

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,  
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

**GLÁUCIA REGINA HOSKEN RIBEIRO**

**CONHECIMENTO DE GESTANTES DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE  
KENNEDY-ES SOBRE A SÍFILIS CONGÊNITA**

**SÃO MATEUS-ES  
2019**

GLÁUCIA REGINA HOSKEN RIBEIRO

CONHECIMENTO DE GESTANTES DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE  
KENNEDY-ES SOBRE A SÍFILIS CONGÊNITA

Dissertação apresentada à Faculdade  
Vale do Cricaré para obtenção do título de  
Mestre em Ciência, Tecnologia e  
Educação.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Rodrigues  
Silva

SÃO MATEUS-ES  
2019

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação  
Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação  
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

R484c

Ribeiro, Gláucia Regina Hosken.

Conhecimento de gestantes do município de Presidente Kennedy – ES sobre a sífilis congênita / Gláucia Regina Hosken Ribeiro – São Mateus - ES, 2019.

98 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2019.

Orientação: prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva.

1. Infecções sexualmente transmissíveis. 2. Sífilis. 3. Sífilis congênita. 4. Gestação. 5. Pré-natal. I. Silva, Daniel Rodrigues. II. Título.

CDD: 618.24

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

**GLAÚCIA REGINA HOSKEN RIBEIRO**

**CONHECIMENTO DE GESTANTES DO MUNICÍPIO DE  
PRESIDENTE KENNEDY – ES SOBRE A SÍFILIS CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovada em 16 de setembro de 2019.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



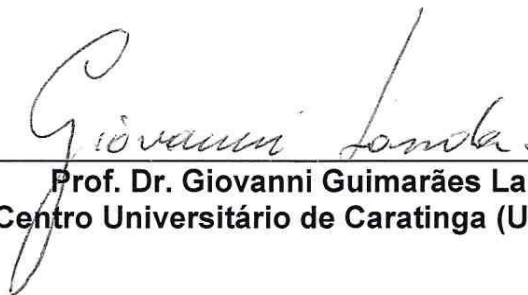
---

**Prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**  
**Orientador**



---

**Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes**  
**Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



---

**Prof. Dr. Giovanni Guimarães Landa**  
**Centro Universitário de Caratinga (UNEC)**

## RESUMO

RIBEIRO, Gláucia Regina Hosken. **Conhecimento de gestantes do Município de Presidente Kennedy-ES sobre a sífilis congênita**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2019.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, provocada por uma espiroqueta, a *Treponema pallidum*. Esta patologia caracteriza-se por lesões cutâneas temporárias, podendo apresentar-se também de forma assintomática. Sua transmissão ocorre por via sexual e caso se desenvolva na gravidez por via transplacentária, especialmente nos estágios primário e secundário da patologia, constituem uma ameaça ao feto, em decorrência do alto risco para o desenvolvimento da sífilis congênita. O conhecimento das IST e suas complicações e atitudes dos indivíduos em relação à saúde sexual são importantes no planejamento de estratégias preventivas e de tratamento. A maioria das pessoas pode estar ciente do HIV/AIDS por causa da conscientização criada pelos programas de mídia e governo; no entanto, o conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), além do HIV/AIDS é baixo, especialmente nas populações com menores condições socioeconômicas. Nesse contexto, este estudo se justifica diante do número crescente de gestantes com sífilis, bem como o grande aumento da transmissão vertical do vírus. Além do mais, diagnosticar o conhecimento deste público em relação à sífilis congênita poderá proporcionar melhorias nas políticas públicas voltadas para este grupo. Assim, o objetivo deste estudo é analisar o conhecimento de gestantes do município de Presidente Kennedy-ES sobre a sífilis congênita. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica qualiquantitativa do tipo exploratório descritiva, realizada através de levantamento amostral com gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde. A amostra do estudo foi composta por 50 gestantes, utilizando um questionário estruturado, elaborado especificamente para este estudo, composto por 27 questões fechadas. Os resultados demonstraram um pequeno número de mulheres soropositivas para sífilis, entretanto, apesar dos riscos que a doença acarreta para a mãe e para o bebê, ficou evidente um conhecimento deficitário e superficial sobre a doença, deixando clara a necessidade de uma assistência pré-natal que aborde as ISTs, haja vista muitas gestantes não buscarem informações. Assim, conclui-se que devem ser desenvolvidas ações educativas, que se utilizem de linguagem clara, haja vista a baixa escolaridade de muitas gestantes, e que tenham como alvo o início precoce do pré-natal, a realização de testes rápidos para sífilis e a testagem dos parceiros, esclarecendo a população sobre a doença e suas consequências.

**Palavras-chave:** Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis. Sífilis congênita. Gestação. Pré-Natal.

## ABSTRACT

RIBEIRO, Gláucia Regina Hosken. **Conhecimento de gestantes do Município de Presidente Kennedy-ES sobre a sífilis congênita.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2019.

Syphilis is a chronic systemic infectious disease caused by a spirochete, *Treponema pallidum*. This condition is characterized by temporary skin lesions and may also present asymptotically. Its transmission occurs sexually and if it develops during transplacental pregnancy, especially in the primary and secondary stages of the pathology, they pose a threat to the fetus because of the high risk for the development of congenital syphilis. Knowledge of STI and its complications and attitudes of individuals regarding sexual health are important in planning preventive and treatment strategies. Most people may be aware of HIV/AIDS because of the awareness created by the media and government programs; However, knowledge about sexually transmitted infections (STI) in addition to HIV/AIDS is low, especially in populations with lower socioeconomic conditions. In this context, this study is justified in view of the growing number of pregnant women with syphilis, as well as the large increase in vertical transmission of the virus. Moreover, diagnosing the knowledge of this public regarding congenital syphilis may provide improvements in public policies aimed at this group. Thus, the aim of this study is to analyze the knowledge of pregnant women in the city of Presidente Kennedy-ES about congenital syphilis. This is a qualitative descriptive exploratory epidemiological research, conducted through a sample survey with pregnant women attended at the basic health units. The study sample consisted of 50 pregnant women, using a structured questionnaire designed specifically for this study, consisting of 27 closed questions. The results showed a small number of women who were seropositive for syphilis. However, despite the risks that the disease entails for the mother and the baby, a poor and superficial knowledge about the disease was evident, making clear the need for prenatal care that addresses STIs, as many pregnant women do not seek information. Thus, it is concluded that educational actions should be developed, using clear language, given the low educational level of many pregnant women, and aimed at early prenatal care, rapid syphilis testing and testing of peers, enlightening the population about the disease and its consequences.

**Keywords:** Sexually Transmitted Infections. Syphilis. Congenital syphilis. Gestation. Prenatally.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	ISTs mais comuns.....	09
Figura 2	A sífilis no Brasil.....	10
Figura 3	Desenho esquemático do <i>Treponema pallidum</i> .....	11
Figura 4	Sífilis em gestantes e sífilis congênitas no Brasil.....	12
Figura 5	Mudança da sigla DST para IST.....	18
Figura 6	Fases da doença.....	23
Figura 7	Sintomas da sífilis.....	24
Figura 8	Sinais e sintomas da sífilis.....	25
Figura 9	Sintomas da sífilis em suas quatro fases.....	26
Figura 10	Sensibilidade e especificidade do teste não treponêmico.....	28
Figura 11	Situações que podem gerar resultados falso-positivos nos testes não treponêmicos.....	28
Figura 12	Desempenho dos testes laboratoriais associados a cada fase da sífilis não tratada.....	29
Figura 13	Sífilis congênita.....	32
Figura 14	Sífilis congênita.....	34
Figura 15	Estratégias para o controle da Sífilis Congênita e suas complicações.....	35
Figura 16	Esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura.....	37
Figura 17	Abordagem de recém-nascidos frente à gestante com sífilis.....	38
Figura 18	Características da pesquisa exploratória e descritiva.....	44
Figura 19	Mapa do estado do Espírito Santo, com destaque para o município de Presidente Kennedy.....	46
Figura 20	Indicadores demográficos do município de Presidente Kennedy.	47
Figura 21	Idade.....	49
Figura 22	Escolaridade.....	50
Figura 23	Exercício de atividade remunerada.....	51
Figura 24	Participação da gestante na vida econômica familiar.....	52
Figura 25	Renda mensal familiar.....	52
Figura 26	Início do pré-natal.....	53

Figura 27	Orientação sobre a sífilis no pré-natal.....	54
Figura 28	Realização de teste rápido para sífilis na primeira consulta do pré-natal.....	55
Figura 29	Positividade no exame de sífilis.....	56
Figura 30	Conhecimento das complicações da sífilis para o bebê.....	57
Figura 31	Conhecimento sobre o risco de transmissão ao bebê.....	58
Figura 32	Relação da sífilis com morte do feto.....	58
Figura 33	Relação da sífilis com parto prematuro.....	59
Figura 34	Conhecimento da doença.....	60
Figura 35	Conhecimento sobre as complicações da sífilis não tratada.....	61
Figura 36	Procura informações sobre o assunto.....	61
Figura 37	Conhece alguém que tem ou teve sífilis.....	62
Figura 38	Conhecimento sobre forma de contágio.....	63
Figura 39	Participação em palestra de conscientização sobre a sífilis.....	64
Figura 40	Local de participação em palestra.....	65
Figura 41	Faltou na assistência ao pré-natal.....	66
Figura 42	Profissional que considera mais preparado para informar sobre a sífilis congênita.....	67



## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilovirus Humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGV	Linfogranuloma Venéreo
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RPR	<i>Rapid Plasm Reagin</i>
VDRL	<i>Veneral Diseases Research Laboratory</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1.1 PROBLEMA DA PESQUISA</b> .....	16
<b>1.2 JUSTIFICATIVA</b> .....	16
<b>1.3 OBJETIVOS</b> .....	16
1.3.1 Objetivo Geral .....	16
1.3.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
<b>2.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS</b> .....	18
<b>2.2 A SÍFILIS</b> .....	22
2.2.1 Sinais e sintomas .....	24
2.2.2 Diagnóstico .....	27
2.2.3 Tratamento .....	29
2.2.4 Prevenção .....	30
<b>2.3 CONSEQUÊNCIAS DA SÍFILIS GESTACIONAL À MÃE E AO NEONATO</b> .....	30
<b>2.4 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA A DETECÇÃO DA SÍFILIS E DEMAIS ISTs</b> .....	39
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	43
<b>3.1 DELINEAMENTO</b> .....	43
<b>3.2 LOCAL DO ESTUDO</b> .....	44
<b>3.3 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	47
<b>3.4 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	47
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	48
<b>4.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO</b> .....	67
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	71
<b>APÊNDICES</b> .....	79

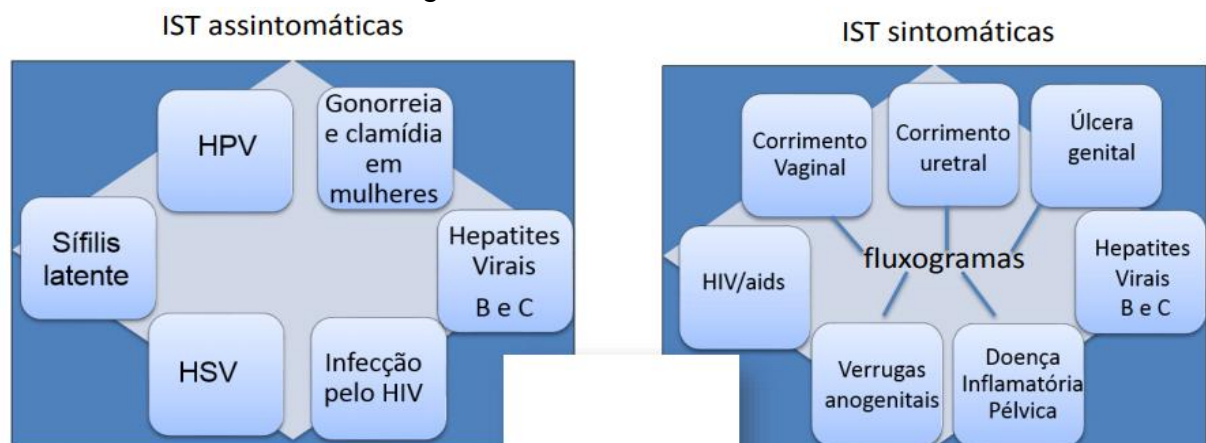
# 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento do embrião, período que se inicia com a fecundação e implantação do óvulo no útero e decorre até o nascimento. Durante a gestação, o organismo materno passa por diversas alterações fisiológicas para conseguir fornecer ao feto um ambiente propício para o seu desenvolvimento, além de preparação para o parto, porém, para que isso aconteça, é necessário que a gestante tenha inúmeros cuidados com a sua saúde, realizando exames pré-natais e comparecendo às consultas de acompanhamento da gestação, uma vez que trazem uma série de benefícios para a saúde da mãe e do concepto (SOEIRO et al., 2014).

Durante o período gestacional, a mulher pode ser surpreendida por algumas intercorrências ou patologias que podem acometê-la e que, caso não sejam detectadas e tratadas precocemente, podem gerar complicações irreversíveis tanto para a mãe como para o feto.

Dentre as doenças que devem ser monitoradas durante a gestação estão as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que podem ser sintomáticas e assintomáticas (Figura 1). De acordo com Machado Filho et al. (2010), a ocorrência de IST durante o período gestacional constitui um grande risco para a morbimortalidade materna e fetal, em decorrência da transmissão vertical da infecção, ou seja, passagem do agente causador da infecção da mãe para o filho durante a gestação, comprometendo, conseqüentemente, a saúde materna e fetal (QUIÑONES et al., 2014).

Figura 1 – ISTs mais comuns

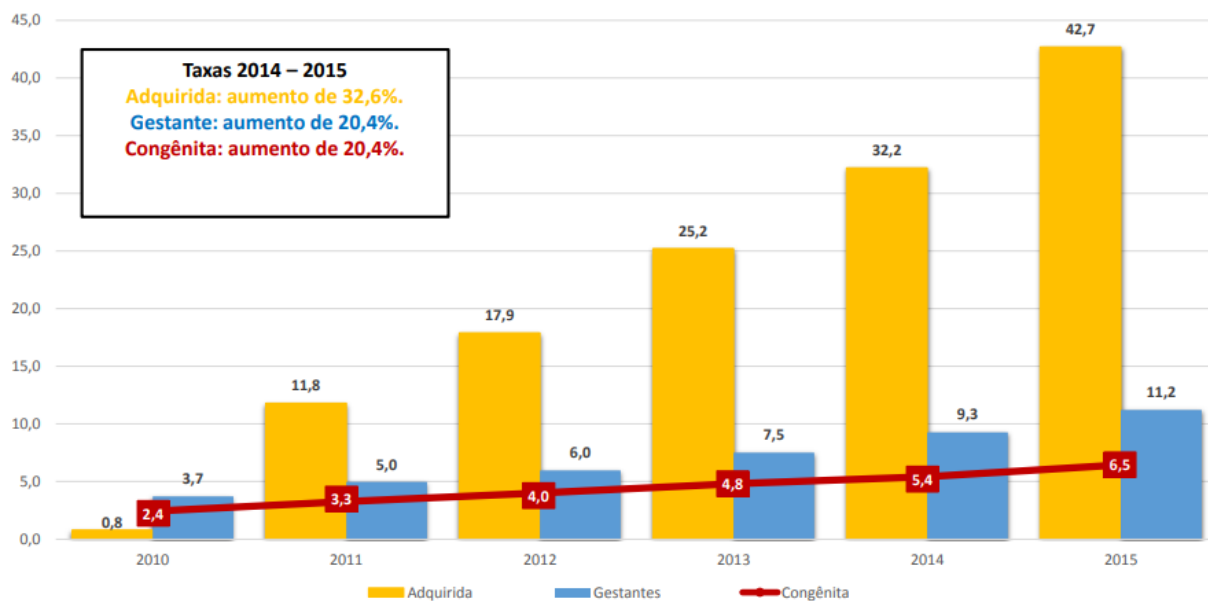


Fonte: BRASIL (2016)

Dentre essas ISTs está a sífilis, que é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, provocada por uma espiroqueta, a *Treponema pallidum*. Esta patologia caracteriza-se por lesões cutâneas temporárias, podendo apresentar-se também de forma assintomática. Sua transmissão ocorre por via sexual e caso se desenvolva na gravidez por via transplacentária, especialmente nos estágios primário e secundário da patologia, constituem uma ameaça ao feto, em decorrência do alto risco para o desenvolvimento da sífilis congênita (DOMINGUES et al., 2013).

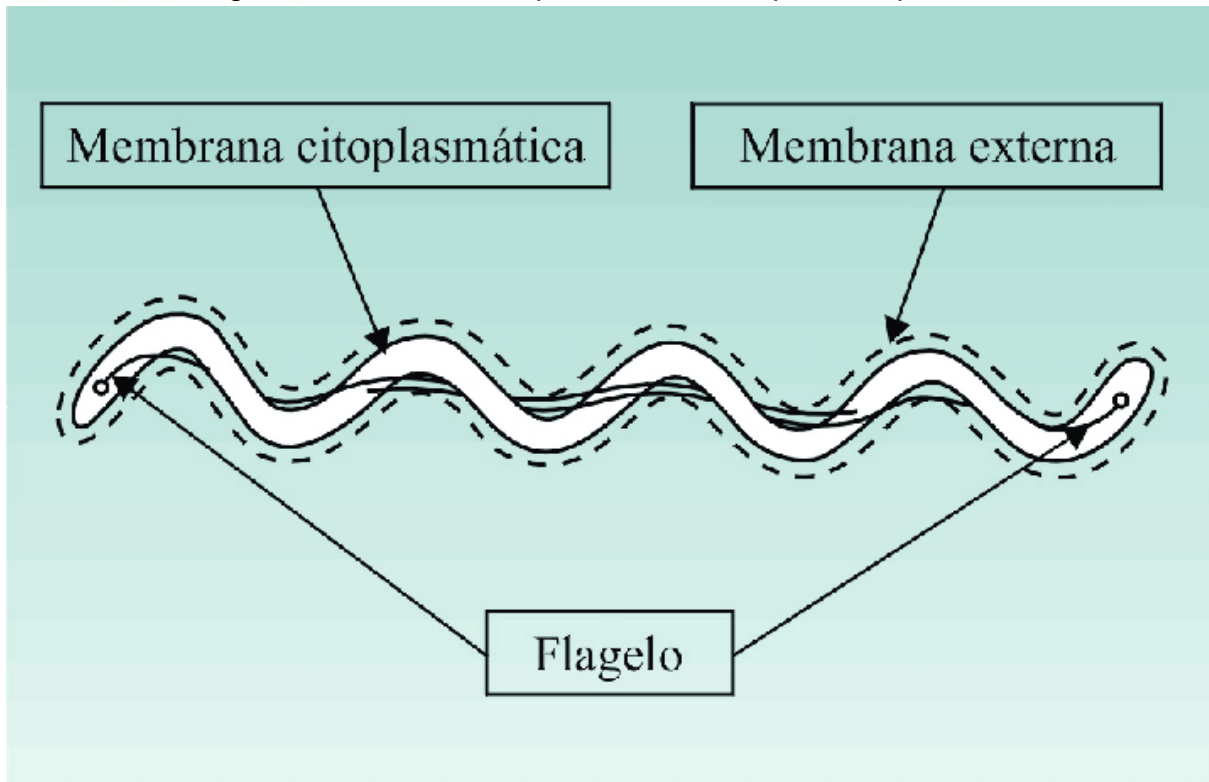
Os casos de sífilis têm apresentado um aumento considerável no país, como pode ser percebido na Figura 2, preocupando o sistema de saúde, devido aos problemas que podem causar na população.

