, na existência ainda de subnotificações¹¹.

A falta de notificação é um fato comum em muitos países. Estima-se que a subnotificação no Peru seja de 34%, seguida de 32,2% na Argentina, 26% no Chile e 22,2% na Venezuela. No Brasil, embora a notificação de sífilis congênita seja compulsória, cerca de 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de congênita são notificados¹²⁻¹³.

Estudos em âmbito nacional estimam que no Brasil a prevalência de sífilis na gestação é de cerca de 3% ao ano do total de gestantes. Apesar destes dados o número de notificações de gestantes portadoras de sífilis é inferior à realidade o que aponta dificuldades no processo de diagnóstico e/ou nas notificações⁸.

O fato das notificações ocorrerem principalmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) denotam de ações de prevenção e detecção precoce dos casos de sífilis em gestante e configuram um atendimento oportuno e correto das gestantes, pois a APS é a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde. Atualmente os testes rápidos de sífilis são realizados na APS, nas próprias equipes da ESF e ambulatório.

Segundo a OMS, nos países subdesenvolvidos, cerca de 10% a 15% das gestantes têm sífilis. No Brasil, a

estimativa é de que aproximadamente 3% das gestantes tenham a doença, o que alcança grandes proporções uma vez que o risco de transmissão vertical gira em torno de 50% a 85% somado ao fato de que as taxas de mortalidade perinatal são de até 40%¹¹.

Em um estudo realizado em Belo Horizonte observaram que 16% das mães cujas crianças foram diagnosticadas com sífilis congênita, não passaram por nenhuma consulta pré-natal e pelo menos metade dos testes positivos para sífilis congênita foram feitos durante ou após o parto. Tais dados apontam a possibilidade de que a realização do pré-natal não foi efetiva no que se refere ao diagnóstico da sífilis em alguns destes casos. Os autores apontam como hipóteses para estes achados a possibilidade do número de consultas realizadas inferiores ao preconizado (sete), a não realização dos exames para detecção da sífilis no primeiro e no terceiro trimestre da gravidez, a demora em apresentar os resultados, a não apresentação destes exames ao médico ou ainda a não realização de busca ativa às pacientes com VDRL positivo que não iniciaram e/ou abandonaram o tratamento/pré-natal¹².

O diagnóstico de sífilis na gestação é feito nas situações em que a gestante apresenta sinais clínicos da doença e/ou sorologia não treponêmica reagente (a qualquer titulação), sendo essa identificada no período do pré-natal, parto ou curetagem pós aborto¹³.

Um estudo aponta que cerca de 52% das gestantes iniciam o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação e o diagnóstico de sífilis sendo confirmado nas unidades de saúde. O início tardio para realização do pré natal expõe ao maior risco de sífilis congênita e complicações para gestantes¹⁴.

Em relação a faixa etária das mulheres, de fato, conforme em um estudo realizado observou-se que cerca de 49% das gestantes com sífilis tinham entre 20 e 29 anos ao passo que outro estudo cita que a ocorrência de sífilis congênita no Brasil é mais frequente em mulheres cuja faixa etária estão entre 20 a 34 anos de idade.

Cabe reforçar que mulheres que se encontram nesta faixa etária são na maioria das vezes economicamente ativas, seja no lar ou em atividades fora de suas residências, fato que pode acarretar a não adesão ao tratamento preconizado devido falta de tempo e ou atividades laborais⁹.

Analisando ainda pode-se perceber que estas mulheres estão na idade fértil, ou seja, no pico reprodutivo da vida, fato que indica a necessidade de buscar melhores estratégias e políticas que auxiliem na promoção da saúde e na qualidade de vida dessas mulheres⁸.

A ausência de informações básicas como a escolaridade que deveriam constar na ficha do SINAN dificultam o planejamento futuro a respeito de estratégias a serem empregadas para o controle e prevenção deste agravo^{8,9}.

