

CAPÍTULO 6

GESTANTES COM SÍFILIS: PERFIL DE UMA POPULAÇÃO INFECTADA E REFLEXÕES SOBRE SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Data de aceite: 01/11/2022

Data de submissão: 14/10/2022

Camilla Pontes Bezerra

Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/0240028136282226>

Silvana Mère Cesário Nóbrega

Faculdade Santa Emília de Rodat, Curso de Bacharelado em Enfermagem
João Pessoa-PB
<http://lattes.cnpq.br/9369052340628348>

Lícia Helena Farias Pinheiro

Universidade Federal da Paraíba, Curso de Bacharelado em Enfermagem
João Pessoa – PB
<http://lattes.cnpq.br/6546235790291089>

Lidianaria Rodrigues Moreira

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7315813125115980>

Leandro da Silva Ribeiro

Faculdade Uninassau, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1905550361985766>

Jessica de Lima Aquino Nogueira

Universidade de Fortaleza, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0474875952947236>

Emanuelle Rabelo Cordeiro

Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2735020127306963>

Ludmila Feitosa Arrais Martins

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1504229286426382>

Carlos Jerson Alencar Rodrigues

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6912265642344914>

Isabelle dos Santos de Lima

Faculdade Católica Rainha do Sertão, Curso de Bacharelado em Enfermagem
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7327055259803080>

Dyego Oliveira Venâncio

Centro Universitário Estácio do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4412304645624362>

Izabella Mota Alcântara

Centro Universitário Estácio do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5609182767534124>

Adriana Alves Vieira Sousa

Faculdade Princesa do Oeste
Fortaleza – Ceará

RESUMO: A sífilis é uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e adquirida através do contato sexual. A sífilis pode trazer graves consequências para mãe e conceito se não tratada, por isso a importância da realização do tratamento adequado. Objetivou-se analisar o perfil de vinte e um casos de sífilis em gestantes, de Fortaleza, Ceará, ocorridos no período de 2014 a 2016. Trata-se de uma pesquisa documental, do tipo exploratório-descritiva. Os dados foram coletados a partir dos prontuários do Centro de Saúde Escola Meireles (SESA). Para conhecer a tendência da doença no município, primeiramente se resgatou a incidência de sífilis em Fortaleza de 2013 a 2015. Posteriormente os dados foram estratificados em variáveis e apresentados na forma de gráficos e tabelas. Das vinte e uma gestantes, dez eram solteiras, dezenove eram usuárias de álcool e/ou outras drogas. Em relação ao número de parceiros, sete tiveram de dois a cinco parceiros em doze meses, contribuindo para a infecção da doença. Referente ao tratamento, dezesseis realizaram tratamento adequado e doze gestantes tiveram sífilis associadas a outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Conclui-se que as gestantes com sífilis possuem baixo nível social e comportamento de risco que as coloca em vulnerabilidade para contrair DSTs. Vale ressaltar a necessidade da melhoria nas informações registradas nos prontuários das gestantes a fim de contribuir para futuras pesquisas e medidas de prevenção da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis. Vigilância em saúde. Pré-natal.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que atinge homens e mulheres, de qualquer faixa etária, havendo também transmissão da mãe para o bebê na gestação, chamada sífilis congênita, totalmente evitável através do uso de preservativo, e é considerada a segunda doença mais grave depois do HIV (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (SILVA; SANTOS, 2004).

A sífilis congênita é uma infecção que atinge o feto durante a gestação, onde a bactéria *Treponema Pallidum* é repassada através da placenta, podendo provocar aborto ou mesmo malformações como surdez, cegueira como também motoras.

A doença pode ser evitada desde que a mulher infectada seja rapidamente tratada antes mesmo do parto. Para isso, o Ministério da Saúde preconiza o rastreamento da doença no pré-natal, realizando o teste rápido como também o exame de sangue, Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) no primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2007a).

Quando a sífilis é diagnosticada em uma gestante, o tratamento deve ser iniciado rapidamente e os parceiros precisam ser tratados, principalmente para evitar uma possível reinfecção da gestante.

A sífilis está relacionada a desfechos desfavoráveis para a mulher e seu filho, a exemplo de aborto, natimortalidade, neomortalidade, entre outros, em mais de 50% dos casos. Também pode estar associada a resultados adversos após o parto, como óbito fetal, perinatal ou neonatal, recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso (RODRIGUES, 2005).