Figura 2 – A sífilis no Brasil



Fonte: BRASIL (2016)

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum* (Figura 3), sendo considerada um grave problema de saúde pública. Seu diagnóstico é feito através de teste rápido (treponêmico), realizado nas unidades de saúde, ou laboratorial (treponêmico e não treponêmico). Quando surge durante a gestação, pode ocasionar abortamento espontâneo, prematuridade, morte neonatal ou fetal e danos à saúde da criança (NASCIMENTO et al., 2017).

Figura 3 – Desenho esquemático do *Treponema pallidum*

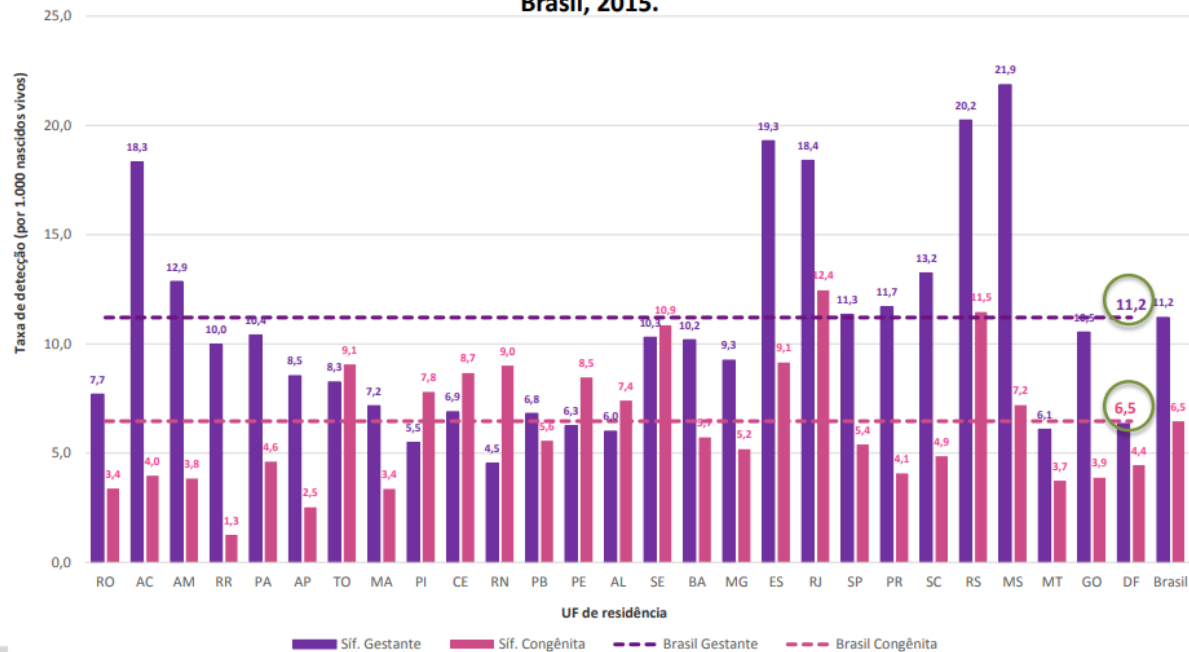
Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO (2006)

A sífilis na gravidez é considerada um grave problema de saúde pública devido aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal e dos agravos sociais e econômicos que são gerados, fatos ocorridos por não haver diagnóstico precoce e tratamento adequado (QUIÑONES et al., 2014).

Segundo Domingues et al. (2013), a doença na gestação tem incidência e prevalência maiores em mulheres que apresentam baixo acesso aos serviços de saúde, com início tardio do acompanhamento pré-natal, número insuficiente de consultas e com baixa condição socioeconômica, fatores que dificultam o diagnóstico, o tratamento da gestante e do parceiro, comprometendo a erradicação da Sífilis.

Apesar de ser facilmente diagnosticada e tratada, continua apresentando aumento dos casos, havendo uma estimativa de prevalência em gestantes no Brasil, entre 1,4% e 2,8%, apresentando taxa de transmissão vertical de 25%, com média de 900 mil casos anuais, apresentando constante crescimento, como se observa na Figura 4 (OLIVEIRA et al., 2017).

Figura 4 – Sífilis em gestantes e sífilis congênitas no Brasil  
Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano (por 1.000 nascidos vivos) segundo UF de residência.  
Brasil, 2015.



Fonte: BRASIL (2016)

O controle da sífilis congênita só se torna efetivo se a gestante receber uma assistência pré-natal qualificada, que incluem algumas medidas consideradas essenciais, como início precoce do pré-natal; realização de, no mínimo, seis consultas; realização do VDRL no primeiro trimestre e na 28ª semana de gestação e na maternidade; instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e parceiro; notificação dos casos de sífilis na gestação e congênita (BRASIL, 2012).

Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou no parto, deverá ser coletado sangue periférico do recém-nascido para realização do VDRL e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames de líquido, radiografias de ossos longos e hemograma (SILVA et al., 2015).

Vem sendo constatada nos últimos anos uma alta prevalência de gestantes infectadas, baixa efetividade no rastreamento e controle dos casos, falta de tratamento dos parceiros e não detecção da sífilis congênita, refletindo a necessidade de reformulação na assistência pré-natal, a fim de diminuir a transmissão vertical (BRASIL, 2015).

Os exames realizados no pré-natal são direito de todas as gestantes e um dever dos profissionais de saúde, sendo a sua não realização um significativo fator de sífilis congênita. Aliado ao número considerável de gestantes que não realizam o

VDRL, também são fatores que dificultam a prevenção da sífilis congênita o abandono ao pré-natal e a falta de triagem para sífilis (BRASIL, 2012).

Um dos grandes entraves no cuidado à gestante com sífilis é o tratamento do parceiro, considerado essencial para a cura eficaz da mulher, eliminando o risco de reinfecção, além de tratamento inadequado e ineficaz, pois este deve receber o mesmo cuidado realizado na gestante, mesmo se não apresentar manifestações clínicas, nos casos de sífilis primária. Na sífilis secundária e terciária, deve ser realizada avaliação clínica e laboratorial a fim de confirmar o diagnóstico antes do tratamento (SILVA et al., 2015).

Vale ressaltar que a gravidez coloca a mulher em um estado que requer cuidados diretos, mediante as modificações que esta acarreta ao seu organismo. Dessa maneira, a ausência de um acompanhamento pré-natal adequado pode resultar em situações de alto risco e a ocorrência de óbitos (KAWATTA, 2009).

A notificação compulsória da doença, que já era realizada desde 1986, passou a ser obrigatória na gestação a partir de 2005, por ser considerada como forte complicador para a saúde do conceito e como uma forma de monitorar a incidência e prevalência do número de casos de sífilis na gravidez, assim como reunir e organizar dados suficientes para facilitar o planejamento de intervenções que reduzam o número de casos ou as consequências produzidas pela patologia, em busca da erradicação da sífilis congênita (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o enfermeiro está entre os profissionais que desempenham um papel fundamental na saúde da mulher, intervindo sobre diversos aspectos da função e do movimento humano, mostrando a importância do acompanhamento da gestação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de distúrbios, durante e após a gravidez, informando sobre os serviços disponíveis, além de ser responsável por um conjunto de ações assistenciais, realiza as consultas de pré-natal das gestantes pertencentes às áreas que atua (MAGALHÃES et al., 2013).

Importante ressaltar que a consulta de pré-natal é uma excelente oportunidade para o profissional de saúde promover a educação em saúde com relação aos temas ligados ao ciclo reprodutivo, como o planejamento familiar, sexualidade, ISTs, amamentação, nutrição e higiene, parto e puerpério (SOEIRO et al., 2014).

Estudos indicam os cuidados de enfermagem como fundamentais na assistência às mulheres sobre diversos aspectos da função, como promover comprometimento com a saúde, articular a educação em saúde à sua prática cotidiana, contribuir para sua organização, promover a saúde de indivíduos, desenvolver ações de prevenção e proteção de saúde (SOEIRO et al., 2014).

Nesse sentido, o enfermeiro possui importante papel no diagnóstico e tratamento de gestantes com sífilis, por ser o profissional de saúde mais diretamente ligado à gestante no pré-natal e puerpério, realizando ações que promovam a saúde da mulher e as prepara para sua adaptação após o parto, além de garantir que mantenham a boa saúde durante a gestação. Para tanto, devem fazer o acompanhamento da gestante do início da gravidez até o puerpério, devendo avaliar, durante as consultas de enfermagem, a saúde da gestante, solicitando os exames necessários e orientando sobre os cuidados necessários para levar a termo uma gestação saudável (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Os profissionais de saúde não devem deixar à esposa a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento dos parceiros, devendo chamá-los ao serviço de saúde e esclarecê-los sobre o problema, evitando informações equivocadas e até o ocultamento deste diagnóstico pela gestante. Nesse contexto, a melhor abordagem é a direta, por enfermeiro que possua competência técnica para esta abordagem junto ao parceiro da gestante, em busca de sua adesão ao tratamento (FIGUEIREDO et al., 2015).

O enfermeiro precisa desenvolver capacidade técnica, competências e habilidades para acompanhar gestantes com VDRL reagente, adotando condutas atualizadas, adequadas a cada caso, durante a consulta de enfermagem (SUTO et al., 2016).

Cabe a este profissional desenvolver atividades que promovam a saúde e identifiquem os riscos para a gestante e o feto, prevenindo possíveis complicações e reduzindo ou eliminando os fatores e comportamentos de risco, pois no Brasil, apesar do alto percentual de cobertura pré-natal, o controle de diversos agravos à saúde e o coeficiente de mortalidade e morbidade não apresentam redução significativa, como no caso da sífilis na gestação e sífilis congênita (CAMPOS et AL., 2016).

Além da importância do cuidado à gestante com sífilis, o enfermeiro também deve ter em mente a redução da sífilis congênita, sendo essencial que anote



corretamente todas as informações necessárias no cartão da gestante (BRASIL, 2012).

Também é de suma importância que, ao constatar a sífilis na gestação, o enfermeiro faça a notificação, investigação e tratamento com a penicilina, bem como o acompanhamento sorológico, a fim de prevenir a transmissão vertical. Nesse contexto, a falta de capacitação do enfermeiro na atenção pré-natal, através de aconselhamento e tratamento, é essencial, podendo interferir negativa ou positivamente na qualidade da assistência prestada a gestante com diagnóstico de sífilis (DOMINGUES et al., 2013).

Estudo analisando os fatores associados à notificação da sífilis congênita constatou que muitas vezes ocorre tratamento inadequado nos casos notificados, sendo realizado com outro medicamento que não seja a penicilina, incompatível com a fase da doença, incompleto, realizado no período de 30 dias antes do parto, quando o parceiro não foi tratado, quando não apresentou redução dos valores da sorologia ou sem documentação comprobatória. Muitos desses déficits também se devem a questões socioeconômicas e culturais, que levam os usuários a aceitar ou permanecer no tratamento (FRANÇA et al., 2015).

Assim, é consenso na literatura a importância de ações educativas que estimulem a adoção de práticas de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. As mulheres devem receber orientações adequadas quanto a prevenção e, em caso da doença, sobre o tratamento, cabendo ao enfermeiro estar bem embasado para tratar dessas questões, conduzindo os cuidados prestados à gestante diagnosticada com sífilis (DOMINGUES et al., 2013).

Diante dessa realidade e partindo dos pressupostos de que a sífilis congênita está relacionada com a qualidade da assistência pré-natal e da existência da interação ativa entre a gestante e o profissional, de modo que ambos troquem saberes e informações visando a promoção do autocuidado, são grandes os desafios postos a esses profissionais para a adesão e o controle eficaz da sífilis na gestação, a fim de evitar complicações materno-fetais.

Diante dessas informações, buscou-se averiguar o conhecimento sobre a sífilis gestacional junto a mulheres grávidas no município de Presidente Kennedy-ES.

## 1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Qual o conhecimento das gestantes do município de Presidente Kennedy-ES sobre a sífilis congênita e as consequências dessa doença na sua saúde e na saúde do concepto?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

É importante que ações educativas sobre a sífilis na gestação visem grupos que possuem pouco conhecimento sobre o problema, tornando-se vulneráveis às ISTs, pois se estas doenças não forem prevenidas e/ou tratadas adequadamente, podem levar a várias complicações, como infertilidade, estenose uretral, abortos, malignidades, morbidades perinatais e neonatais.

O conhecimento das IST e suas complicações e atitudes dos indivíduos em relação à saúde sexual são importantes no planejamento de estratégias preventivas e de tratamento. A maioria das pessoas pode estar ciente do HIV/AIDS por causa da conscientização criada pelos programas de mídia e governo; no entanto, o conhecimento sobre ISTs além do HIV/AIDS é baixo, especialmente nas populações com menores condições socioeconômicas (WAURE et al., 2015).

Nesse contexto, este estudo se justifica diante do número crescente de gestantes com sífilis, bem como o grande aumento da transmissão vertical do vírus. Além do mais, diagnosticar o conhecimento deste público em relação à sífilis congênita poderá proporcionar melhorias nas políticas públicas voltadas para este grupo.

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento de gestantes do município de Presidente Kennedy-ES sobre a sífilis congênita e o comprometimento que esta doença pode gerar na criança, em caso de transmissão vertical.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Discorrer sobre a sífilis congênita, forma de transmissão, diagnóstico, tratamento e prevenção;

Ressaltar a importância do pré-natal para a saúde da gestante e do conceito;

Identificar o perfil das gestantes que fazem parte da amostra e suas características socioeconômicas;

Analisar o conhecimento dessas gestantes sobre a sífilis e suas consequências para a saúde materna e do conceito;

Comparar os resultados obtidos na pesquisa, analisando o conhecimento da amostra sobre a sífilis congênita;

Propor ação educativa visando preencher as lacunas nos conhecimentos dessa população.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Utiliza-se o termo Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) para designar patologias que são transmitidas principalmente pelo contato íntimo. As ISTs englobam diversas infecções ocasionadas por vírus, fungos, protozoários e bactérias, que possuem como via de transmissão a relação sexual. As ISTs mais prevalentes são a sífilis, gonorréia, clamídia, HPV, hepatite C e HIV (FREITAS et al., 2010).

O termo IST passou a substituir a denominação DST, de Doenças Sexualmente Transmissíveis devido à denominação de doença implicar em sinais e sintomas que são visíveis no organismo, enquanto as infecções são mais abrangentes e podem apresentar períodos ou se manter assintomáticas por toda a vida, sendo detectadas somente através de exames laboratoriais (Figura 5). Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, ISTs é mais adequado, já sendo utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por outros organismos internacionais (BRASIL, 2016).

Figura 5 – Mudança da sigla DST para IST



Fonte: BRASIL (2016)

Em todo o mundo, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) continuam a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Estimativas globais sugerem que mais de 340 milhões de novos casos de sífilis, gonorréia, infecção por clamídia e tricomoníase ocorrem anualmente. Embora existam mais de 30 patógenos bacterianos, virais e parasitários que são sexualmente transmissíveis, *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis* são responsáveis pela maioria das ISTs (OMS, 2007).

A maior proporção dessas infecções ocorre na região do sul e sudeste da Ásia, seguida da África subsaariana, da América Latina e do Caribe, apresentando uma tendência de crescimento ao longo dos anos. Dentre os fatores que podem levar a essa tendência crescente podem ser citados o uso generalizado de contraceptivos orais e outros métodos de contracepção, que leva à redução do uso de métodos contraceptivos de barreira, expondo assim o risco dos indivíduos contatarem ISTs; o aumento do número de mobilidade de pessoas dentro e entre países; o uso de drogas recreativas; o álcool e as frequentes trocas de parceiros, que podem levar a comportamentos sexuais de risco (NORBU et al., 2013).

A falta de informação e atitudes negativas encorajam o comportamento de risco sexual, aumentando assim as chances de adquirir ISTs, que ocorrem prevalentemente na faixa etária entre 15 a 44 anos de idade, podendo levar a complicações graves, como infertilidade, gravidez ectópica, câncer do colo do útero, perda fetal e até a morte (JHA et al., 2009).

As ISTs são importante causa de morbimortalidade em todos os países, sendo consideradas um grave problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), surgem anualmente cerca de 498,9 milhões de novos casos de sífilis, clamídia, gonorréia e tricomoníase, ISTs curáveis, mas que afetam diretamente a saúde da população. No entanto, a combinação de sintomas sutis ou ausentes e o estigma impedem a procura por cuidados de saúde, deixando muitas dessas infecções não diagnosticadas. Destes casos, a faixa etária que apresenta a maior proporção de infectados é a que vai dos 15 aos 25 anos, sendo a atividade sexual desprotegida o mais importante fator de risco.