Autores observaram que quanto menor a escolaridade da mulher, maior a ocorrência de sífilis durante a gestação e constataram que cerca de 57% das gestantes com diagnóstico de sífilis possuíam apenas o ensino fundamental^{8,9}.

Cabe ressaltar também que o baixo grau de instrução da mulher interfere no acesso às informações, uma vez

que tendem a ter percepções incorretas sobre o risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) bem como no que se refere ao consumo e uso dos serviços de saúde e à adesão aos tratamentos quando necessários¹⁵. O acesso ao conhecimento empodera tanto a mulher quanto o seu parceiro no que se refere à tomada de decisões e a busca por auxílio, orientação e prevenção^{9, 16}.

Corroborando com nossos achados, estudos verificaram respectivamente que cerca de 32% e 74% das pacientes grávidas com sífilis exerciam como atividade laboral serviços do lar^{9, 15}.

A incidência de sífilis na gestação é elevada em mulheres jovens, com baixo grau de escolaridade, sem parceiro, com atividade laboral 'do lar' e usuárias do SUS. Os autores colocam que o fato destes pacientes estarem ligados às atividades domésticas pode ser um fator importante no que se refere ao pouco acesso às informações/serviços de saúde. De fato há certo isolamento destas em relação à participação social. Por outro lado, por estar a grande parte do tempo em casa facilita as ações educativas que os profissionais da ESF, em especial a equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde que realizam visitas domiciliares^{17, 18}.

Em relação a raça das gestantes diagnosticadas com sífilis, sendo predominante na cor branca. Contrariamente aos nossos achados, realizaram um estudo nacional de base hospitalar, com puérperas e verificaram que os casos de sífilis congênita estiveram associados também à cor negra, sendo que este é corroborado por outro estudo que avaliou a distribuição da sífilis congênita nos municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes e constataram que a maioria das crianças (menos de sete dias de vida) notificadas com sífilis eram da cor negra¹⁹.

De fato, um estudo aponta que dentre as mulheres que adquiriram sífilis no período gestacional as de cor negra foram em maior número, o que confirma que a sífilis é um agravo que acomete mais mulheres negras do que as brancas¹⁰.

Conforme dados do SIM/MS/2017 no Brasil, a incidência de sífilis em mulheres negras é superior às de cor branca e parda. Tais dados apontam que apesar de todos os esforços para equalizar os direitos e o acesso aos serviços de saúde, educação, trabalho, inserção social de todo cidadão brasileiro, independentemente de sua cor/raça, ainda estão aquém do almejado.

Em um estudo foi verificado que 72% das mulheres gestantes com sífilis no estudo que realizaram tinham a pele de cor negra. Além do quesito cor de pele, outros fatores que destacam nas gestantes portadoras de sífilis é que eram mulheres com baixa escolaridade conforme discutido anteriormente¹⁵.

O diagnóstico precoce da sífilis pode definir a história de uma vida toda. Quanto antes a gestante portadora de a sífilis iniciar seu tratamento melhor será seu prognóstico e a saúde de seu filho por toda a vida, as chances de complicações diminuem assim como as possibilidades de aborto, natimorto e/ou sequelas advindas de sífilis congênita. Porém, são muitos fatores que dificultam o diagnóstico precoce, como o desconhecimento da sífilis e as suas manifestações clínicas, formas de prevenção e transmissão da doença¹⁶.

Sendo assim, é importante ações públicas para a garantia da assistência do pré-natal amplo e com qualidade que garanta o acesso de todas as gestantes, pois, a partir da triagem sorológica é possível efetuar-se o tratamento em tempo oportuno e com custos reduzidos¹⁸.

As dificuldades referentes ao diagnóstico da sífilis dentre outras razões podem estar associadas aos fatores organizacionais e à necessidade de recursos tecnológicos complexos para a efetivação dos exames convencionais de laboratório. Para sanar estes obstáculos o Teste Rápido (TR) surgiu como uma estratégia que visa otimizar o atendimento à gestante, não exige tecnologias complexas e a apresentação do resultado é obtida em média em um período de trinta minutos, logo a contribuição desta ferramenta para ampliar a cobertura de pacientes testadas além de acelerar o processo de início de tratamento quando positivo o resultado, sendo assim, os TR uma das soluções imediatas para resolução de muitas destas dificuldades no que se refere ao diagnóstico precoce da sífilis em gestantes²⁰.