No Brasil, a incidência da sífilis congênita passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 em 2005. Entre os casos notificados em 2005, 78% das mães realizaram pré-natal. Destas, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e apenas 13,3% tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2007b).

No Ceará, segundo dados da Secretária da Saúde do Estado, de 1998 a 2007 foram notificados e investigados 1.699 casos da doença em menores de 1 ano de idade. Só no ano de 411 casos de sífilis, congênita, com uma taxa de incidência de 3,2/1000 nascidos vivos (PAZ *et al.*, 2005).

Atentando-se para os números revelados, pôde-se perceber que o enfoque no pré-natal está deficiente, quer seja pela importância que o profissional da saúde passe para a gestante, ou até mesmo dos próprios gestores da saúde, que não dão a atenção necessária para este problema de saúde pública, que nitidamente passa tão despercebido comprovado pelos indicadores já realizados.

Podemos assim dizer que esses números são preocupantes e reforça a necessidade tanto da melhoria da qualidade do pré-natal quanto de novas pesquisas voltadas para a prevenção desta doença.

A apuração e avaliação do enfrentamento destas gestantes diante um resultado positivo de Sífilis, pode colaborar com a elaboração de novas pesquisas e medidas que contribuam com uma melhor percepção da maternidade por parte dessas mulheres, visando assim, a manutenção de uma gestação tranquila e saudável, como também, a relação favorável entre mãe e filho.

2 | OBJETIVO

Traçar o perfil das gestantes com sífilis atendidas em um Centro de Referência de Fortaleza.

3 | METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo documental, do tipo exploratório – descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada. Esse tipo de pesquisa visa, assim, selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, buscando extrair dela algum sentido e introduzir-lhe algum valor, podendo, desse modo, contribuir com a comunidade científica a fim de que outros possam voltar a desempenhar futuramente o mesmo papel (SILVA; GRIGOLO, 2002).

Quando o pesquisador utiliza o estudo descritivo, pretende expor as características de determinada população a partir do uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Frequentemente as pesquisas descritivas, em conjunto com as exploratórias, são realizadas pelos pesquisadores preocupados com a atuação prática (GIL, 2006).

O estudo foi realizado em Fortaleza, Ceará, no Centro de Saúde Escola Meireles (SESA), unidade de referência em atendimento de pré-natal e detecção de DSTs, entre outros serviços. A população foi constituída pelos casos de sífilis em gestantes ocorridos no município, coletados no período dos meses de Abril e Maio de 2016, totalizando vinte e uma gestantes com sífilis.

No caso deste estudo, a pesquisa bibliográfica foi composta por toda a literatura relacionada ao tema de estudo, indexada nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library OnLine (SciELO), como também pelos cadernos do Ministério da Saúde e boletins epidemiológicos relacionados ao tema.

Quanto à amostra, os artigos foram selecionados a partir de variável de interesse, totalizando nove artigos, sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos para este estudo.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados, no qual era composto por um questionário com dados gerais da paciente, seu perfil socioeconômico e obstétrico.

Foi realizado um contato prévio com a Coordenação de Enfermagem da Unidade, onde foram entregues um ofício e a cópia do projeto de pesquisa solicitando a permissão para a realização da coleta de dados, e após autorização, o presente estudo foi desenvolvido.

Segundo Barbosa (2008), os registros institucionais (ou análise documental) são as primeiras fontes de informação a serem consideradas, é a existência de registros na própria organização, sob formas de documentos, fichas, relatórios ou arquivos em computador. Além disto, esta informação é estável, e não depende de uma forma específica para ser coletada.

Os dados socioeconômicos referentes às gestantes foram estratificados segundo as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade, uso de drogas, número de parceiros e antecedentes relacionados à doença. Quanto aos dados obstétricos: realização do tratamento da doença e aos números de gestações, partos e abortos (GPA).

As informações foram organizadas e apresentadas na forma de gráficos e tabelas, e discutidas posteriormente a luz da literatura.