De acordo com Gerhardt et al. (2008, p. 258):

Esta faixa etária é de grande vulnerabilidade pelas suas características próprias, pela inexperiência que os jovens têm de lidar com os seus próprios sentimentos e com o sentimento do parceiro(a); por nem sempre, possuírem

habilidades necessárias para a tomada de decisões e serem responsáveis por elas ao se envolverem em relacionamentos afetivos e sexuais.

Freitas et al. (2010) estimam que aproximadamente 25% dos diagnósticos de ISTs são de jovens com idade inferior a 25 anos; 30% dos adolescentes sexualmente ativos apresentam positividade para clamídia e cerca de 40% estão infectados HPV. No que se refere à gonorréia, esta infecção teve um aumento de mais de 50%, sendo mais prevalente entre adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, além do HIV, onde mais de 25% dos infectados possui idade menor que 22 anos.

Uma das ISTs mais prevalentes em todo o mundo é o Papilomavirus Humano (HPV), cuja infecção pode acarretar diversas manifestações clínicas, como verrugas genitais, neoplasia intraepitelial cervical, vaginal e vulvar, além de câncer genital e anal. A maior parte dos casos de transmissão ocorre por via sexual, sendo assintomática e transitória na maioria dos indivíduos (FEDRIZZI et al., 2008).

A gonorréia é uma doença infecciosa bacteriana que afeta o trato urogenital, possuindo transmissão quase exclusiva por contato sexual ou perinatal, que acomete primeiramente as membranas mucosas, além da orofaringe, conjuntiva e reto. Suas manifestações clínicas variam, podendo não apresentar qualquer sintoma até fluxo mucopurulento e abundante. Possui período de incubação rápido, entre dois e cinco dias após contato sexual com parceiro infectado, quando a infecção evolui para doença (PENNA et al., 2000).

A bactéria *Chlamydia trachomatis* é o agente que causa doenças do trato urogenital, linfogranuloma venéreo (LGV), tracoma, conjuntivite de inclusão e pneumonia no recém-nascido, apresentando maior impacto no sistema reprodutivo das mulheres, sendo comum infecções recorrentes, com sucessivos episódios, elevando o risco de sequelas. A infecção pode ser assintomática, o que aumenta os riscos de sequelas devido ao não tratamento (SEADI et al., 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*). A síndrome é um grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença; imunodeficiência é a inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microorganismos invasores, tais como vírus,

bactérias, protozoários, e adquirida, que vem do fato de não ser congênita, como no caso de outras imunodeficiências (BRASIL, 2006).

Há evidências de que as ISTs podem potencializar tanto a transmissão quanto a aquisição da infecção pelo HIV, e que o controle aprimorado pode retardar a sua transmissão. A prevenção e controle de ISTs não é uma tarefa fácil. Os padrões epidemiológicos dessas infecções variam geograficamente e são influenciados por questões culturais, políticas, econômicas e sociais. Muitos afetados por ISTs estão em grupos vulneráveis marginalizados e a natureza assintomática de algumas delas continua a ser um desafio para os profissionais de saúde em áreas do mundo onde os testes de exames laboratoriais são inacessíveis (LEWIS et al., 2007).

O vírus da hepatite C pode ser transmitido através de relações sexuais, contato intradomiciliar prolongado, transmissão vertical, realização de tatuagens e de procedimentos invasivos sem o uso de material adequadamente esterilizado, uso compartilhado de lâminas de barbear e de utensílios de manicure, sendo estimado que até 40% dos casos no Brasil não apresentam história epidemiológica clara, o que destaca ainda mais a importância desse contágio. É uma doença assintomática, com período de incubação que varia entre quatro e 24 semanas, com um tempo médio de sete a oito semanas. Uma parcela significativa dos portadores de hepatite aguda pelo vírus C não apresenta queixas ou manifestações específicas (ARAÚJO, 2004).

Também a sífilis também está entre as ISTs mais prevalentes. Sobre ela, se irá discutir em momento posterior.

A gestão abrangente de casos de infecções sexualmente transmissíveis deve ter, no mínimo, os seguintes componentes: diagnóstico correto, tratamento eficaz, educação em saúde e aconselhamento, para evitar e reduzir os riscos de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção por HIV, promoção e fornecimento de preservativos e informações sobre seu uso correto, além de notificação e tratamento de parceiros sexuais (OMS, 2007).

As mortes por ISTs ocorrem frequentemente muito tempo após a infecção aguda, tornando sua incidência difícil de estimar. Algumas infecções, como a sífilis, podem resultar diretamente em morte. Em contraste, o vírus do papiloma humano (HPV), o HIV e a hepatite causam mais mortes devido às sequelas secundárias. O herpes genital, a infecção por gonorréia e a infecção por clamídia podem causar

morte por infecção primária (vírus herpes simplex disseminado ou doença inflamatória pélvica, ou sequelas secundárias (gravidez ectópica). Como as certidões de óbito geralmente listam apenas as condições prevalentes, as ISTs geralmente não são registradas nos atestados de óbito. Além disso, algumas causas de morte, como câncer de fígado, podem ou não estar relacionadas ao problema (MCELLIGOTT, 2014).

Todas as mortes relacionadas a IST são evitáveis e, apesar do declínio nos óbitos entre as mulheres em idade reprodutiva nas últimas décadas, muitas ainda morrem a cada ano. Atualmente, os fatores que mais contribuem para a mortalidade relacionada às ISTs entre as mulheres em idade reprodutiva são o câncer genital relacionado ao HIV e ao HPV (MCELLIGOTT, 2014).

## 2.2 A SÍFILIS

A sífilis se constitui em uma doença crônica infecciosa, que pode atingir diferentes sistemas orgânicos, acarretando lesões cardiovasculares, cutâneas, mucosas e nervosas, com período de incubação que varia de duas a quatro semanas, acometendo principalmente os jovens entre 15 e 25 anos de idade (BELSA JÚNIOR et al., 2009).

O *Treponema pallidum* causa sífilis por exposição sexual ou transmissão vertical durante a gravidez, sendo conhecido por sua capacidade de invasão e evasão imunológica. Suas manifestações clínicas resultam de respostas inflamatórias locais a espiroquetas replicantes, que muitas vezes imitam as de outras doenças. A espiroqueta tem um longo período de latência, durante o qual os pacientes não apresentam sinais ou sintomas, mas podem permanecer com a infecção (PEELING et al., 2018).

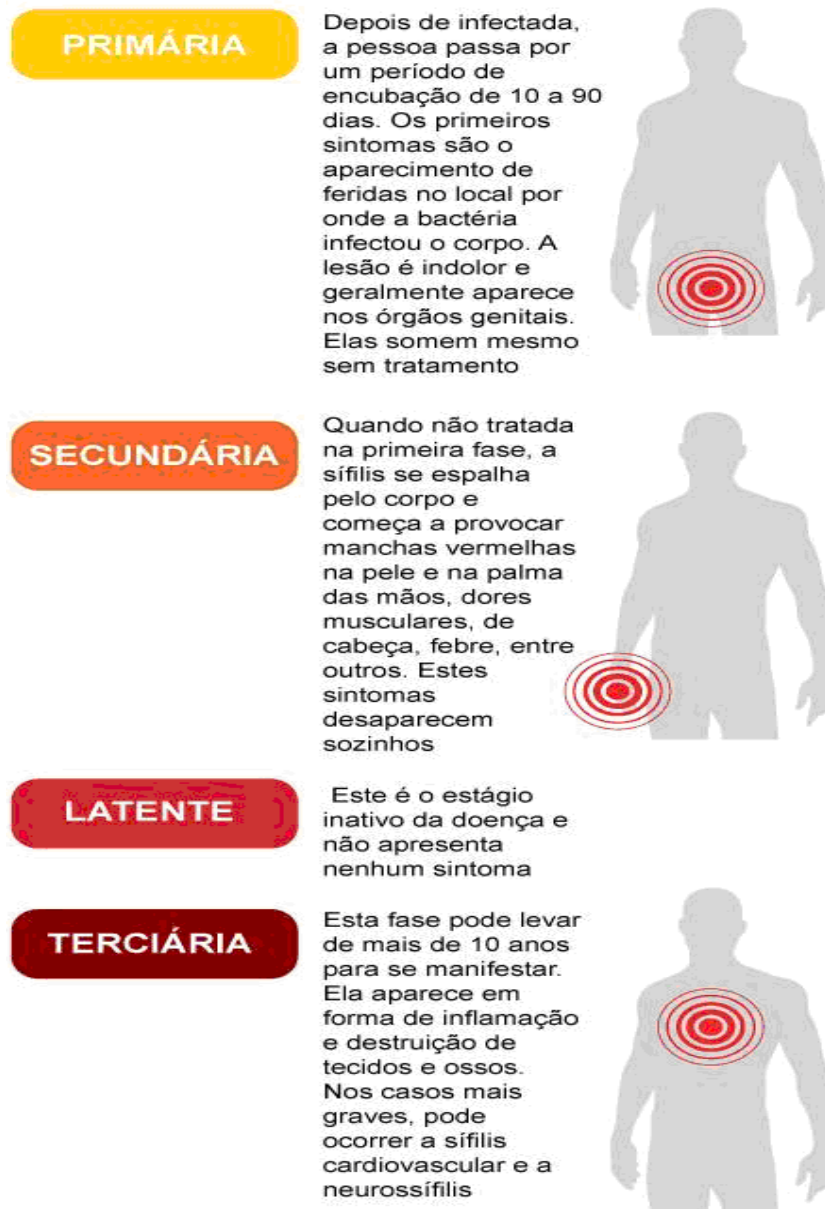
O *T. pallidum* pode sobreviver até 10 horas em superfícies úmidas, mas possui alta sensibilidade à ação do sabão e outros desinfetantes. apresenta dimensões de largura e comprimento abaixo da resolução de microscopia de campo claro e, por não ser possível cultivá-lo *in vitro*, os estudos com esse patógeno são restritos (HORVÁTH, 2011).

As manifestações clínicas resultam da resposta inflamatória local provocada por espiroquetas que se replicam nos tecidos. Indivíduos infectados geralmente seguem um curso da doença dividido em estágios: primário, secundário, latente e



terciário, durante um período de  $\geq 10$  anos, mas há diretrizes que definem a latência inicial como começando entre um e dois anos após a exposição (Figura 6) (CRUZ et al., 2012).

Figura 6 – Fases da doença



Fonte: AZEVEDO (2017)

O Ministério da Saúde ressalta que a sífilis se constitui em significativo agravamento em saúde pública, pois além de atingir severamente o organismo quando não tratada, é uma doença infectocontagiosa, aumentando consideravelmente o risco de se contrair a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), pois as lesões sífilíticas facilitam a entrada do vírus (BRASIL, 2015).

A evolução da infecção pelo HIV é acelerada quando existe a presença do *T. pallidum* no organismo, para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (HORVÁTH, 2011).

### 2.2.1 SINAIS E SINTOMAS

A infecção primária está associada a úlceras genitais indolores (cancros) e glândulas pélvicas inchadas; a infecção secundária, que ocorre aproximadamente após 10 semanas, está associada a erupção maculopapular no tronco, solas e palmas das mãos e com o desenvolvimento de condiloma plano (DAVIS, 2001).

Alguns sintomas são mais comuns, devendo o indivíduo ficar atento e buscar ajuda médica, caso surjam, como demonstrado na figura 7.

Figura 7 – Sintomas da sífilis

## 6 SINTOMAS DA SÍFILIS QUE VOCÊ NÃO PODE IGNORAR



Dores musculares



Dor de garganta



Formigamento



Vermelhidão na pele



Aparecimento de nodúlos nas axilas e pescoço



Feridas indolores no local da inflamação

Fonte: GRANATO (2018)

Pacientes com sífilis primária podem apresentar uma única úlcera (cancro) ou lesões múltiplas nos órgãos genitais ou em locais do corpo envolvidos no contato sexual cerca de três semanas após a infecção; estes são tipicamente indolores e resolvem-se espontaneamente (JANIER et al., 2014).

Nesse primeiro estágio, o cancro pode surgir de 10 a 90 dias após a exposição sexual, surgindo no local da inoculação e posteriormente torna-se

endurecido, com borda bem definida. As lesões primárias podem se apresentar em qualquer parte do corpo, incluindo o ânus, dedo, boca, língua, seios, vulva, lábios ou colo do útero. O cancro dura geralmente 1-6 semanas, podendo ser indolor (BELSA JÚNIOR, 2009).

As lesões são seguidas por manifestações secundárias de 6 a 8 semanas mais tarde, que podem incluir febre, alopecia, linfadenopatia generalizada, dor de cabeça e uma erupção maculopapular no flanco, ombros, braço, peito ou costas e que envolve as palmas das mãos e solas dos pés e pode ser confundida com psoríase (JANIER et al., 2014).

As lesões sífilíticas secundárias podem se curar espontaneamente sem cicatrizes dentro de 1-3 meses, podendo ressurgir nos primeiros dois anos de infecção. Como os sinais e sintomas diminuem, os pacientes entram em uma fase de latência que pode durar muitos anos, no entanto, nos primeiros dois anos ainda são consideradas infecciosas devido a um risco de 25% de recidiva de sífilis secundária (Figura 8) (JANIER et al., 2014).

Figura 8 – Sinais e sintomas da sífilis



Fonte: SANTANA (2017)

Estima-se que entre 15 e 40% dos indivíduos não tratados irão desenvolver sífilis terciária, que pode se manifestar como condições destrutivas cardíacas ou neurológicas, lesões cutâneas ou viscerais e envolvimento ósseo. No entanto, dados mais recentes sugerem que a sífilis terciária pode ser menos comum hoje em dia, talvez devido ao amplo uso de antibióticos (Figura 9) (AMARAL, 2012).

Figura 9 – Sintomas da sífilis em suas quatro fases



Fonte: BRASIL (2016)

A sífilis latente é dividida em duas etapas: latente precoce e latente tardia. No estado latente inicial, a maioria dos indivíduos permanece assintomático, no entanto, é potencialmente infecciosa. Na sífilis latente tardia, o indivíduo assintomático não transmite a doença, com duas exceções: uma mulher grávida pode transmitir a infecção para o feto (transmissão vertical) e por meio de transfusão de sangue.

A sífilis latente tardia não tratada pode permanecer assintomática durante o resto da vida em algumas pessoas, mas também pode acarretar a neurosífilis ou sífilis cardiovascular, afetando os ossos, pele, sistema nervoso central, coração e vasos sanguíneos. Os sintomas incluem paralisia do nervo craniano, sintomas oculares, parestesia e sífilis do cérebro ou da coluna vertebral (FRANÇA et al., 2015).

É importante ressaltar que a neurosífilis é tipicamente descrita como uma manifestação tardia, mas pode ocorrer na sífilis precoce. O *T. pallidum* pode ser frequentemente identificado no líquido cefalorraquidiano (LCR) de pacientes com a doença. No entanto, a maioria dos pacientes com sífilis precoce não demonstram sintomas do sistema nervoso central e não requerem terapia para neurosífilis. As manifestações sintomáticas da neurosífilis incluem meningite, síndromes do tipo AVC meningovasculares e manifestações comuns neurológicas da sífilis terciária (nomeadamente, tabes dorsalis e parestesia geral, demência progressiva mimetizando uma variedade de síndromes psicóticas) (CRUZ et al., 2012).

## 2.2.2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico pode ser realizado através de exames diretos (exame em campo escuro e pesquisa direta em material corado) e testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos). De acordo com o Ministério da Saúde:

A pesquisa do *T. pallidum* por microscopia de campo escuro pode ser realizada tanto nas lesões primárias como nas lesões secundárias da sífilis, em adultos ou em crianças. A amostra utilizada é o exsudato seroso das lesões ativas (que deve ser livre de eritrócitos, de restos de tecido e de outros microrganismos). Possui sensibilidade entre 74% e 86%, e sua especificidade pode alcançar 97%, dependendo da experiência do técnico que realiza o exame (BRASIL, 2016, p. 18).

A pesquisa direta com material corado apresenta sensibilidade inferior ao exame em campo escuro. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos do *T. pallidum* e os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum* (BRASIL, 2016).

No monitoramento do paciente durante o tratamento, é recomendado que se utilize o mesmo teste inicial, quando se realizou o diagnóstico, para que seja possível comparar os títulos obtidos, sendo aconselhável que esta interpretação seja feita pelo mesmo profissional (Figura 10).

Figura 10 – Sensibilidade e especificidade do teste não treponêmico

Teste	Sensibilidade (%) de acordo com o estágio da sífilis				Especificidade (%)
	Primária	Secundária	Latente	Terciária	
VDRL	78 (74-87) <sup>a</sup>	100	95 (88-100)	71 (37-97)	98 (96-99)
RPR	86 (77-100)	100	98 (95-100)	73	98 (93-99)
USR	80 (72-88)	100	95 (88-100)		99
RST <sup>b</sup>	82 (77-86)	100	95 (88-100)		97
TRUST	85 (77-86)	100	98 (95-100)		99 (98-99)

Fonte: BRASIL (2016)

Apesar de apresentarem baixo custo e rapidez no resultado, os testes não treponêmicos podem apresentar falso-positivo devido à ocorrência de outras enfermidades que causam degeneração celular, como demonstrado na figura 11.