O período gestacional em que ocorre o diagnóstico da sífilis na gestante e seu parceiro são extremamente relevantes, uma vez que o tratamento em tempo hábil pode reduzir/impedir os riscos para o conceito¹⁹. A contaminação do feto pode acarretar em aborto e morte neonatal em 40% dos recém-nascidos infectados²⁰.

Embora a infecção para o feto possa acontecer em qualquer momento da gestação é incomum que ocorra antes da 16ª semana, logo o tratamento no início da gestante estabelece um prognóstico promissor²¹. Por outro lado, mesmo que a identificação do agravo ocorra no momento do parto o tratamento favorece a não possibilidade de a doença ser transmitida para a criança além de permitir o tratamento da mãe e do bebê reduzindo as complicações decorrentes da sífilis¹⁷.

Estabelecer um diagnóstico clínico da sífilis, independente do estágio da doença, é muito complexo em função da sutileza dos sinais e sintomas. Além disso, a identificação do estágio em que está a sífilis quando positivo, o teste é fundamental para planejamento do tipo de tratamento, pois este é específico para o estágio da infecção no momento do diagnóstico¹⁶. Algumas pesquisas demonstram benefícios no tratamento de gestantes com uma dose extra do recomendado para a fase clínica da doença, ou seja, se a gestante estiver com sífilis primária, efetuar o tratamento com esquema terapêutico recomendado para a secundária²¹.

A importância de se identificar a fase da doença que a gestante apresenta é fundamental. A transmissão da doença pode acontecer em qualquer período da gestação ou estágio clínico da sífilis, mas, a chance de ocorrer varia em função do tempo de exposição do conceito e a fase clínica da doença na mãe. Quanto mais recente a infecção materna não tratada maior o risco de transmissão.

Nas fases primária e secundária da doença a chance de haver transmissão para o feto é de 70% a 100% maior, enquanto que na terciária e latente é de 30%. Por sua vez a maioria dos recém-nascidos com sífilis congênita é

assintomática (acima de 50%) e os sintomas, normalmente, manifestam-se nos três primeiros meses de vida; portanto, é primordial a triagem sorológica da mãe na maternidade²².

No que se refere aos testes treponêmico e não treponêmico a maioria foi reagente para o teste não treponêmico (83%) e treponêmico (50%) e os resultados foram desconhecidos para 10% dos não treponêmicos e 47% para os treponêmicos.

Nos exames sorológicos o *T. pallidum* no organismo humano estimula o desenvolvimento de dois tipos de anticorpos: as reaginas (anticorpos inespecíficos IgG e IgM), alvos dos testes não treponêmicos e anticorpos específicos contra o *T. pallidum*, para os quais foram desenvolvidos os testes treponêmicos. Os testes não treponêmicos são importantes para triagem em massa e acompanhamento do tratamento, já os treponêmicos são empregados para confirmação do diagnóstico positivo dos não treponêmicos especialmente na sífilis tardia, situação em que os testes não treponêmicos têm pouca sensibilidade. É importante ressaltar que a maioria (cerca de 85%) das pessoas tratadas com sucesso vão ser reativas neste teste (não treponêmico) por muitos anos ou até mesmo pelo resto da vida²².

O diagnóstico de sífilis durante a gravidez pode ser realizado através do teste não treponêmico de flocculação do tipo VDRL em vias de triagem. Caso o resultado seja positivo, a orientação é realizar o teste treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA) ou teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTA- Abs) para confirmar. Se o VDRL é reagente, e o teste treponêmico não reagente, trata-se de falso positivo, o que acontece em cerca de até 30% dos testes. Também é possível empregar teste rápido com tiras de imunocromatografia, treponêmico, um teste simples que pode ser feito no ambulatório empregando sangue total ou gotícula de sangue da ponta do dedo com resultado em até 20 minutos²¹.