Segundo Gil (2008), a transcrição é uma fase que requer muito cuidado. Todo e qualquer detalhe do registro é importante, se captado e transcrito com clareza pelo pesquisador. O estudo levará em consideração os preceitos da Resolução nº 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), responsável por aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Manteremos a privacidade de cada participante, criando um codinome, para cada, garantindo assim a proteção da imagem e identidade destas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo optou-se por, inicialmente, apresentar a incidência de sífilis em gestantes de Fortaleza, Ceará, entre 2013 e 2015 e, em seguida, expor os resultados da análise dos prontuários das vinte e uma mulheres com sífilis diagnosticadas no período de 2014 a 2016 até o mês de Maio de 2016.

O Gráfico 1 ilustra a incidência de sífilis em gestantes de Fortaleza, no período de 2013 a 2015, onde podemos observar que em 2013 houve uma incidência de cento e quarenta casos, havendo redução no ano de 2014 totalizando cento e trinta e oito casos e em 2015 o aumento abrupto de cento e cinquenta e um casos que pode significar que apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente. O aumento gradual na notificação de casos na rede de atenção pré-natal nos últimos anos deveu-se provavelmente ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou o aumento na cobertura de testagem das gestantes e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2012).

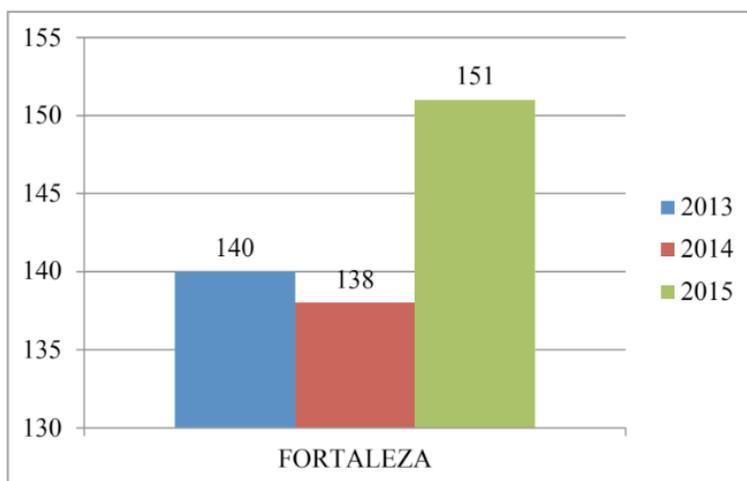


Gráfico 1 – Incidência de sífilis em gestantes de Fortaleza, no período de 2013 a 2015

Fonte: SMS Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/SINANNET.

A sífilis em gestante é uma doença de notificação compulsória desde 2005. A notificação e vigilância desse agravo é imprescindível para o monitoramento da transmissão vertical, conforme o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis lançado em 2007. Para fins de vigilância epidemiológica, será considerado caso de sífilis em gestantes e assim deverá ser notificado: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2009).

O agente etiológico é o *T. Pallidum*, uma espiroqueta de alta patogenicidade. Não é cultivável, mas a inoculação em cobaia permite seu isolamento e confirmação laboratorial (CEARÁ, 2017).

	Variáveis	Frequência
Faixa etária	15 -19 anos	5
	20 - 40 anos	16
Estado civil	Solteira	10
	Casada	6
	União estável	5
Escolaridade	E. F. Completo	8
	E. M. Completo	5
	E. S. Incompleto	1
	Ignorado	7
Uso de drogas	Maconha	4
	Cocaína	4
	Álcool e tabaco	8
	Crack	3
	Nenhum	2

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das gestantes com sífilis de 2014 a 2016 do Centro de Saúde Escola Meireles com dados em 21 prontuários

Fonte: SESA.

A Tabela 1 apresenta a distribuição socioeconômica das gestantes com sífilis. Quanto à distribuição por faixa etária, observou-se um predomínio de mulheres de 20 a 40 anos e, apesar de a adolescência ser um fator de risco para sífilis, dentre as mães com a infecção, apenas uma era adolescente. Das vinte e uma gestantes, dez eram solteiras, ou seja, não tinham companheiro, o que naturalmente, dificultou a identificação do parceiro por parte da equipe de saúde para garantir que ele também fosse tratado. Em relação à escolaridade, oito concluíram o ensino fundamental e não mais estudaram, apenas cinco concluíram o ensino médio, uma não finalizou o ensino superior e as sete restantes a escolaridade não foi informada.