Figura 11 - Situações que podem gerar resultados falso-positivos nos testes não treponêmico

Situações que podem gerar resultados falso-positivos transitórios	Situações que podem gerar resultados falso-positivos permanentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algumas infecções;</li> <li>• Após vacinações;</li> <li>• Uso concomitante de medicamentos;</li> <li>• Após transfusões de hemoderivados;</li> <li>• Gravidez;</li> <li>• Em idosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portadores de lúpus eritematoso sistêmico;</li> <li>• Síndrome antifosfolipídica e outras collagenoses;</li> <li>• Hepatites virais crônica;</li> <li>• Usuários de drogas ilícitas injetáveis;</li> <li>• Hanseníase;</li> <li>• Malária;</li> <li>• Em idosos.</li> </ul>

Fonte: BRASIL (2016)

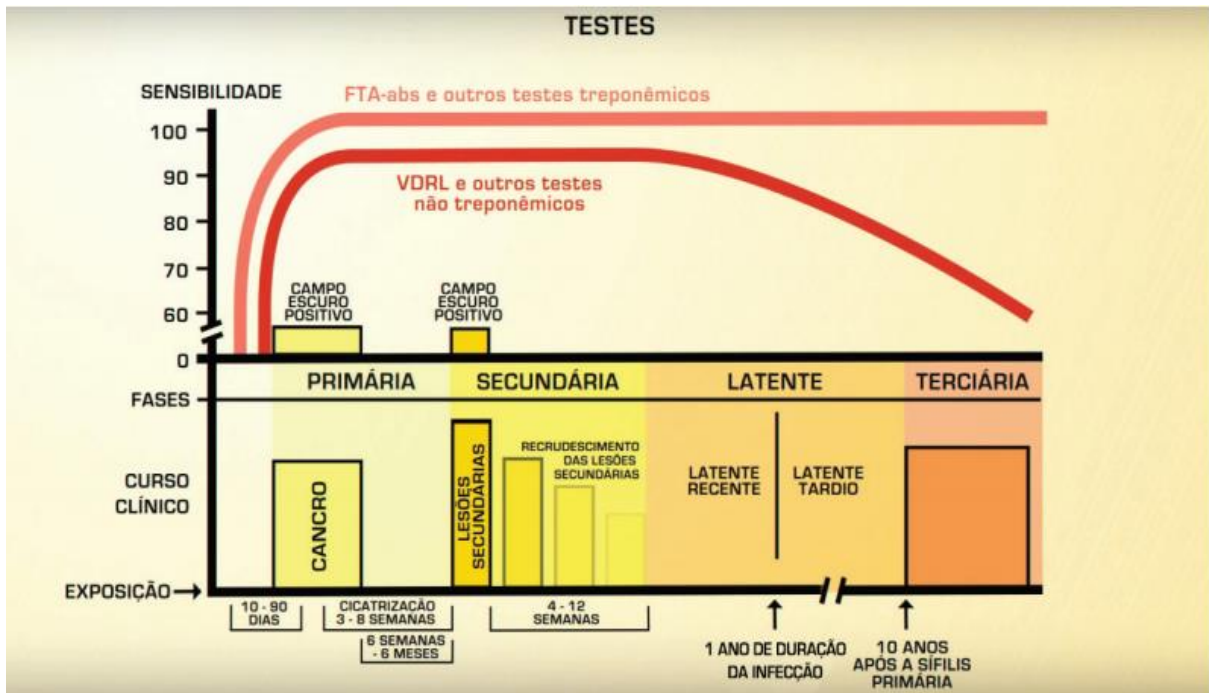
O diagnóstico é feito através de testes de sorologia, embora devam ser feitos esforços para obter esfregaços para visualizar o *Treponema pallidum* usando microscopia de campo escuro, ou para realizar um teste de anticorpo fluorescente indireto. Como a interpretação dos testes sorológicos pode ser difícil naqueles que foram previamente diagnosticados e tratados, o conhecimento dos resultados dos testes anteriores é importante e a consulta com um especialista pode ser necessária (DAVIS, 2001).

O diagnóstico de sífilis é feito quando há uma reação reativa no teste não treponêmico e teste treponêmico positivo. Nenhum teste sozinho pode fornecer um diagnóstico positivo. Há dois testes não treponêmicos comuns, o VDRL e o Reagente de plasma rápido, que são relativamente baratos, muito sensíveis, moderadamente inespecíficos e rápidos, fornecendo resultados quantitativos que geralmente se correlacionam com o grau de infecção. Quando a sífilis não é tratada, o VDRL ou a reabsorção rápida do plasma, os títulos começam a subir durante o estágio primário, com pico durante o estágio secundário, redução durante o estágio latente inicial e diminuição progressivamente para um título não reativo durante o estágio tardio latente (DOMINGUES et al., 2013).

Resultados falso-negativos podem ocorrer se o teste não treponêmico é desenhado no início da infecção ou quando o paciente está recebendo antibioticoterapia para outra infecção, pois os antibióticos podem atrasar a resposta de anticorpos ao *T. pallidum*. Quando os resultados são positivos com os testes treponêmicos, eles permanecem positivos por toda a vida, assim, não podem ser

usados para medir o grau de atividade da doença ou a eficácia do tratamento (Figura 12) (DOMINGUES et al., 2013).

Figura 12 – Desempenho dos testes laboratoriais associados a cada fase da sífilis não tratada



Fonte: BRASIL (2016)

### 2.2.3 Tratamento

O tratamento das infecções primárias, secundárias e latentes com menos de um ano de duração é a penicilina benzatina 2,4 milhões de unidades, administradas por injeção intramuscular. Se o indivíduo for alérgico à penicilina, a doxiciclina 100 mg por via oral, duas vezes ao dia, por 14 dias é a alternativa. Aqueles com sífilis latente requerem uma radiografia de tórax e uma punção lombar deve ser considerada para descartar a sífilis terciária. O tratamento da sífilis latente de mais de um a duração do ano e da sífilis terciária é realizado penicilina benzatina 2,4 milhões de unidades, administradas por injeção intramuscular semanalmente, por três semanas consecutivas, ou doxiciclina 100 mg oralmente, duas vezes ao dia, por 28 dias. Aqueles tratados com doxiciclina devem ser cuidadosamente monitorados, a fim de garantir o sucesso terapêutico (KUZNIK et al., 2015).

#### 2.2.4 Prevenção

O Ministério da Saúde recomenda o uso correto e regular da camisinha feminina ou masculina como medida preventiva da sífilis. Como em qualquer outra IST, a prevenção deve ter como base um comportamento sexual seguro, com uso de métodos de barreira.

Em 2017, o Senado aprovou o Dia Nacional do combate à Sífilis e Sífilis Congênita, através da Lei nº 13.430, a ser instituído no terceiro sábado do mês de outubro em todo o país, como forma de alertar e orientar a população sobre medidas preventivas, cuidados, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2017).

### 2.3 CONSEQUÊNCIAS DA SÍFILIS GESTACIONAL À MÃE E AO NEONATO

Infecções sexualmente transmissíveis curáveis em gestantes, especificamente a sífilis, gonorréia, *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis*, podem levar a vários desfechos adversos, incluindo ruptura prematura de membranas, parto de pré-termos, parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer, infecção congênita e até natimortalidade ou mortalidade neonatal. Além disso, estudos recentes sugerem a possibilidade de aumento da transmissão de mãe para filho do vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre mães com ISTs bacterianas (ABDELAZIZ et al., 2014).

As ISTs podem causar dor crônica e infertilidade permanente em mulheres que não recebem tratamento e são particularmente preocupantes durante a gravidez, pois estão associadas a desfechos adversos, incluindo natimortos e baixo peso ao nascer, e algumas também podem ser transmitidas a bebês, levando à cegueira e atrasos no desenvolvimento. O HIV é a principal causa de mortalidade materna em ambientes de alta prevalência, aumentando o risco de morte em seis vezes para mulheres grávidas (TEASDALE et al., 2018).

As mulheres grávidas tendem a relatar menos uso de preservativo em comparação com as mulheres que não estão grávidas, o que poderia aumentar a incidência de ISTs. Além dos comportamentos sexuais de risco, práticas intravaginais, incluindo ducha, limpeza e inserção de materiais e substâncias na vagina, também foram estudadas como fatores de risco potenciais para a aquisição de ISTs, e podem variar durante a gravidez. Alterações na função imune e



alterações fisiológicas no colo do útero que ocorrem durante a gravidez são consideradas vias biológicas potenciais de risco aumentado (TEASDALE et al., 2018).

É recomendado que seja feita triagem para sífilis em mulheres grávidas durante sua primeira consulta pré-natal e novamente no terceiro trimestre, para mulheres com risco aumentado de adquirir sífilis (MATHIAS et al., 2017).

O diagnóstico de sífilis na gestação deve ser realizado pelo *Veneral Diseases Research Laboratory* (VRDL) ou do *Rapid Plasm Reagin* (RPR), utilizados para triagem diagnóstica, apresentando considerável sensibilidade (VDRL: 78 a 100% e RPR: 86 a 100%). Tais testes possibilitam monitorar a infecção por meio da titulação dos anticorpos. A partir de títulos de 1:1, o teste é considerado positivo, no entanto, nos estágios precoces da doença, a sensibilidade fica reduzida, pois ainda não há resposta sorológica, bem como na fase tardia, pois os títulos apresentam queda, podendo se mostrar negativos em cerca de 33% dos indivíduos, mesmo sem tratamento (SADECK, 2016).

Com o tratamento, os títulos apresentam queda exponencial, tendendo a negatificação em até dois anos. Títulos persistentemente positivos, mesmo após tratamento adequado, podem significar infecção persistente ou re-exposição. Lembrar que, o VDRL e o RPR, podem apresentar resultados falso-positivos em doenças como lupus, artrite reumatóide, hanseníase entre outras ou falso-negativos devido ao excesso de anticorpos em soro não diluído (efeito prozona) (SADECK, 2016, s.p.).

A sífilis é particularmente preocupante na gravidez, devido ao risco de transmissão para o feto, pois recém-nascidos sobrevivendo à sífilis congênita permanecem em risco de complicações sérias, incluindo baixo peso ao nascer, parto prematuro, anomalias congênitas, sífilis ativa no lactente e sequelas de longo prazo, como surdez e comprometimento neurológico (KUZNIK et al., 2015).

No mesmo sentido, Soeiro et al. (2014) ressaltam que o maior impacto da sífilis na gestação é a transmissão vertical para o conceito, acarretando a sífilis congênita, pois as espiroquetas atravessam prontamente a placenta e podem produzir infecção crônica no feto, embora a doença geralmente não seja evidente antes de 18 semanas de gestação. Assim, o Tratamento antes de 20<sup>a</sup> semana de gestação geralmente é eficaz na prevenção da sífilis congênita, exceto quando ocorre reinfecção (Figura 13).

Figura 13 – Sífilis congênita



Fonte: BRASIL (2016)

Deixada sem tratamento, a sífilis tem um impacto dramático no resultado da gravidez. Estima-se que um terço das gestações resultam em aborto espontâneo no segundo trimestre ou morte perinatal e um terço de lactentes congenitamente infectados. Dados de países em desenvolvimento confirmam que a sífilis materna ainda é importante causa de morbidade e mortalidade perinatal.

O impacto da sífilis não tratada na gravidez em nível populacional pode ser considerável. No Brasil, a sífilis congênita vem sendo considerada epidêmica, fazendo o número de óbitos infantis e fetais triplicar nos últimos dez anos. No ano de 2006, ocorreram 477 de abortos, morte de recém-nascidos e crianças até um ano de idade devido à sífilis congênita. Em 2017, estes números passaram para 1.499, sendo 692 registros de aborto espontâneo por sífilis congênita, 622 natimortos e 181 mortes antes do primeiro ano de vida (CAMBRICOLI; BERNARDES, 2017).

Tal situação se deveu à falta de penicilina no mercado, crescimento do comportamento sexual de risco, falhas na assistência à gestante e resistência de alguns profissionais de saúde em utilizar o medicamento indicado por risco de reação anafilática (CAMBRICOLI; BERNARDES, 2017).

Uma complicação do tratamento da sífilis materna com penicilina é a reação de Jarisch-Herxheimer, reação sistêmica que pode ocorrer algumas horas após a injeção inicial de penicilina. Sinais e sintomas podem incluir um início abrupto de febre, calafrios, mialgia, dor de cabeça, taquicardia, hiperventilação, vasodilatação com rubor e hipotensão leve. A reação geralmente dura de 12 a 24 horas. Mulheres que são tratadas durante a segunda metade da gravidez são mais propensas a risco de parto prematuro ou sofrimento fetal e devem ser orientadas sobre os possíveis sinais de alerta e a necessidade de procurar atenção médica (BRASIL, 2010).

Para evitar as intercorrências na gestação, o teste não treponêmico deve ser realizado rotineiramente em todas as mulheres grávidas com análise laboratorial e quando admitidos em trabalho de parto. Se a paciente estiver em alto risco ou viver em região geográfica onde a prevalência é alta, os testes devem ser repetidos na 28ª semana e após o parto. O maior risco durante a gravidez, no entanto, é a transmissão para o recém-nascido (SARACENI; MIRANDA, 2012).

“A Sífilis Congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada” (Figura 14) (BRASIL, 2010, p. 381).

Figura 14 – Sífilis congênita



Fonte: CASERTA (2018)

A sífilis congênita é um evento que sugere falha dos sistemas de saúde e as consequências podem ser graves, acarretando graves problemas em até 40% dos casos. Apesar da sífilis congênita ter prevenção relativamente fácil, de baixo custo e efetiva, muitas mulheres não são tratadas ou tratadas inadequadamente. Esta e outras ISTs têm sido associadas a um número de efeitos adversos resultados da gravidez, incluindo aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer, endometrite pós-parto e várias sequelas em recém-nascidos sobreviventes. O nascimento prematuro e o baixo peso ao nascer são determinantes da morbimortalidade infantil, especialmente em países em desenvolvimento, onde as instalações de cuidados intensivos neonatais não são frequentemente disponíveis (BRASIL, 2010).

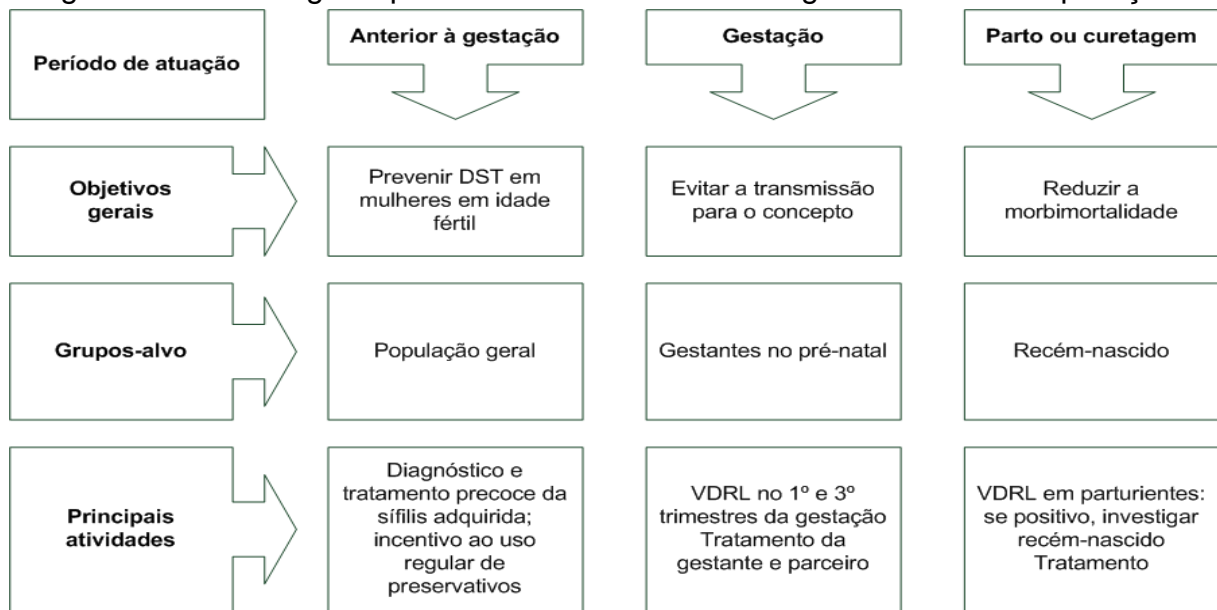
A Sífilis Congênita é classificada em recente, quando sinais e sintomas surgem logo após o parto ou nos dois primeiros anos de vida, sendo mais comum que surjam nas primeiras cinco semanas; e tardia, quando os sinais e sintomas surgem somente após o segundo ano de vida (BRASIL, 2010).

A sífilis congênita recente apresenta como principais sinais clínicos baixo peso, rinite com coriza serosanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio, podendo ocorrer hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropsia, pseudoparalisia dos membros, fissura orificial, condiloma plano, pênfigo palmoplantar e outras lesões cutâneas, icterícia e anemia. A evolução da doença é grave, com alta letalidade, quando há maciça invasão de treponemas ou esses são muito virulentos. Na placenta, podem ser observadas lesões e manchas amareladas ou esbranquiçadas e esta se encontrar com volume alterado (BRASIL, 2010).

Na sífilis congênita tardia, os sintomas mais significativos são tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental (BRASIL, 2010).

Algumas estratégias para o controle da sífilis congênita e possíveis complicações resultantes da doença devem ser tomadas, como apresentado na figura 15.

Figura 15 – Estratégias para o controle da Sífilis Congênita e suas complicações



Fonte: BRASIL (2010)

Achados clínicos comuns no neonato com sífilis congênita incluem hepatoesplenomegalia, osteocondrite, icterícia ou hiperbilirrubinemia, petéquias, púrpura, linfadenopatia e ascite ou hidropisia. Se a sífilis materna não tratada não for suspeita, o diagnóstico do recém-nascido é mais difícil. O anticorpo materno da imunoglobulina G atravessa a placenta e pode fazer com que o teste sorológico do neonato seja positivo. Portanto, todos os neonatos com suspeita de sífilis devem ser submetidos a uma punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano e estudos radiográficos dos ossos, o que mostrará mudanças significativas em 95% dos neonatos infectados (ARAÚJO et al., 2006).

A penicilina parenteral é o único tratamento com eficácia documentada para a sífilis durante a gravidez. Se a sífilis for documentada como tendo menos de um ano de duração, o tratamento deve ser feito com 2,4 milhões de U penicilina benzatina por via intramuscular em dose única. Se a sífilis tiver duração superior a um ano ou a duração for desconhecida, a gestante deve ser tratada com 7,2 milhões de U penicilina benzatina, administradas em três doses de 2,4 milhões de U por via intramuscular em intervalos de uma semana (BRASIL, 2016).