O ideal é que os testes sejam feitos para confirmação de infecção treponêmica em toda gestante com teste não treponêmico positivo, uma vez que este é altamente específico. Ademais, a importância de realizar estes testes ainda que no momento do parto seja fundamental, pois em se tratando de resultados positivos a sífilis congênita deverá também ser pesquisada no recém-nascido e ambos, mãe e criança, serão acompanhados/tratados²¹.

Em relação ao tratamento prescrito para as gestantes, em um estudo foi questionado o tratamento eficiente da gestante com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal⁸. Eles verificaram que este controle é ainda falho e que mais de 90% das puérperas do estudo deles que foram diagnosticadas com sífilis já no parto passaram por tratamento pré-natal prévio. Corroborando com estes, foi observado que 55,1% das gestantes diagnosticadas com sífilis no período pré-natal receberam tratamento inadequado⁹.

Por sua vez, conforme ressaltam estudos, um entrave é a não realização do tratamento do parceiro sexual da gestante geralmente pela recusa do mesmo ou por se tratar de promiscuidade ou desconhecimento por parte da gestante sobre qual parceiro tratar. Tal fato destaca a fragilidade que ainda subsiste no sistema de saúde no que se refere à inclusão do homem nos serviços de saúde por diversas razões^{22, 23}.

O tratamento da sífilis deve ser iniciado imediatamente após confirmação do diagnóstico e deve-se respeitar uma tríade no controle e cura desta doença: identificar a fase clínica da mesma; estabelecer o protocolo de tratamento ideal para a respectiva fase da doença e efetuar exames periódicos após o tratamento para confirmar a cura da mesma^{22, 23}.

Nas gestantes o tratamento tem como droga de escolha a penicilina, uma vez que esta é capaz de atravessar a barreira transplacentária, sendo o mesmo tratamento de escolha para a sífilis adquirida, em consonância com a fase da doença, ou seja, sífilis primária, secundária ou, ainda, sífilis terciária ou latente tardia²⁴.

É fundamental ressaltar aos pacientes sobre os sinais de melhoria da sífilis mediante o tratamento. Estes costumam iniciar em cerca de 3 a 4 dias após o início do tratamento e são acompanhados por uma sensação de bem-estar, diminuição das ínguas e cicatrização das feridas, dentre outros. Além disso, é necessária orientação quanto à importância de cumprir o tratamento para que este elimine de fato o *T. pallidum*.

Enfim, a sífilis gestacional está correlacionada com as questões de vulnerabilidade social, mulheres jovens, de classe econômica baixa, com pouco estudo e que trabalham em casa são mais acometidas pelo vírus da sífilis. Logo o planejamento para prevenção desta IST, em especial na gestação, necessita de orientação educacional, da disponibilidade de TR nas unidades de saúde da família para todas as mulheres no período de pré-natal, e de um atendimento e assistência adequada por parte dos profissionais de saúde em tempo hábil, visando a prevenção e diagnóstico precoce, bem como a garantia do tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

1. Signor, M; Spagnolo, LML; Tomberg, JO et al. Distribuição espacial e caracterização de casos de Sífilis Congênita. **Rev. Enf. UFPE on line.**, 2018, 12 (2), p.398-406, Recife.
2. Reis, MPL *et al.* Sífilis na gestação e sua influência nas complicações materno-fetais. **Brazilian Journal of Health**. 2020, 3(6), p.19748-58. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22293/17822>. Acesso em: 12/03/2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, 2016, 47 (35), p. 4-29.
4. Polit, D F.; Beck, CT.; Hungler, B P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 163-197.
5. Gil, Antônio Carlos, 1946-. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.
6. Marconi, M A.; Lakatos, E M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.
7. Barros, AJP.; Lehfeld, NAS. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