Analisando-se os registros dos prontuários, conclui-se que oito gestantes eram tabagistas e utilizava álcool, quatro utilizavam cocaína inalada associada ao álcool, quatro usavam maconha ainda no começo da gravidez, três utilizavam crack e duas não usavam nenhum tipo de droga. O consumo de álcool associado a outras drogas podem diminuir a capacidade de percepção do indivíduo levando a prática de relações sexuais desprotegidas, com parceiros de maior risco favorecendo a transmissão da sífilis e outras DSTs.

A constatação feita pelo autor diz que há associação entre o baixo nível socioeconômico com a baixa escolaridade, como também, relacionada à falta de

conhecimentos sobre as DSTs e a importância dos cuidados no pré-natal (ARAÚJO *et al.*, 2006).

A partir do perfil social encontrado na população em estudo, pode-se deduzir que a maioria das gestantes são fortemente vulneráveis a contraírem DSTs.

Os estudos sugerem novas formas de comunicação na educação em saúde da mulher, recém-nascido e família. As enfermeiras precisam estar à disposição da clientela, adequar-se aos valores culturais dela para compreender suas reais necessidades, afastando-se do modelo biomédico, enfatizando a abordagem humanística e holística nas intervenções de enfermagem e promovendo políticas públicas mais abrangentes (SILVA; SANTOS, 2004).

Gestante/Ano	G	P	A	Não informado
Azaléia/2014	4	3	0	
Bromélia/2014	3	2	0	
Camélia/2014	3	2	1	
Cravina/2014	1	0	0	
Cravo/2014	1	0	0	
Dália/2014	1	0	0	
Erva Doce/2014	1	0	0	
Flor de Lótus/2014				X
Frésia/2014				X
Gardênia/2014	2	1	0	
Girassol/2015	5	4	0	
Hibisco/2015	1	0	0	
Hortênciã/2015	5	4	0	
Íris/2015	1	0	0	
Jasmin/2015	1	0	0	
Lavanda/2015	7	6	0	
Lírio/2015	2	1	0	
Margarida/2015				X
Mimosa/2015	2	1	0	
Orquídea/2016				X
Tulipa/2016	1	0	0	

Tabela 2 – Distribuição das gestantes portadoras de Sífilis de acordo com os antecedentes obstétricos

Fonte: SESA.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das gestantes portadoras de Sífilis em relação aos antecedentes obstétricos.

Analisando-se os registros dos prontuários, concluiu-se que em 2014 foram diagnosticados dez casos de Sífilis em gestantes no pré-natal, destas, quatro apresentaram

mais de duas gestações e partos, outras quatro gestantes encontravam-se em sua primeira gestação, apenas uma gestante teve aborto e as outras duas não informavam seus antecedentes obstétricos no prontuário.

Em 2015, das nove gestantes confirmadas com Sífilis, três apresentavam mais de quatro gestações, três partos e nenhum aborto. Outras três gestantes encontravam-se em sua segunda gestação e um parto, já outras duas estavam na 1º gestação e apenas uma não havia informação no prontuário.

Já no começo de 2016, foram detectadas duas gestantes com o diagnóstico de sífilis, onde uma apresentava-se na 1º gestação e a outra não apresentava informação quanto aos antecedentes obstétricos.

Percebe-se assim, que na análise de 2014 a 2016, mais da metade das gestantes com o diagnóstico de Sífilis, detectado no pré-natal, nos antecedentes obstétricos apresentavam mais de três gestações, partos e abortos, onde uma dessas gestantes já apresentava a sétima gestação. Visto que são pacientes donas de casa, que residem em locais precários, onde a grande maioria são usuárias de drogas, como visto nas tabelas já descritas, muitas vezes pela falta de informação e a dificuldade de acesso à rede pública de saúde, acaba que não fazendo um acompanhamento e desconhecendo as técnicas de planejamento familiar, de controle de doenças, tornando-se vulneráveis as várias gestações e até mesmo a contrair doenças, dificultando o tratamento, o controle, podendo haver transmissão para o concepto.

Gestante/Ano	Nº de parceiros	Não informado
Azaléia/2014	2	
Bromélia/2014	1	
Camélia/2014	1	
Cravina/2014	1	
Cravo/2014	1	
Dália/2014	1	
Erva Doce/2014	2	
Flor De Lótus/2014	1	
Frésia/2014	1	
Gardênia/2014	1	
Girassol/2015	2	
Hibisco/2015	1	
Hortência/2015	5	
Íris/2015	3	
Jasmin/2015		X
Lavanda/2015	1	
Lírio/2015	5	

Margarida/2015		X
Mimosa/2015	3	
Orquídea/2016	1	
Tulipa/2016	1	

Tabela 3 – Distribuição das gestantes portadoras de sífilis em relação ao número de parceiros em 12 meses

Fonte: SESA.