Gestantes com sintomas neurológicos ou oftálmicos, falha do tratamento, infecção pelo HIV ou título não treponêmico sérico maior ou igual a 1: 32 (a menos que a duração da infecção seja inferior a um ano) também deve ter um exame do líquido cefalorraquidiano. Todas as gestantes com sífilis devem ser testadas para o

HIV. Em caso de neurosífilis, o tratamento é feito com 12 a 24 milhões de U penicilina cristalina diariamente, administrada como 2-4 milhões U intravenosamente, a cada 4 horas por 10-14 dias, ou 2,4 milhões de penicilina procaína U intramuscular por dia, mais 500 mg probenecide por via oral, 4 vezes ao dia, ambos por 10-14 dias. Os pacientes tratados para sífilis devem ser avaliados clínica e sorologicamente aos 3 meses e novamente aos 6 meses (BRASIL, 2016).

Gestantes com sinais ou sintomas que persistem ou recorrentes, ou que têm um aumento de quatro vezes no título de teste não treponêmico são consideradas como tendo falhado no tratamento ou que foram reinfectadas, devendo ser avaliadas para HIV. Se a reinfeção não for provável, uma punção lombar também deve ser realizada. Se um seguimento adicional dos títulos não puder ser assegurado, a gestante deve ser avaliada para exame do líquido cefalorraquidiano. O retratamento geralmente consiste em três injeções semanais de 2,4 milhões de U penicilina G benzatina por via intramuscular (SÁNCHEZ-GÓMEZ, 2014).

Os esquemas terapêuticos recomendados pelo Ministério da Saúde estão apresentados na figura 16.

Figura 16 - Esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
<b>Sífilis primária</b>	1 série <sup>1</sup> Dose total: 2.400.000UI IM	Dose única	VDRL mensal
<b>Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução</b>	2 séries Dose total: 4.800.000UI IM	1 semana	VDRL mensal
<b>Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada</b>	3 séries Dose total: 7.200.000UI IM	1 semana	VDRL mensal

Fonte: BRASIL (2010)

Mulheres que foram expostas sexualmente pelos parceiros com sífilis há menos de um ano, devem ser tratadas presuntivamente. Quando o parceiro possui sífilis com duração maior que um ano ou com altos títulos (igual ou maior que 1:32) são considerados infectados e devem ser tratados com o regime de dose única (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde considera inadequado o tratamento para sífilis materna:

Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina;  
 Tratamento incompleto, mesmo sendo realizado com penicilina;  
 Tratamento inadequado para a fase clínica da doença;  
 Instituição de tratamento dentro do prazo de 30 dias anterior ao parto;  
 Ausência de documentação de tratamento anterior;  
 Ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado;  
 Parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento (BRASIL, 2010, p. 379).

Dado o impacto da sífilis materna na gravidez, triagem e tratamento da sífilis em grávidas deve ser realizado pelo menos uma vez durante a gestação. Na maioria dos países mais pobres, o teste RPR é o ensaio de rastreio mais comum, por ser barato e simples, embora, como outros testes não treponêmicos, seja suscetível a reações falso-positivas de outras infecções ou doença autoimune (DOMINGUES et al., 2013).

Muitas vezes, o tratamento não é implementado durante a gestação por muitas mulheres deixarem de frequentar o pré-natal ou iniciarem com a gravidez avançada demais para completar o curso do tratamento. Assim, a abordagem ao recém-nascido deve levar em conta o tratamento recebido pela mãe durante a gestação, como se observa na figura 17 (DOMINGUES et al., 2013).

Figura 17 - Abordagem de recém-nascidos frente à gestante com sífilis



Fonte: SÃO PAULO (2016)

A abordagem ao recém-nascido deve ser feita com a realização de teste VDRL em todos aqueles que a gestante apresentou VDRL reagente na gravidez, parto ou teve suspeita clínica de sífilis. O sangue deve ser periférico, não sendo utilizado do cordão umbilical, a fim de evitar falso-positivo e falso-negativo (SADECK, 2016).

O significado da positividade do teste no soro do RN é limitado, na medida em que pode ocorrer transferência passiva dos anticorpos IgG maternos. O título do RN deve ser comparado com o da mãe, colhido no momento do parto, e será considerado positivo quando o título da criança for superior a 4 vezes o título materno. Porém, o teste pode resultar negativo se a mãe foi recentemente infectada ou, ainda se a mãe foi tratada na gestação e os títulos estão caindo. Portanto, o diagnóstico definitivo de sífilis congênita requer a avaliação da história clínico-epidemiológica da mãe, (incluindo a adequação, ou não, do tratamento específico) e de exames laboratoriais e de imagem para classificação final do caso e instituição da antibioticoterapia (SADECK, 2016, s.p.).

Caso seja confirmada a sífilis congênita, o recém-nascido deve ter o seguimento do tratamento da seguinte forma:

Consultas mensais até o 6º mês e bimensais do 6º ao 12º mês de vida e semestral até 24º mês; realizar VDRL sérico, com titulação, com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses de idade ou interrompendo com 2 VDRL consecutivos negativos; realizar o TPHA ou FTA-Abs após os 18 meses de idade para confirmação do caso; recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por 2 anos; se os títulos do VDRL estiverem caindo nos primeiros 3 meses e negativarem entre 6 a 18 meses de vida, a criança foi tratada de maneira correta; diante da elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses, re-investigar a criança e proceder ao retratamento; nos casos de LCR inicialmente alterado, a criança deve ser submetida à coleta de LCR a cada 6 meses, até sua normalização bioquímica, citológica e sorológica. Espera-se que o VDRL no LCR negatize por volta dos 6 meses de idade e que o quimiocitológico normalize em 2 anos; alterações líquóricas persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e retratamento (SADECK, 2016, s.p.).

Para que essa situação seja revertida, é necessário que a mulher participe do pré-natal, considerado de essencial importância para uma gravidez saudável, prevenindo e tratando intercorrências que possam surgir no período, além de esclarecer e fornecer informações sobre autocuidado e cuidados com o concepto.



## 2.4 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA A DETECÇÃO DA SÍFILIS E DEMAIS ISTs

A assistência ao pré-natal se refere a um conjunto de procedimentos que têm por meta garantir uma gestação com boa evolução, levando em conta as mudanças físicas e emocionais pelas quais a mulher passa, acolhendo-a desde o início da gravidez e acompanhando-a até o puerpério (ANVERSA, 2012).

Para tanto, a mulher deve realizar pelo menos seis consultas do pré-natal, como preconizadas pelo Ministério da Saúde, que são essenciais para garantir a saúde da gestante e do feto. Tais consultas têm como principais objetivos a avaliação do estado de saúde da mulher e do feto, identificando as possíveis intercorrências e complicações da gravidez (AMARAL, 2012).

Para Nunes (2012, p.16), “a realização do pré-natal é essencial a fim de prevenir e detectar precocemente patologias tanto maternas quanto fetais”.

A Consulta de Enfermagem na rede básica de saúde está garantida pelo Decreto nº 94.406/87, que determina que o pré-natal de baixo risco pode ser inteira e legalmente acompanhado pelo enfermeiro. Como profissional que integra a equipe de saúde da família, o enfermeiro possui atribuições específicas, entre as quais a consulta de enfermagem, onde pode ir além do conhecimento técnico e biológico, estabelecendo uma interação com os clientes, que lhe possibilita reconhecer as especificidades da população atendida e intervir de forma mais eficaz no processo saúde-doença (CAIXETA, 2009).

De acordo com Caixeta (2009, p. 12):

A consulta de enfermagem é uma atividade prestada pelo enfermeiro ao usuário na qual são identificados problemas de saúde e/ou doenças e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do mesmo. É um conjunto de ações de sucessão ordenada, para conhecer a situação de saúde da clientela e tomar decisões quanto à assistência a ser prestada, visando a mudanças favoráveis à saúde.

Na consulta de enfermagem junto às gestantes, o enfermeiro deve utilizar componentes do método científico, a fim de identificar situações de saúde/doença, indicar e programar medidas de enfermagem que colaborarem para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação.

Segundo Caixeta (2009), a consulta de enfermagem deve ser realizada com entrevista da gestante, com preenchimento dos dados da ficha e do cartão da gestante; histórico social, onde se buscam os antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos, história da gestação atual, investigando e registrando possíveis alterações.

É importante ressaltar que devem ser solicitados exames laboratoriais de rotina padronizados (teste de gravidez, exame de urina rotina e urocultura com antibiograma, eritrograma se necessário, glicemia de jejum e pós dextrosol (se suspeita de diabetes), grupo sanguíneo e fator RH, IgM e IgG para toxoplasmose, VDRL, pesquisa de HbsAg, anti HIV).

Deve ser realizado diagnóstico, com análise e interpretação das informações, como cálculo da idade gestacional; avaliação do estado nutricional materno; acompanhamento do ganho de peso e crescimento uterino e de situações de risco materno-fetais.

Também devem ser implementadas ações complementares, com orientações à gestante e à família; prescrição de Sulfato Ferroso profilático, referenciamento para atendimento de maior complexidade (nível secundário ou terciário para pré-natal de alto risco), para imunizações, para práticas educativas coletivas, para programa de suplementação alimentar e para atendimento odontológico (ARAÚJO; OKASAKI, 2007).

Segundo Caixeta (2009), a atuação do enfermeiro através da consulta de enfermagem, aumenta a adesão da gestante ao pré-natal, proporcionando uma gravidez mais tranquila e sem problemas, além de reduzir o custo final da assistência.

As práticas de rastreio pré-natal para ISTs curáveis variam em todo o mundo, diferindo por país e IST particular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) implementou diretrizes para testes e tratamento da sífilis na gravidez. Embora a triagem de gestantes assintomáticas com risco aumentado para sífilis seja atualmente padrão de tratamento, a OMS recomenda uma abordagem sindrômica com tratamento presuntivo para mulheres sintomáticas (SÁNCHEZ-GÓMEZ et al., 2014).

A prevalência de ISTs curáveis é substancial entre mulheres grávidas em países de baixa e média renda, sugerindo uma grande carga de infecções curáveis não tratadas na população, no entanto, não há dados confiáveis sobre a prevalência,

o que impede uma avaliação precisa das IST entre mulheres grávidas em várias regiões do mundo e impede o tratamento para prevenir resultados adversos de gravidez e saúde neonatal (DAVEY et al., 2016).

Segundo Mullick et al. (2005), as ISTs continuam a ter um impacto sobre o resultado da gravidez, com abordagem de diagnóstico e gestão susceptível aos recursos disponíveis. A maioria dos países em desenvolvimento depende da abordagem sindrômica para gerenciar as ISTs na gravidez, no entanto, esta abordagem é notoriamente pobre em identificar algumas infecções, especialmente as assintomáticas, sendo essencial e urgente um atendimento rápido e acessível aos testes de triagem nos cuidados pré-natais. Estudos têm confirmado a eficácia da triagem e tratamento pré-natal para a sífilis e HIV no desfecho da gravidez. Assim, os serviços de triagem pré-natal para estas infecções e a provisão de manejo sindrômico para outras ISTs em clínicas pré-natais deve ser priorizado.

Na gravidez, ISTs são de considerável importância, pois, além de causarem morbidade materna, podem também ter efeitos graves no feto, incluindo aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer e infecção neonatal. Para algumas mulheres em idade fértil, o período de atendimento pré-natal pode ser o único contato com o sistema de saúde e por isso podem não ter consciência dos riscos de infecções por ISTs, por algumas delas serem assintomáticas. Diante desses riscos, todas as mulheres grávidas e seus parceiros sexuais devem ser questionados sobre ISTs, aconselhados sobre a possibilidade de infecções perinatais, garantindo-lhes acesso ao tratamento, se necessário (KUZNIK et al., 2015).

Como em qualquer teste ou procedimento, essas investigações só devem ser realizadas com o consentimento informado do paciente, após discussão adequada e apropriada antes do teste quanto às implicações, limitações e consequências de tais investigações. O teste pré-natal para ISTs oferece uma oportunidade para a detecção precoce, gerenciamento imediato e apropriado, prevenção ou redução de resultados adversos para o feto ou recém-nascido, prevenção de sequelas a longo prazo na mãe, cuidados pré-natais, educação do paciente e rastreamento de doenças (NUNES, 2012).

Para ISTs, uma avaliação abrangente do risco deve ser realizada na primeira consulta pré-natal para permitir que recomendações sobre testes apropriados sejam feitas com base no risco. Informações suficientes sobre as atividades de risco são

essenciais para permitir que as mulheres sejam informadas sobre os testes. Os seguintes fatores podem ser considerados de alto risco: relação sexual vaginal, anal ou oral desprotegida com um parceiro infectado ou um parceiro conhecido por ter fatores de alto risco, infecção previamente conhecida de IST, uso de drogas injetáveis no passado ou atualmente, tatuagens e *piercings*, transfusões de sangue. Ao avaliar o risco, deve-se considerar também a epidemiologia local das ITSs (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Testes de triagem não treponêmicos e testes treponêmicos mais específicos têm sido usados para apoiar o diagnóstico de sífilis. Recentemente, foram introduzidos testes imunocromatográficos, que são rápidos, confiáveis e de baixo custo, considerados altamente efetivos em termos de custo dentro dos cuidados pré-natais. Cabe ressaltar que resultados adversos da gravidez podem ser evitados se as mães infectadas forem identificadas e tratadas antes do terceiro trimestre da gravidez (KUZNIK et al., 2015).

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO

Tratou-se de uma pesquisa quali-qualitativa do tipo exploratório descritiva, realizada através de levantamento epidemiológico no município de Presidente Kennedy-ES, com gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde. As características da pesquisa exploratória e descritiva, de acordo com Santos (2002), estão apresentadas na figura 18.

Figura 18 – Características da pesquisa exploratória e descritiva

<b>Níveis</b>	<b>Conhecimento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Modalidades</b>
<b>Exploratória</b>	<b>Como</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer mais e melhor o problema;</li> <li>• Elaborar hipóteses;</li> <li>• Aprimorar idéias;</li> <li>• Descobrir intuições</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Levantamentos bibliográficos</li> <li>▪ Entrevistas</li> <li>▪ Estudos de caso</li> </ul>
<b>Descritiva</b>	<b>O quê</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever características de população ou fenômeno</li> <li>• Estabelecer relações entre variáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudos etnográficos;</li> <li>▪ Levantamentos de opiniões, de atitudes, crenças, etc.</li> </ul>

Fonte: SANTOS (2002)

De acordo com Mason (2002), através da pesquisa qualitativa, é possível explorar uma ampla gama de dimensões do mundo social, incluindo a textura e a trama da vida cotidiana, os entendimentos e experiências dos participantes da pesquisa, os modos pelos quais processos sociais, instituições, discursos ou relações funcionam, e o significado dos significados que eles geram.

A pesquisa qualitativa diz respeito ao desenvolvimento de explicações sobre fenômenos. Ou seja, visa ajudar a entender o mundo social e por que as coisas são como são. Está preocupada com os aspectos sociais e procura responder a perguntas sobre: por que as pessoas se comportam da maneira que fazem; como as opiniões e atitudes são formadas; como as pessoas são afetadas pelos eventos que

acontecem ao seu redor; como e por que culturas e práticas se desenvolveram (HANKOK et al., 2009).

Em um ambiente de saúde, a pesquisa qualitativa é particularmente útil onde a questão do estudo envolve situações e experiências e pontos de vista são procurados para explorar ou identificar conceitos ou visões no contexto da vida real (MASON, 2002).

Os métodos quantitativos enfatizam medidas objetivas e a análise estatística, matemática ou numérica de dados coletados através de questionários e pesquisas ou através da manipulação de dados estatísticos pré-existentes usando técnicas computacionais. A pesquisa quantitativa concentra-se em coletar dados numéricos e generalizá-los em grupos de pessoas ou em explicar um fenômeno específico (BABBIE, 2010).

O termo “métodos mistos” refere-se a uma metodologia emergente de pesquisa que integra dados quantitativos e qualitativos dentro de uma única investigação. A premissa básica desta metodologia é que tal integração permite uma utilização mais completa e sinérgica dos dados, quando comparada à coleta e análise dos dados quantitativos ou qualitativos separadamente.

A pesquisa utilizando métodos mistos originou-se nas ciências sociais e expandiu-se recentemente para a área da saúde e ciências médicas. Na última década, seus procedimentos foram desenvolvidos e aperfeiçoados para atender uma ampla variedade de questões de pesquisa (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

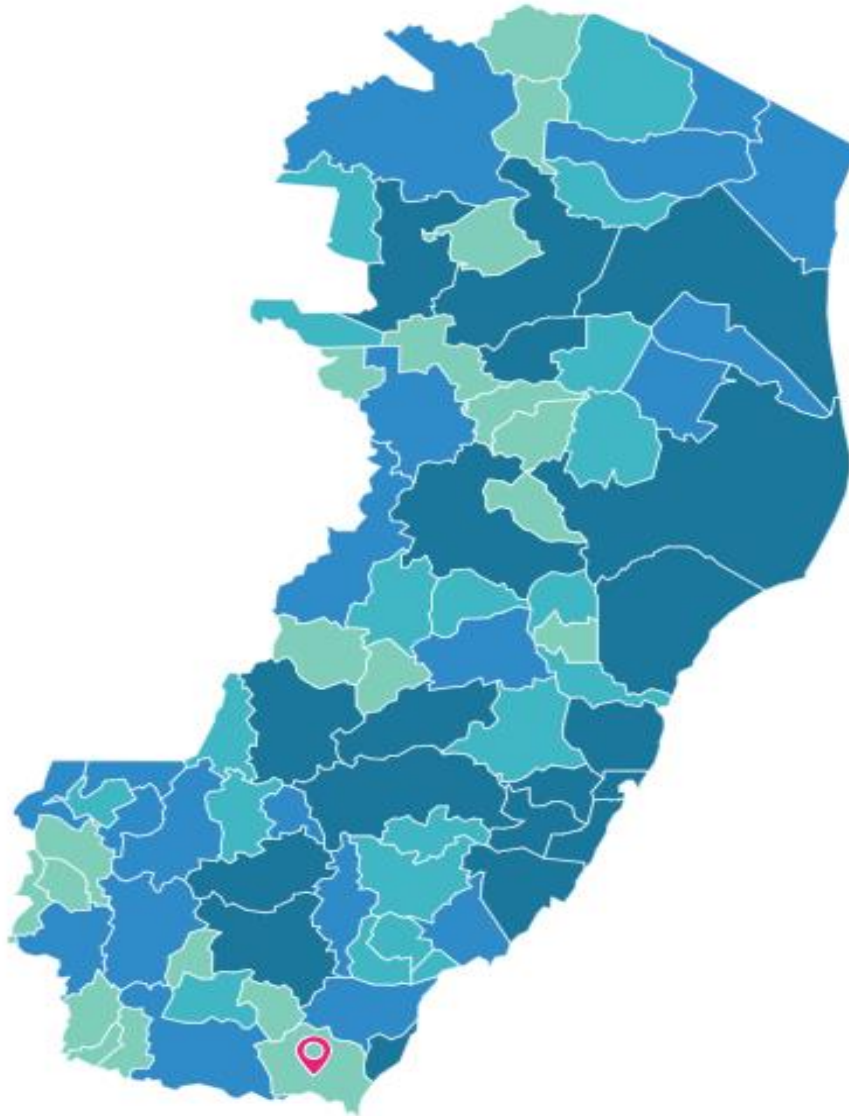
As principais características de um estudo quali-quantitativo incluem uso de procedimentos rigorosos na coleta e análise de dados apropriados para cada método, como garantir o tamanho adequado da amostra para análise quantitativa e qualitativa; integração dos dados durante a coleta, análise ou discussão de dados; utilização de procedimentos que implementem componentes qualitativos e quantitativos de forma simultânea ou sequencialmente, com a mesma amostra ou com amostras diferentes (WISDON et al., 2011).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

A amostra do estudo foi composta por 50 gestantes residentes no município de Presidente Kennedy-ES, que possui uma população de 11.221 habitantes,

localizando-se no litoral sul do estado do Espírito Santo, como pode ser observado na Figura 19.