8. Silva, GM.et al. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalencia, **Enfermeria Global**, 2020, 57 ,p.107-121. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/358351/275891>. Acesso em: 12/03/2021.
9. Andrade, ALMB. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil **Rev. Paul. Pediatr.**, 2018, 36 (3),p.376-381,Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822018000300376&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12/03/2021.
10. _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.84 p.
11. Osawa MI, et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2016, 29 (supl), p.85-92. Disponível em: [http://www .downloads/6409-22726-1-SM%20\(4\)](http://www .downloads/6409-22726-1-SM%20(4)). Acesso em: 24/04/2018.
12. Domingues, S R M.S.M.; Leal, M. C. Incidência de Sífilis congênita: dados do estudo 'Nascer' no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32,n.6, jun, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20/01/2018.
13. Lima, VC.; Mororó, RM.; Feijão, DM.; Frota, M V V.; Martins, M A.; Ribeiro, S M.; Linhares, M S C. Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. Espaço para a saúde- **Revista de Saúde Pública do Paraná**, 2016, 17 (2), p.118-125, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/25185>>. Acesso em: 18/12/2017.
14. Nonato, SM.; Melo, APS.; Guimarães, M DC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2015, 24 (4), p.681-694. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222015000400681&script=scabstract>> . Acesso em: 22/01/2018.
15. Marjorie, GH.; Fiori, HH.; Lago, EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, 20 (9), p.2867-2878. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000902867&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19/03/2018.
16. Costa, J S.; Vasconcelos, R S S.; Carvalho, H E F.; Julião, AMS.; Sá, MI M R.; Monte, N L. O conhecimento de gestantes com diagnósticos de sífilis sobre a doença. **Revista Interdisciplinar**, 2016, 9, (2), p. 79-89..Disponível em:<<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/881>>. Acesso em: 05/02/2018.
17. Chaves, J.; Bassani, DCH.; Ghignatti, B.; Derlan, C B.; Koepp, J.; Possuelo, L. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2014, 58 (3) ,p.187-192. Disponível em:<<http://www.amrigs.org.br/revista/58-03/003.pdf>>. Acesso em: 20/01/2018.
18. Soares, L G.; Zarpellon, B.; Baratirei, T.; Lentsck, MH.; Mazza, V A. Sífilis Gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**;Recife, 2017, 17 (4), p.791-799.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000400781&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em:13/02/2018.

19. Rodrigues, A R M.; Silva, M A M.; Cavalcante, A E S; Moreira, A C A; Netto, J J M.; Goyanna, N F. Atuação de Enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev. Enf. UFPE**, 2016, 10 (4), p.1247-55. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316716885_atuacao_de_enfermeiros_no_acompanhamento_da_sifilis_na_atencao_primaria_practice_of_nurses_in_the_monitoring_of_syphilis_in_primary_care_artigo_original>. Acesso:04/04/2018.

20. Domingues, RMSM; Leal, MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil, **Cad. Saúde Pública** 2016, 32 (6); p.01-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>. Acesso em: 12/03/2021.

21. Lopes, AKB. A sífilis congênita nos municípios de grande porte do Brasil. 2016. 50f. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22154>>. Acesso em: 18/12/2017.

22. Nonato, SM.; Melo, APS.; Guimarães, MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia. Serv. Saúde** 2015, 24(4), p. 681-694. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12/03/2021.

23. Guanabara, M A O.; Leite-Araújo, M A.; Matsue, R Y. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Rev. Salud Pública**, 2017, 19 (1), p.73-78. Disponível em:<<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00121.pdf>>. Acesso em: 15/01/2018.

24. Moreira, FAK; Oliveira, DM.; Alencar, L N.; Cavalcante, D F B.; Pinheiro, A S.; Orfão, N H. Perfil dos casos notificados de Sífilis Congênita. **Cogitare Enferm.**, 2017, 22 (2),. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949>>. Acesso em: 14/02/2018.