Na Tabela 3, temos a demonstração da distribuição das gestantes com sífilis em relação ao número de parceiros em 12 meses.

No momento da realização dos testes rápidos as gestantes são indagadas sobre algumas questões socioeconômicas e principalmente sobre o número de parceiros em um período de 12 meses, algumas gestantes são bem sinceras, já outras preferem não falar sobre o assunto, muitas vezes por vergonha, por medo de serem julgadas ou até mesmo medo do parceiro atual descobrir fatos do passado, mas elas são asseguradas do sigilo de todas as respostas.

Ao analisarmos a Tabela 3, percebemos que em 2014, das dez gestantes com o diagnóstico de sífilis, apenas duas tiveram dois parceiros em 12 meses. Já em 2015 houve um aumento na qual das nove gestantes com o diagnóstico, duas apresentaram cinco parceiros, outras três tiveram mais de dois parceiros, duas gestantes se relacionaram com apenas um parceiro e duas não informaram a quantidade. Em 2016, as duas gestantes com o diagnóstico, apresentaram apenas um parceiro em 12 meses.

A quantidade de parceiros de uma gestante com sífilis em 12 meses é um fator de grande relevância para o controle de algumas doenças, principalmente as DSTs, como a Sífilis, doença transmitida pela prática do sexo desprotegido, ação evidenciada em moradores de rua, usuários de drogas, nos relacionamentos em que um dos parceiros não aceita o uso dos métodos de proteção, outra questão é o uso incorreto destes métodos, ligados à falta de informação e interesse das pessoas em buscar pelo conhecimento.

É sabido que a sífilis é uma doença sexualmente transmissível e, portanto, necessita para sua prevenção o sexo seguro com métodos de barreira (SPARLING; HICKS, 2012).

A proteção indevida durante o sexo é bem evidenciada em moradores de rua, usuários de drogas, nos relacionamentos em que um dos parceiros não aceita o uso dos métodos de proteção, outra questão é o uso incorreto desses métodos, ligados à falta de informação e interesse das pessoas em buscar conhecimento.

Um fator bem evidente foi o que ocorreu entre 2014 e 2015 um aumento em relação à quantidade de parceiros por gestante, o mesmo que observado nos antecedentes obstétricos, justamente no ano de 2015 as gestantes múltiparas apresentaram mais parceiros em 12 meses. Concluímos assim que as pessoas mais vulneráveis são principalmente as múltiparas, que são mulheres muitas vezes usuárias de drogas, vivendo

em condições precárias e que se relacionam com vários homens em um curto período de tempo, contraindo e transmitindo doenças, sem o devido tratamento e controle, ligado a falta de conhecimento sobre as DSTs, suas consequências e agravos. A promiscuidade contribui diretamente na infecção de Sífilis e outras doenças.

O parceiro, muitas vezes não recebe o tratamento correto por vários fatores, um deles é a dificuldade do homem em procurar o serviço de saúde para se detectar as doenças e realizar o tratamento, que também pode estar relacionado com a vergonha e o medo.

Outro fator importante descrito pelo autor, quando fala que uma justificativa para essa deficiência na procura da Unidade Básica de Saúde (UBS) pelos homens pode estar relacionada ao fato destas não disponibilizarem programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina e organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária (SPARLING; HICKS, 2012).

Diante de um quadro de Sífilis na gestação é importante que seja realizado o teste rápido e tratamento tanto da gestante, quanto do parceiro, evitando o agravo das doenças, nas gestantes evitem que a sífilis seja transmitida para o feto. Deve ser incentivada a população a buscar um acompanhamento nas unidades de atenção básica, apresentando a importância do planejamento familiar, da proteção na hora da prática sexual, controlando assim a transmissão de algumas doenças.

A constatação da elevada prevalência de gestantes infectadas, o não tratamento adequado das pacientes e dos parceiros, apesar do acompanhamento pré-natal, refletem a necessidade de rever ou reformular a assistência prestada a essas mulheres, enfatizando o seu aspecto qualitativo, a fim de se minimizar a transmissão vertical da sífilis (FIGUEIRÓ-FILHO, 2007).