Figura 19 – Mapa do estado do Espírito Santo, com destaque para o município de Presidente Kennedy



Fonte: IBGE (2019)

O município já representou o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Brasil, devido aos repasses de royalties da exploração de petróleo em alto mar, na camada do pré-sal, no entanto, com a queda do preço dos barris de petróleo no mercado mundial (IBGE, 2019).

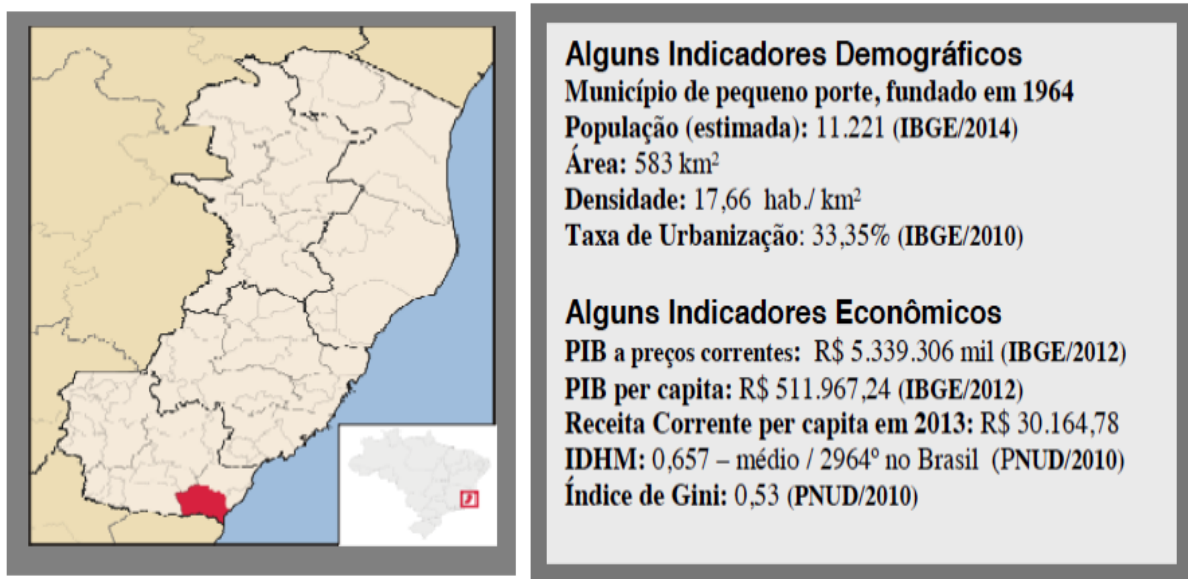
Apesar da importância na exploração do petróleo, é um município que apresenta muita desigualdade social e pobreza, com sua economia majoritariamente

ligada a agricultura, que responde por cerca de 70% da arrecadação municipal, com destaque para o cultivo de maracujá, mandioca, cana de açúcar e pecuária leiteira, sendo o maior produtor de leite do estado (IBGE, 2019).

O maior empregador local é o poder público municipal, que possui cerca de 1.800 servidores, entre estatais e sem vínculos permanentes (comissionados e designação temporária).

De acordo com o IBGE (2019), o salário médio mensal da população em 2016 era de 2,4 salários mínimos, possuindo 40,6% da população vivendo em domicílios com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,657, considerado médio. Os indicadores demográficos do município estão apresentados na Figura 20.

Figura 20 – Indicadores demográficos do município de Presidente Kennedy



Fonte: COSTA FILHO (2015)

O município desenvolve o Programa do Desenvolvimento da Educação Superior e Técnico (PRODES), onde oferece bolsas de estudos para cursos de graduação e pós-graduação *lato senso* e *strito senso* em instituições localizadas em outros municípios, beneficiando cerca de 900 moradores da cidade, além de investir em cursos de qualificação profissional, em uma parceria com o Sistema S, oferecendo capacitação para cerca de 1,3 mil pessoas por ano. O programa tem por objetivo criar mão de obra qualificada, profissionalizando seus habitantes (PRESIDENTE KENNEDY, 2019).



Utilizou-se um questionário estruturado, autoaplicado, elaborado especificamente para este estudo, composto por 27 questões fechadas, dividido em cinco partes: em um primeiro momento, buscou traçar o perfil socioeconômico, analisando idade, escolaridade, situação habitacional e conjugal, exercício de atividade remunerada, participação na renda familiar e renda mensal do domicílio; a segunda parte do questionário se dedicou a analisar a situação do pré-natal das gestantes participantes do estudo; o terceiro momento do questionário teve suas perguntas direcionadas para averiguar o conhecimento da amostra sobre a sífilis na gestação. Em um quarto momento, o questionário buscou analisar o conhecimento da amostra sobre a sífilis e a quinta e última parte do questionário buscou analisar as considerações das gestantes sobre o atendimento nos serviços de saúde (Apêndice A).

Todas as gestantes que participaram da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido esclarecidas sobre os objetivos do estudo e terem concordado em participar da mesma (Apêndice B).

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise quantitativa dos dados, estes foram tabulados de acordo com as variáveis, obtendo-se a frequência absoluta e o percentual de cada uma.

Para a análise qualitativa dos dados, optou-se pela análise temática, através do que Bardin (2004) denomina de 'núcleos de sentido'. Para tanto, foram criadas as seguintes unidades temáticas: situação do pré-natal, conhecimento sobre a sífilis na gestação, conhecimento sobre a sífilis e percepções das gestantes sobre o atendimento nos serviços de saúde. Para analisar e discutir os dados obtidos, utilizou-se a literatura pertinente ao assunto.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

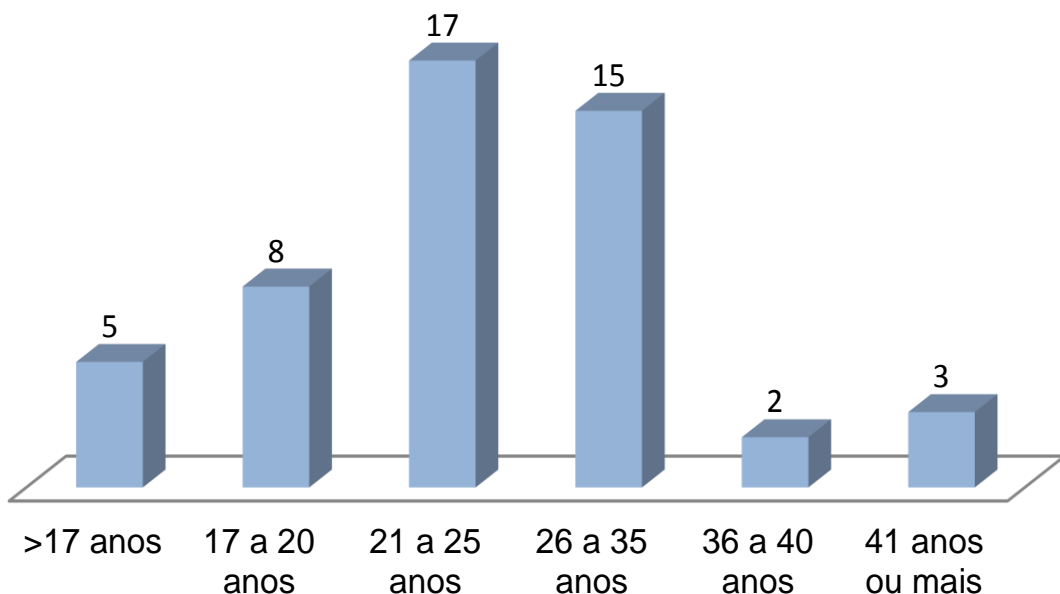
O estudo obedeceu as exigências contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra foi composta por 50 gestantes atendidas nos serviços de saúde do município de Presidente Kennedy-ES, que responderam a um questionário. Em um primeiro momento, buscou traçar o perfil socioeconômico, analisando idade, escolaridade, situação habitacional e conjugal, exercício de atividade remunerada, participação na renda familiar e renda mensal do domicílio.

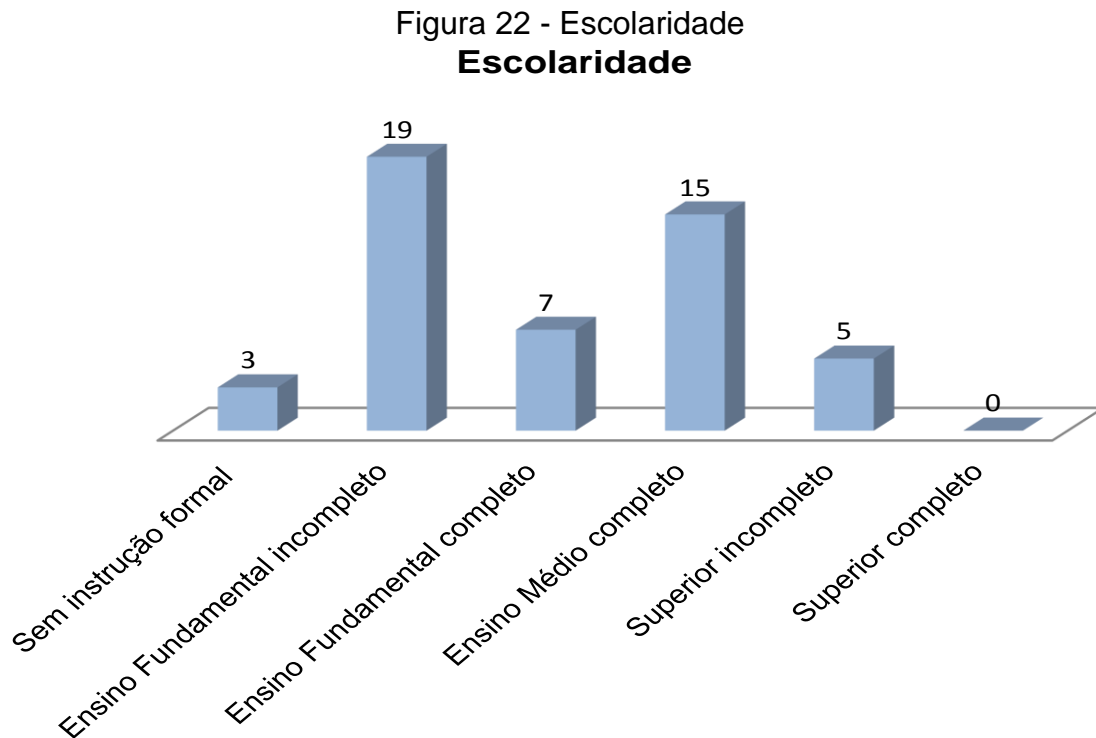
Ao se caracterizar a amostra, observa-se que um maior número de entrevistadas está na faixa etária de 21 a 35 anos (Figura 21), idade de maior fertilidade da mulher. Existe uma tendência mundial das mulheres retardarem a maternidade, dado que não foi constatado entre as gestantes pesquisadas. Entretanto, para Gomes et al. (2009), apesar de tal tendência, o aumento da idade reduz a fecundidade natural e as taxas de gestação declinam, fato constatado na presente pesquisa, onde somente 10% da amostra possui idade superior a 36 anos.

Figura 21 – Idade  
**Idade**



Em relação à escolaridade, um maior percentual, 40% (n=19) possui o ensino fundamental incompleto, seguido de ensino médio completo, com 30% (n=15). Nenhuma participante possui ensino superior; 6% (n=3) não possui instrução formal;

14% (n=7) possui ensino fundamental completo; e 10% (n=5) possui ensino superior incompleto (Figura 22).



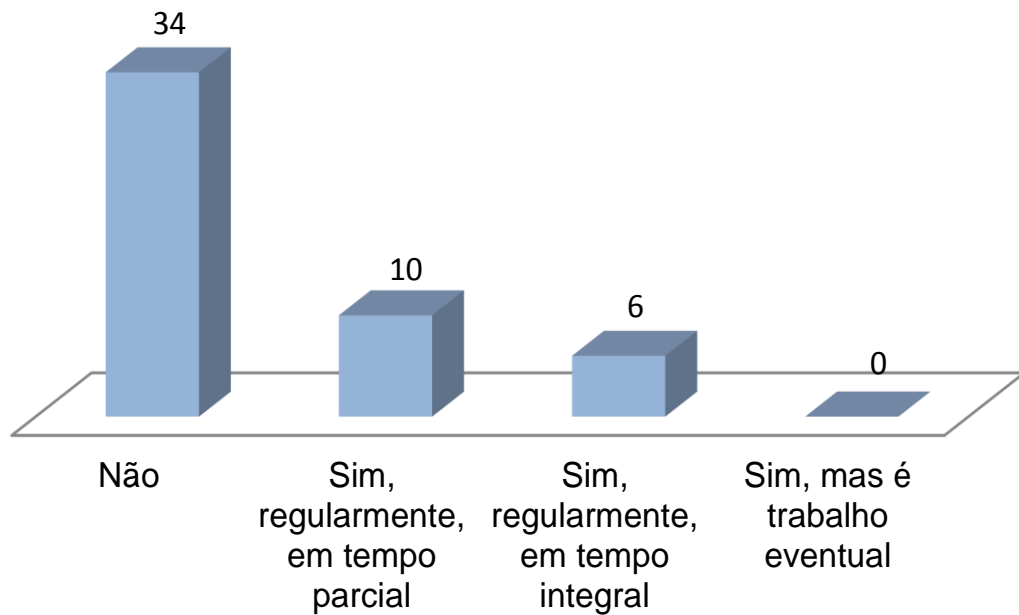
Segundo dados do Ministério da Saúde, a escolaridade influencia no percentual de gestantes com sífilis, onde 20,4% das mulheres diagnosticadas no país, entre os anos de 2007 e 2018, possuem ensino fundamental incompleto, enquanto somente 0,08% possuem ensino superior (BRASIL, 2019).

A baixa escolaridade tem sido considerada um marcador de alto risco para ISTs, devido ao pouco acesso a informações e esclarecimentos sobre modos de prevenção. Estudos analisando a sífilis em mulheres detectaram prevalência da doença entre aquelas que possuem menor escolaridade (LIMA et al., 2013; GONZALES et al., 2014; NONATO et al., 2015).

Em relação à situação habitacional, 50% (n=25) da amostra reside em imóvel próprio; 20% (n=10) pagam aluguel; e 30% (n=15) residem em imóveis cedidos ou junto aos pais. Quanto à situação conjugal, 92% (n=46) vivem com um companheiro e somente 8% (n=4) não possuem companheiro.

No que se refere à atividade remunerada, grande parte das gestantes, 68% (n=34) não possui nenhuma renda, 20% (n=10) trabalha em período parcial e somente 12% (n=6) trabalha em tempo integral, como apresentado na Figura 23.

Figura 23 – Exercício de atividade remunerada  
**Atividade remunerada**

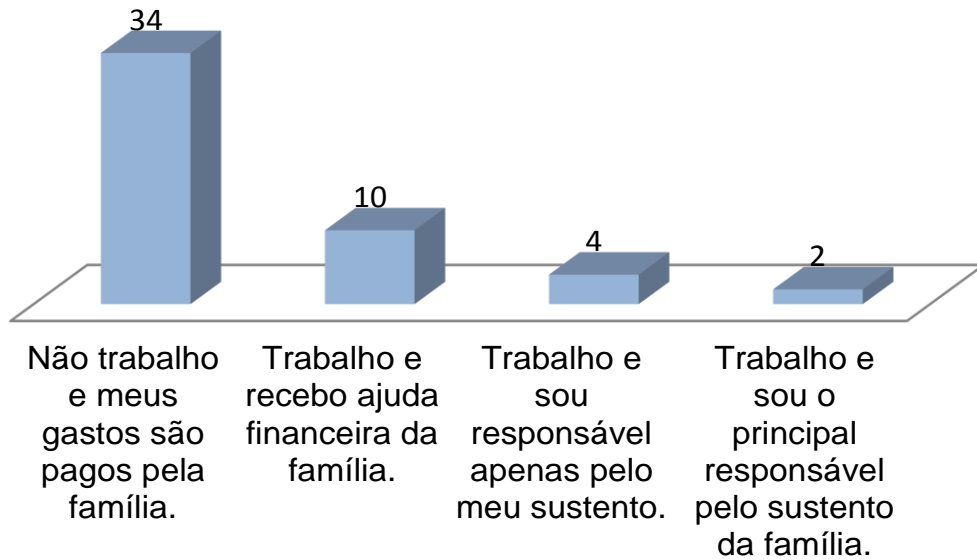


Estudo de Domingues e Leal (2016) constatou que gestantes com diagnóstico de sífilis viviam em menor número com companheiro, não possuíam trabalho remunerado ou tinham renda muito pequena.