Variáveis	Frequência
<i>Tabela Não Treponêmico (VDRL)</i>	
Realizado	16
Não Realizado/Não Se Tem Conhecimento	5
<i>Tratamento</i>	
Realizado	16
Não Realizado/Não Se Tem Conhecimento	5

Tabela 4 – Distribuição dos casos de sífilis, de acordo com exames relacionados à infecção e tratamento. (Fortaleza, Ceará, no período de 2014 a 2016)

Fonte: SESA.

A Tabela 4 demonstra os casos de sífilis especificados por tratamento e realização de exames relacionados à infecção. As dezesseis gestantes citadas no estudo realizaram tratamento com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI durante o pré-natal, evidenciando

eficácia no tratamento devido à orientação adequada dada a essas mulheres na gestação pelos profissionais de saúde. Analisando os dados nos prontuários observou-se que cinco não iniciaram o tratamento nem se tem conhecimento da realização do exame das taxas da evolução da doença (VDRL).

De acordo com o Ministério da Saúde, com a instituição do tratamento há queda progressiva dos títulos no VDRL, tendo à negatificação, podendo, porém manter-se reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção (“memória imunológica”) (BRASIL, 2006).

Foram encontradas várias dificuldades na análise dos prontuários como, por exemplo, informações incompletas, falta de registro quanto às consultas de pré-natal das gestantes, documentos não preenchidos sobre a quantidade de doses do tratamento das gestantes, indicando obstáculos para a interpretação de dados. Devido à falta de dados registrados em prontuário não se pôde identificar a fase clínica da doença nas gestantes. Foram identificadas dificuldades também quanto à identificação dos parceiros e sua adesão ao tratamento, e isso pode se dever a várias razões, como horário de trabalho não compatível com o funcionamento dos serviços de saúde, desconhecimento sobre a doença e as consequências para o conceito, não acreditar ser portador de DST, o desconhecimento dos parceiros por parte das gestantes, entre outras.

Acredita-se que o esclarecimento às gestantes sobre a gravidade da doença tem suma importância quanto ao conhecimento sobre o modo de transmissão, a prevenção, o tratamento, as consequências da doença para o conceito, ressaltando a necessidade do tratamento concomitante do parceiro, é estratégia fundamental para que a gestante desenvolva interesse em participar da construção dos cuidados de saúde para si e para o feto, ainda que indiretamente, de modo que se torne uma aliada no próprio tratamento, evitando, assim, a transmissão vertical da infecção (MESQUITA *et al.*, 2012).

	Sífilis	Sífilis associada a outras DSTs	Outras DSTs	Sem DSTs
2014	2	1	-	7
2015	6	2	-	1
2016	1	-	-	1

Tabela 5 – Casos de doenças antecedentes a gestação atual

Fonte: SESA.

Na Tabela 5, observa-se os antecedentes relacionados às DSTs nas gestantes nos anos de 2014 a 2016. No ano de 2014, na gestação anterior, das dez gestantes com sífilis, duas tiveram só sífilis e uma teve sífilis associada a outra doença sexualmente transmissível, outras sete não tiveram DSTs. Porém, em 2015, houve um aumento contabilizando seis gestantes infectadas pela sífilis, duas tiveram sífilis associada a outras

DSTs e uma não teve DSTs, e em 2016, apenas uma teve só sífilis e outra não teve DSTs. Podemos observar que das vinte e uma mulheres somente nove não tiveram DSTs na gestação anterior. Os números nos mostra que a maioria das pacientes se reinfectaram na gestação atual, e essa recontaminação se deve principalmente à falta de conhecimento das mesmas sobre as DSTs e seus agravos, a promiscuidade de parceiros, entre outros fatores. A explicação possível para o aumento da infecção no ano de 2015 se deve principalmente à alta cobertura da testagem de gestantes, a realização de pré-natal, como também a orientação dos profissionais de saúde a essas gestantes.

A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta do comparecimento às consultas, pode explicar diversos casos de sífilis congênita em bebês. O pré-natal inadequado impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce (ARAÚJO *et al.*, 2006).

É importante ressaltar a importância das consultas de pré-natal para o esclarecimento das DSTs, a transmissão, a prevenção e o tratamento, visando a saúde da mulher e do conceito.