Para Macêdo et al. (2017), pouca escolaridade, baixa renda e situação conjugal (união estável ou não estável) estão entre os fatores demográficos considerados de risco, relacionando a sífilis com a pobreza, apesar de ressaltarem que a doença não se limita a ela.

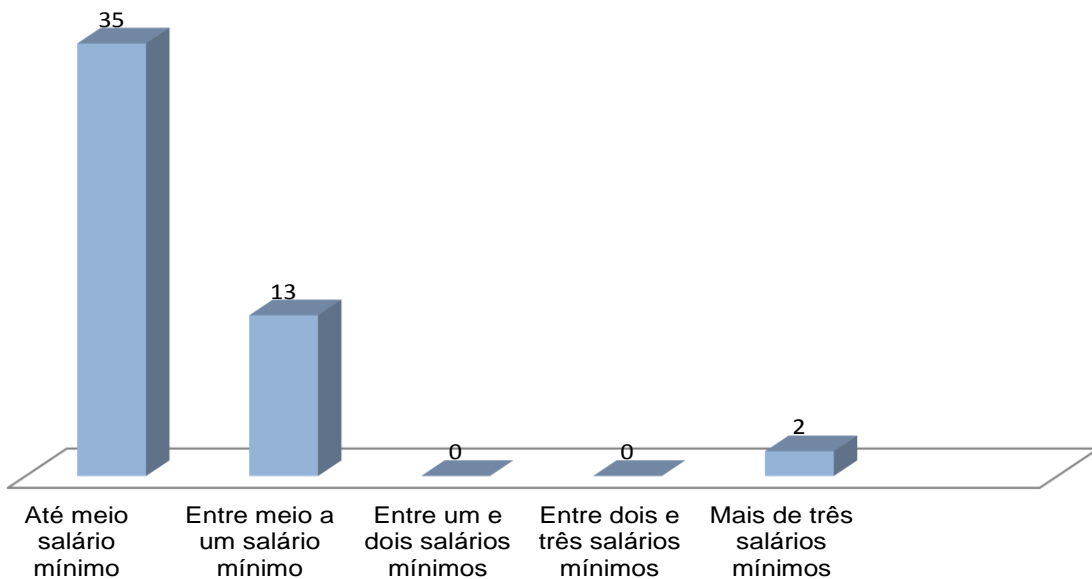
Quanto à participação na vida econômica familiar, os resultados se aproximam do anterior, onde 68% (n=34) das mulheres alegaram depender financeiramente da família; 20% (n=10) trabalha, mas recebe ajuda familiar; 8% (n=4) é responsável somente pelo próprio sustento; e 4% (n=2) trabalha, sendo a principal responsável pelo sustento da família, como pode ser observado na Figura 24.

Figura 24 – Participação da gestante na vida econômica familiar  
**Participação na vida econômica familiar**



Ao se analisar a renda mensal familiar, constatou-se que 70% (n=35) recebem até meio salário mínimo; 26% recebem entre meio e um salário mínimo; e 4% (n=2) possuem rendimento acima de três salários mínimos (Figura 25).

Figura 25 – Renda mensal familiar  
**Renda mensal familiar**



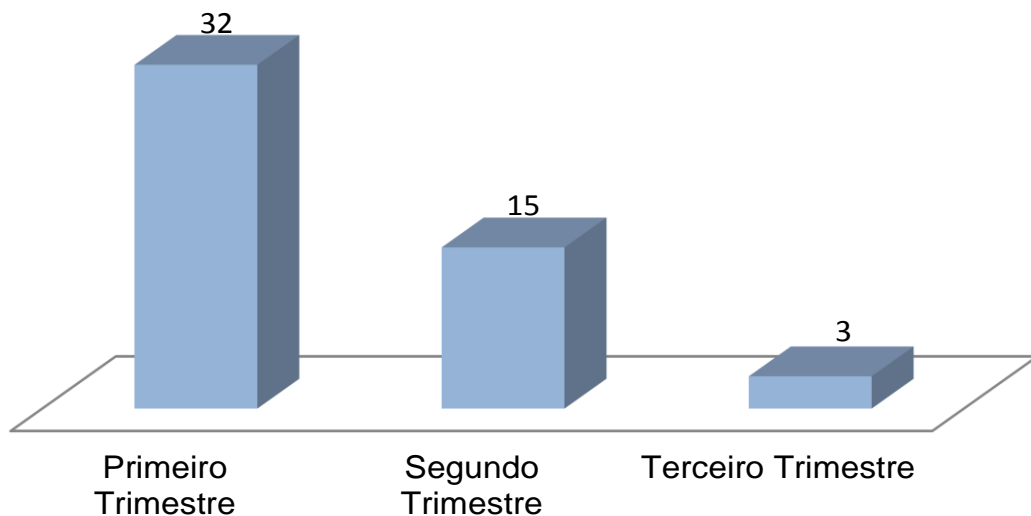
Ao se observar o número de gestantes com renda de até meio salário mínimo, observa-se que a amostra coincide com a situação econômica observada no município, onde, de acordo com o IBGE (2019), 40,6% da população possui

rendimento nestes valores e cerca de 34% da população é beneficiária do Programa Bolsa Família, destinado às populações mais carentes.

Para Costa Filho (2015), apesar do recebimento dos royalties do petróleo serem significativos, classificando o município como maior IDHM do país durante anos, essa arrecadação não conseguiu apresentar índices sustentáveis de desenvolvimento econômico, político e social considerável ou compatível ao esperado.

A segunda parte do questionário se dedicou a analisar a situação do pré-natal das gestantes participantes do estudo. Quanto ao pré-natal, 64% (n=32) das gestantes iniciaram no primeiro trimestre; 30% (n=15) no segundo trimestre; e 6% (n=3) no terceiro trimestre da gestação (Figura 26).

Figura 26 – Início do pré-natal  
**Início do pré-natal**



O Ministério da Saúde salienta que o início precoce do pré-natal proporciona uma melhor assistência às mulheres, pois permite que causas de morbidades e mortalidade sejam evitadas para a mãe e para o feto (BRASIL, 2005). Entretanto, apesar dessa recomendação e dos benefícios desse início precoce, ainda há uma parcela de mulheres que buscam tardiamente esse serviço, situação também verificada neste estudo.

Pesquisa de Coutinho et al. (2003) apresentou um resultado alarmante, onde somente 29,7% das gestantes haviam iniciado o pré-natal no primeiro trimestre da

gravidez, ressaltando que este fato interfere em outras ações importantes, como a não realização de exames importantes para evitar resultados negativos na gestação, parto e puerpério.

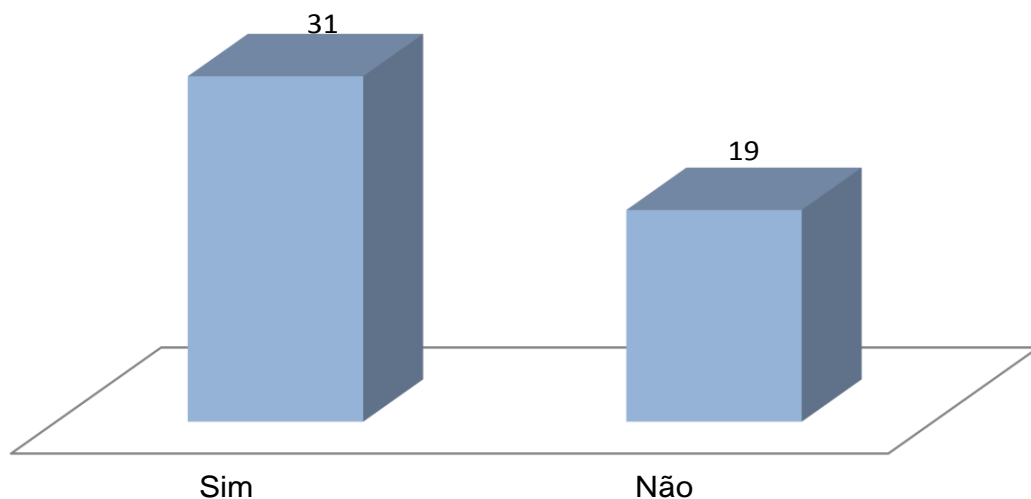
Um pouco mais otimista que este estudo, resultados obtidos por Gonçalves et al. (2009) detectaram que 73,5% das mulheres iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, salientando que a cobertura apresenta aumento de acordo com maior renda familiar.

Questionadas sobre o número de consultas no pré-natal, 20% (n=10) da amostra respondeu que o número ideal é entre 4 a 6; 62% (n=31) considera que até 7 consultas devem ser realizadas; e 18% (n=9) entendem que o ideal são mais de 7 consultas. Nenhuma gestante respondeu que devem ser realizadas somente 1 a 3 consultas.

A recomendação do Ministério da Saúde é de que sejam realizadas pelo menos seis consultas durante a gestação, a fim de garantir uma assistência qualificada, com o pré-natal tendo início no primeiro trimestre, a fim de orientar as gestantes sobre possíveis intercorrências na gestação, parto e puerpério, incluindo imunização, aleitamento materno e dieta suplementar (BRASIL, 2005).

Em relação às orientações sobre a sífilis nos serviços de saúde, 62% (n=31) afirmou ter recebido orientações durante o pré-natal, enquanto 38% (n=19) alegaram não ter recebido nenhuma orientação (Figura 27).

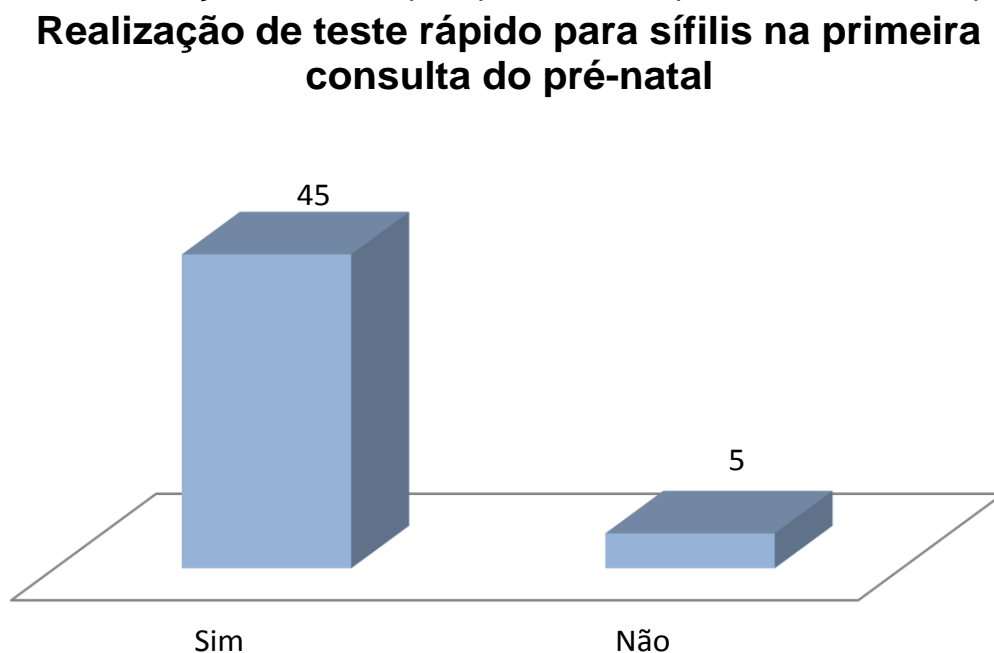
Figura 27 – Orientação sobre a sífilis no pré-natal  
**Orientação sobre sífilis no pré-natal**



Os serviços de saúde devem oferecer aconselhamento e orientações para todas as gestantes, para que, caso seja necessário, possam ser realizadas ações profiláticas com o objetivo de reduzir os riscos de transmissão vertical da sífilis e outras ISTs. A redução da transmissão vertical da sífilis é um dos determinantes da qualidade da assistência à gestação e parto, tendo notificação obrigatória desde 2005 e da sífilis congênita desde 1986. Assim, os profissionais que atendem as gestantes devem oferecer todas as informações necessárias sobre a doença, bem como medidas preventivas e profiláticas, além dos testes rápidos (SCHMEING, 2012).

Questionadas se fizeram o teste rápido para a sífilis na primeira consulta do pré-natal, 90% (n=45) responderam que sim, enquanto 10% (n=5) afirmaram não ter feito o exame (Figura 28).

Figura 28 – Realização de teste rápido para sífilis na primeira consulta do pré-natal



Os testes rápidos são realizados e tem seu resultado em até 30 minutos, pois sua leitura não demanda estrutura laboratorial, sendo realizado a olho nu e, de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser assegurado o “acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis na gestante e que o tratamento seja realizado em tempo oportuno na Atenção Básica” (BRASIL, 2013, p. 7). Desse modo, todas as gestantes devem ser testadas na primeira consulta do pré-natal, não se justificando que 10% da amostra não tenha realizado o mesmo.



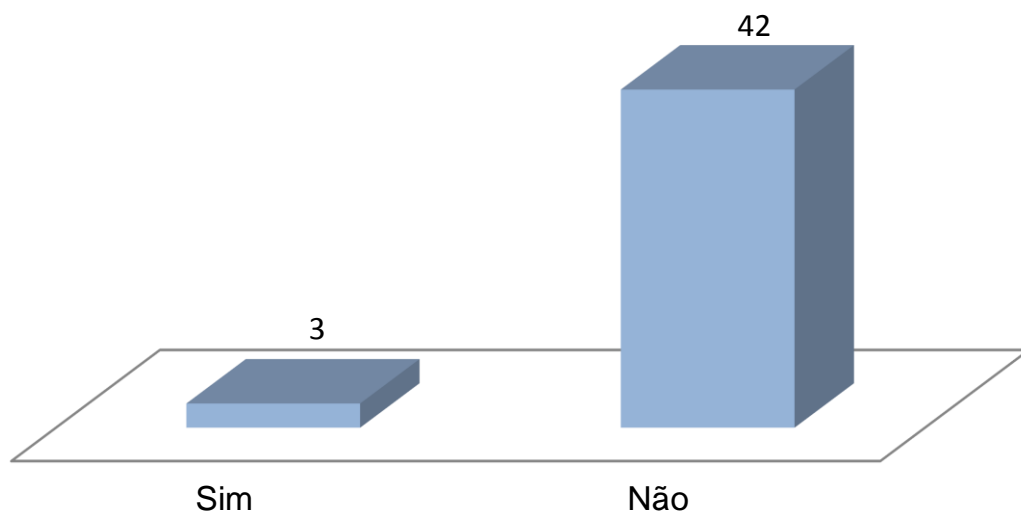
Este é um teste cuja execução, leitura e interpretação do resultado são feitas em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial, e a leitura do resultado é realizada a olho nu (BRASIL, 2010, p. 83). O Ministério da Saúde, através das Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica (BRASIL, 2013, p. 7), assegura que “é primordial que se qualifique o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis na gestante e que o tratamento seja realizado em tempo oportuno na Atenção Básica”.

Estudo de Bagatini (2014) analisando o programa de teste rápido para sífilis no pré-natal encontrou um percentual um pouco inferior aos resultados encontrados nesta pesquisa, tendo detectado que 16% das gestantes atendidas em uma unidade de saúde não haviam feito o teste de sífilis na primeira consulta.

Para Serruya et al. (2004), a não realização dos exames e procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde são pontos de atenção no atendimento pré-natal, recomendando em seu estudo que os profissionais sejam motivados e capacitados em relação à necessidade e importância desses procedimentos.

Dentre as 45 gestantes que realizaram o teste rápido para sífilis, 93% (n=42) tiveram resultado negativo e 7% (n=3) receberam resultado positivo (Figura 29). Das três gestantes com testes positivos para sífilis, 75% (n=2) afirmaram que o parceiro foi chamado ao serviço de saúde e recebeu orientações sobre a doença.

Figura 29 – Positividade no exame de sífilis  
**Exame de sífilis positivo**



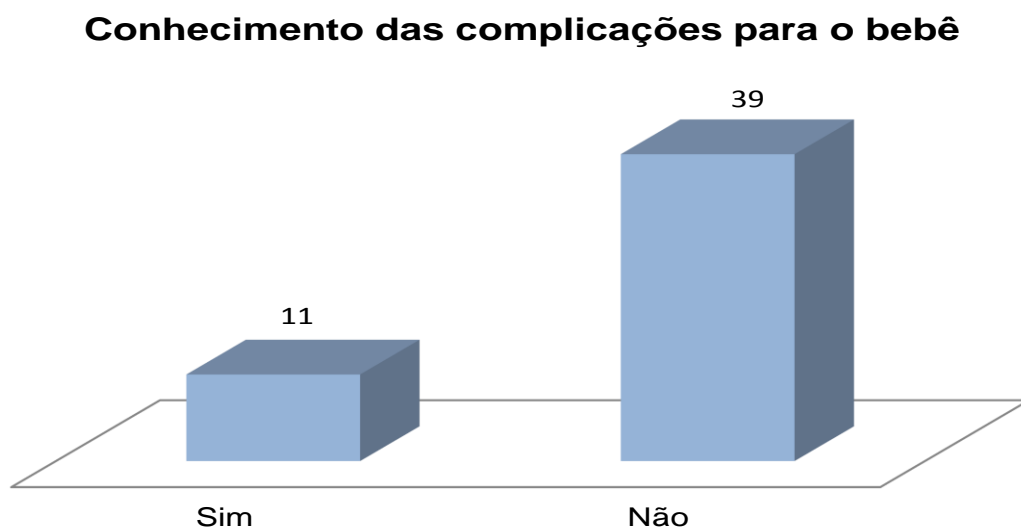
Estudo de Padovani et al. (2018), realizado no Paraná, detectou um percentual de 62,59% de mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação, número consideravelmente superior ao do presente estudo. Segundo os autores, além de ser um percentual considerável, este pode estar sendo subestimado, pois muitos casos não são notificados, investigados ou tratados.