A assistência pré-natal é fundamental à saúde materno-infantil. Nesse período, devem ser desenvolvidas atividades relacionadas à promoção de saúde e identificação de riscos para a gestante e o conceito, permitindo assim a prevenção de inúmeras complicações, além de reduzir ou eliminar fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde (PUCCINI *et al.*, 2003).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, pode-se concluir ser de fundamental importância a análise minuciosa dos casos de sífilis, bem como os fatores envolvidos nesse processo, para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.

Pode-se observar alta incidência no ano de 2015 com cento e cinquenta e um casos de gestantes com sífilis, representando alta eficácia do rastreio da doença no pré-natal contribuindo para o diagnóstico precoce. Observou-se também o perfil socioeconômico dessas mulheres evidenciando que a maioria das gestantes estudadas eram solteiras, não haviam finalizado o ensino fundamental, eram usuárias de álcool e/ou outras drogas, fatores que favorecem a transmissão de sífilis e outras DSTs.

Pelos antecedentes obstétricos, percebeu-se que mais da metade dessas gestantes apresentaram mais de três gestações, partos e abortos, evidenciando a falta de conhecimento sobre o planejamento familiar, o controle de doenças, tornando-as vulnerável a novas gestações indesejadas ou até mesmo a contrair doenças.

O estudo evidenciou também que as múltiparas, mulheres que já tiveram vários filhos, são as mais susceptíveis a novas gestações inesperadas pela falta de conhecimento sobre a prevenção da gestação e sobre os métodos contraceptivos.

Outro fator importante observado no estudo foi a promiscuidade das mulheres, onde a maioria delas apresentavam de dois a cinco parceiros em doze meses, facilitando a transmissão de sífilis e outras DSTs. Por outro lado o estudo evidenciou que dezesseis mulheres fizeram o tratamento adequado, representando a eficácia na cobertura das testagens da sífilis facilitando a rápida recuperação dessas gestantes e prevenindo a sífilis congênita. Ao analisar os antecedentes de doenças das gestantes, percebeu-se que a maioria das mulheres tiveram DSTs nas gestações anteriores constatando a reinfecção dessas mulheres, apenas nove não tiveram DSTs em gestações anteriores, evidenciando a necessidade de orientar e acompanhar essas gestantes favorecendo a realização do tratamento adequado e a prevenção de uma nova infecção.

Conclui-se que as gestantes que adquiriram sífilis possuem um baixo nível social e comportamento de risco que as coloca em vulnerabilidade para contrair DSTs. Constatou-se também que houve deficiências na assistência a saúde, por falta de informação, registros nos prontuários, contribuindo para a incidência dos casos.

A constatação da elevada prevalência de gestantes infectadas refletem a necessidade de novos estudos e pesquisas para elaboração de medidas que favoreçam a reformulação da assistência prestada a essas mulheres, a fim de se reduzir a transmissão da doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 1, jan./mar. 2006.

BARBOSA, E. F. **Metodologia da pesquisa**: instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais. [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS E DST**: ano IV, n. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/81/boletim_epidemiologico_aids_e_dst_-_2007.pdf?file=1&type=node&id=81&force=1. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

CEARÁ. Secretaria Municipal de Fortaleza. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014- 2017**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20142017/Plano-Municipal-de-Saude- de-Fortaleza-2014-2017---FINAL---site-SMS.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 12 abr. 2020.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no Município de Campo Grande-MS. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 19, n. (3- 4), 139-143, 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2006.

MESQUITA, K. O. *et al.* Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012. Disponível em: <http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/02/r24-1-2012-7-Analise-dos-Casos-de-Sifilis-Congenita.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

PAZ, L. C. *et al.* Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 58, n. 4, p. 486- 487, jul./ago. 2005.

PUCCINI, R. F. *et al.* Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003, v. 19, n. 1, p. 35-45, jan./fev. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14903.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

RODRIGUES, C. S. **Sífilis na gestação e puerpério**: oportunidades estratégicas para sua prevenção e controle. Brasil, 2000. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

SILVA, L. R.; SANTOS, R. S. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 393- 401, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062010.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2020.

SILVA, M. B.; GRIGOLO, T. M. **Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II**. Caderno Pedagógico. Florianópolis: Udesc, 2002.

SPARLING, P. F.; HICKS, C. B. **Pathogenesis, clinical manifestations, and treatment of late syphilis**. Waltham, MA: Up to Date, 2012.