Quanto ao chamamento do parceiro e conseqüente tratamento, concomitante ao da gestante, pesquisa de Bagatini (2014) constatou que somente 44% dos parceiros foram notificados e receberam tratamento nas unidades de saúde foco da sua pesquisa. Tal resultado se mostra com um percentual superior de parceiros não tratados quando comparado a este estudo.

A Rede Cegonha preconiza o acesso às gestantes e seus parceiros, entretanto, segundo Padovani et al. (2018), algumas unidades básicas de saúde exigem agendamento, o que retarda o atendimento e realização dos testes, dificultando a vinda do parceiro aos serviços, já que muitos não podem se afastar em horário de trabalho. Outros motivos detectados pela pesquisa para o não tratamento do parceiro foi sorologia não reagente, ausência de contato com a gestante e recusa ao tratamento.

O terceiro momento do questionário teve suas perguntas direcionadas para averiguar o conhecimento da amostra sobre a sífilis na gestação. Perguntadas sobre o conhecimento que possuem sobre as complicações da sífilis para o bebê, 78% (n=39) das gestantes responderam que não e somente 22% (n=11) alegaram conhecer (Figura 30).

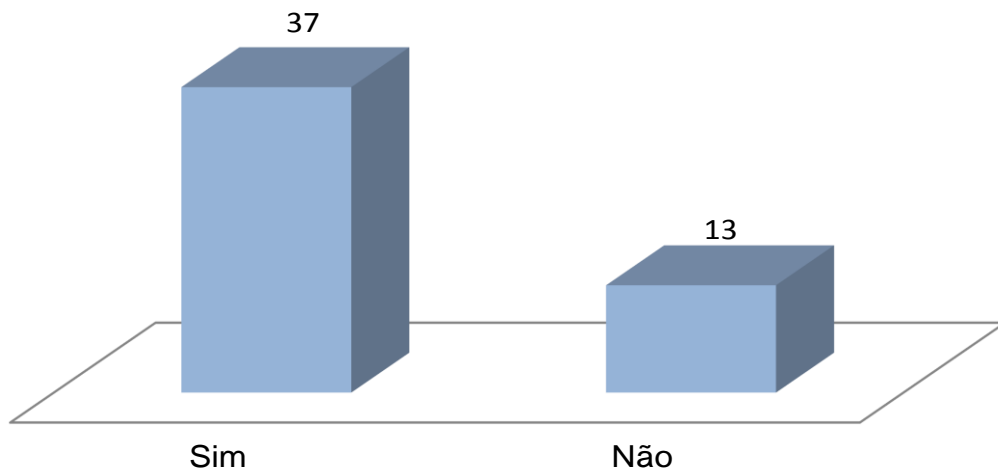
Figura 30 – Conhecimento das complicações da sífilis para o bebê



Ao serem questionadas se têm conhecimento de que a gestante infectada pela sífilis pode transmitir a doença ao feto, 74% (n=37) afirmaram conhecer este dado, enquanto 26% (n=13) afirmaram desconhecer (Figura 31).

Figura 31 – Conhecimento sobre o risco de transmissão ao bebê

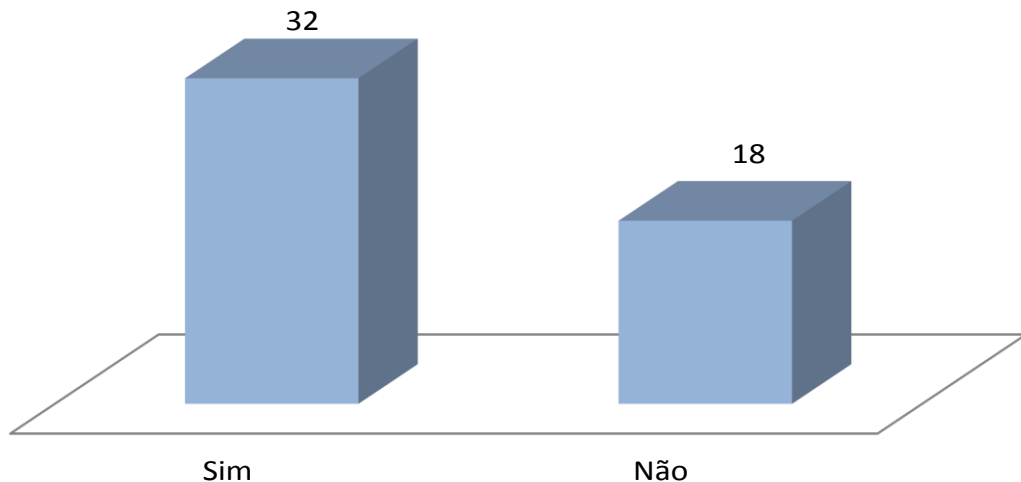
**Conhecimento do risco de transmissão para o feto**



Questionadas sobre a relação da doença com a morte do feto no período gestacional, 64% (n=32) das gestantes afirmaram ter esse conhecimento, enquanto 36% (n=18) alegaram desconhecer esse problema (Figura 32).

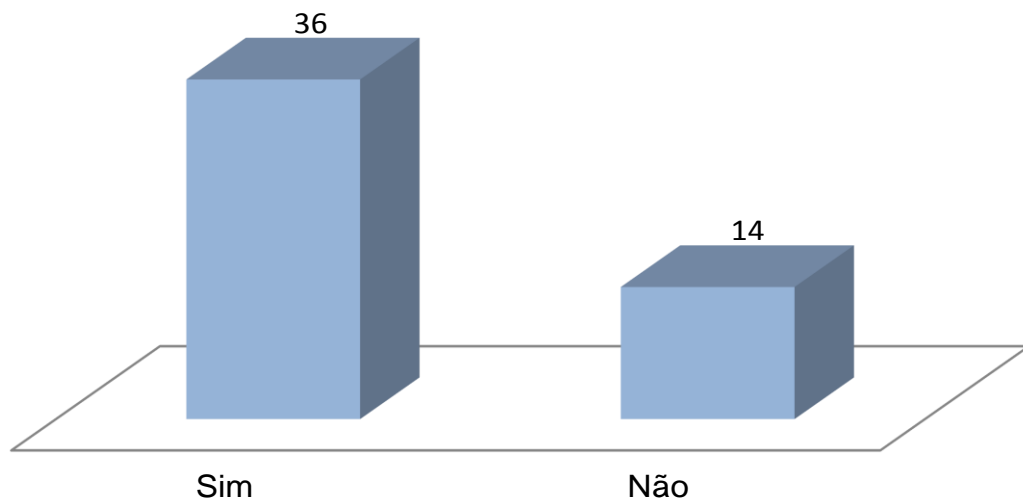
Figura 32 – Relação da sífilis com morte do feto

**Relação da doença com morte do feto**



Indagadas sobre o conhecimento da relação da sífilis com parto prematuro, 72% (n=36) gestantes responderam afirmativamente e 28% (n=14) afirmaram desconhecer essa informação (Figura 33).

Figura 33 – Relação da sífilis com parto prematuro  
**Relação com parto prematuro**



Diversos estudos têm detectado desfechos negativos na gestação e consequências graves para o feto de mães com sífilis, como aborto espontâneo, prematuridade, óbito neonatal, morte intrauterina e má formação em múltiplos órgãos (DE LORENZI et al., 2009; NEWMAN et al., 2013; DOMINGUES et al., 2014; DAMASCENO et al., 2014; BOTELHO et al., 2016).

Estudo de Newman et al. (2013), realizado com estimativas globais, constatou que mais de meio milhão de gestações apresentaram resultados adversos da gravidez devido à sífilis, dos quais aproximadamente 215.000 eram natimortos ou mortes fetais precoces, 90.000 eram mortes neonatais, 65.000 eram prematuros ou de baixo peso e outros 150.000 eram recém-nascidos infectados. As estimativas não incluíram mortes adicionais que seriam esperadas após o primeiro mês de vida devido à prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecções congênitas, estimadas em aproximadamente 10% de mortalidade em um ano (ou seja, aproximadamente 21.500 mortes infantis adicionais).

A sífilis no recém-nascido se apresenta com um quadro clínico variado, a criança contaminada por via placentária apresenta sintomas como rinite hemorrágica, erupção eritematopapulosa, placas mucosas, condiloma

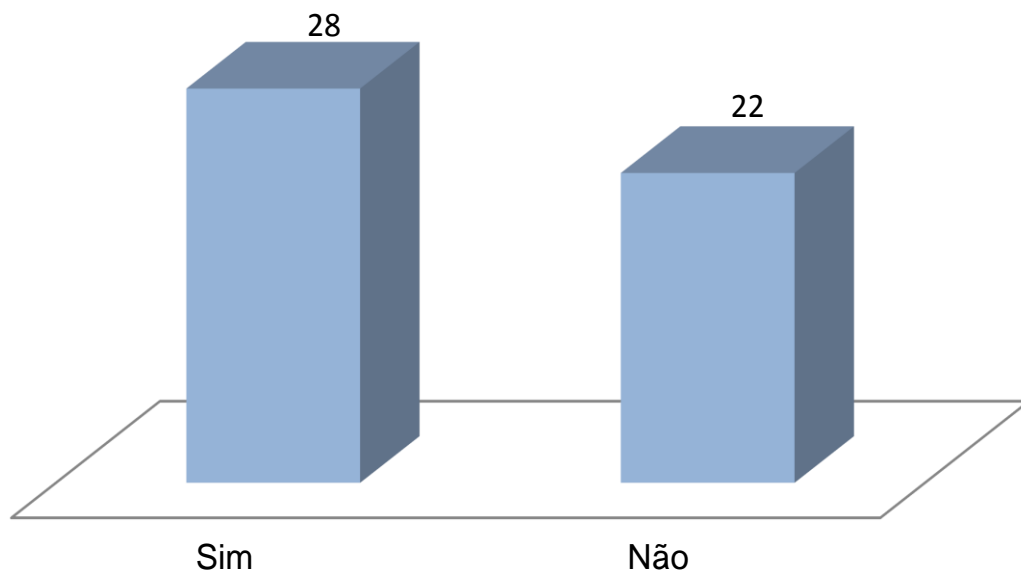
plano, fissuras periorificiais radiadas, pênfigo sífilítico, microadenopatia e hepatoesplenomegalia, choro intenso e plaquetopenia, entre outras manifestações possíveis na sífilis congênita recente, até ceratite intersticial, tibia em sabre, gomas, hidrartose bilateral de Clutton e ainda outras manifestações tardias (MACHADO; TERRA, 2015, p. 7).

O Ministério da Saúde calcula que a taxa de transmissão da mãe para o feto chega a 80% dos casos (BRASIL, 2015). Estudo de Costa et al. (2010) constatou que quanto mais recente for a doença materna, maiores são os riscos de transmissão.

Em um quarto momento, o questionário buscou analisar o conhecimento da amostra sobre a sífilis. Ao serem perguntadas se sabem o que é a sífilis, 56% (n=28) responderam afirmativamente e 44% (n=22) alegaram desconhecer a doença (Figura 34).

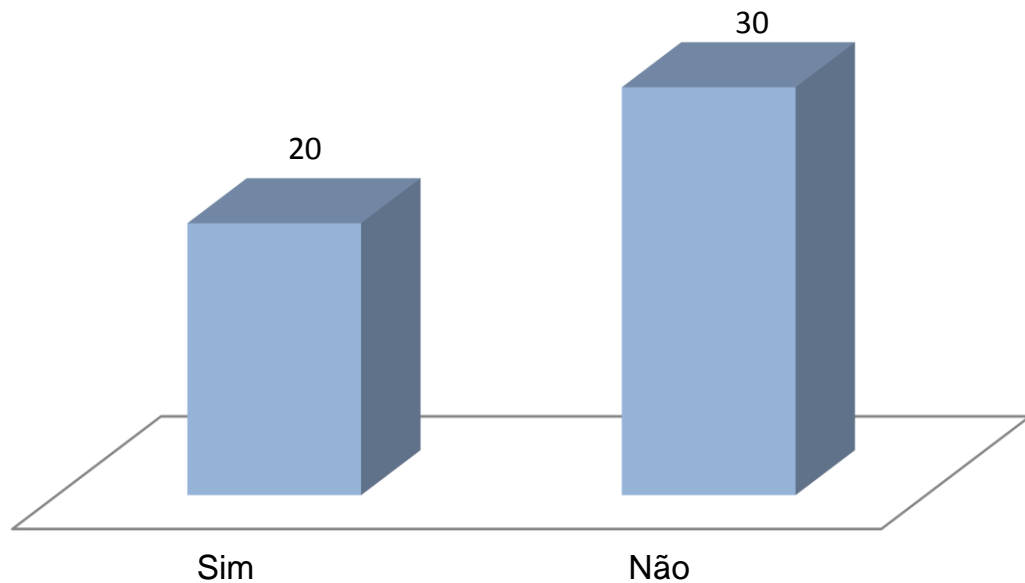
Figura 34 – Conhecimento da doença

### Sabe o que é a sífilis



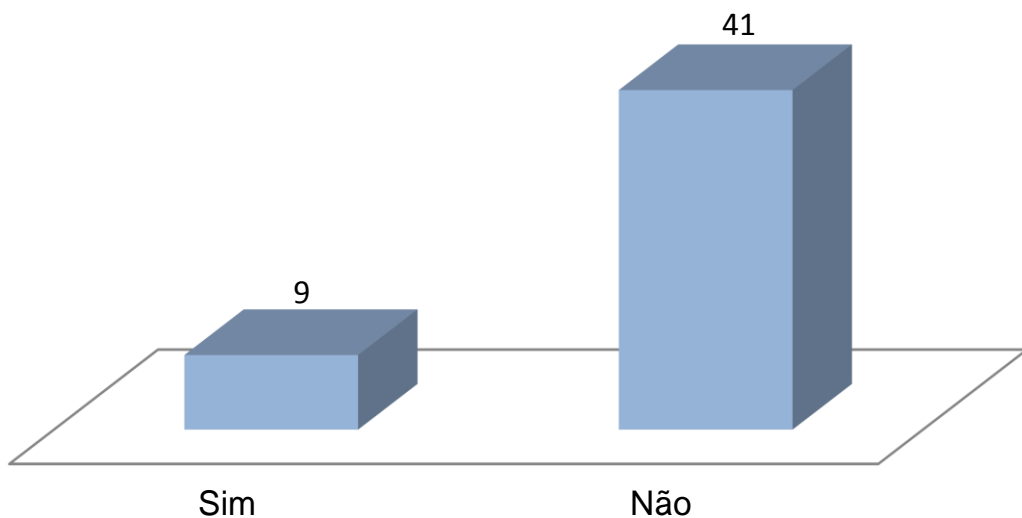
Questionadas sobre as complicações da doença, quando não tratada, 40% (n=20) responderam positivamente e 60% (n=30) afirmaram desconhecer (Figura 35). Observa-se que, apesar de mais da metade da amostra ter afirmado saber o que é a sífilis, um grande percentual desconhece as diversas complicações, para a mãe e para o feto, da doença não tratada, complicações essas já descritas anteriormente.

Figura 35 – Conhecimento sobre as complicações da sífilis não tratada  
**Complicações da doença não tratada**



Ao serem indagadas se procuram se informar melhor sobre a doença, somente 18% (n=9) responderam afirmativamente e 82% (n=41) responderam que não procuram informações (Figura 36). Dentre as gestantes que buscam se informar, 50% (n=6) o fazem nas unidades saúde; 25% (n=3) buscam informações na internet; e 25% (n=6) se informam com amigos e familiares.

Figura 36 – Procura informações sobre o assunto  
**Procura se informar sobre o assunto**

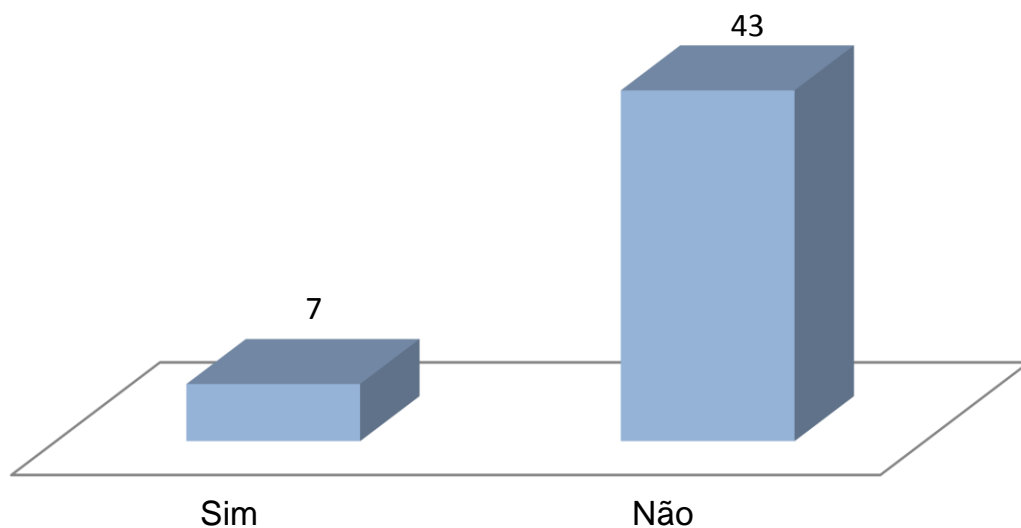


Segundo Domingues (2012), a pouca procura por informação está diretamente relacionada a baixo nível de instrução, favorecendo a desinformação, pouca procura por programas de saúde e deficiências no autocuidado.

No mesmo sentido, Mesquita et al. (2012, p. 5) ressalta que gestantes com baixo nível socioeconômico, como as que fizeram parte do presente estudo, apresentam pouca procura por informação, afirmando “a associação pobreza e desinformação se constitui fator de risco para a vulnerabilidade das mulheres, mantendo relação direta com as limitações de suas relações pessoais”.

Perguntadas se conhecem alguém que tem ou teve sífilis, 14% (n=7) responderam que sim, enquanto 86% (n=43) afirmaram que não (Figura 37). Em geral, pessoas com sífilis não divulgam que são portadores da doença, devido ao estigma associado à ela, o que pode explicar o baixo percentual de gestantes que conhecem alguém que tem ou teve a doença.

Figura 37 – Conhece alguém que tem ou teve sífilis  
**Conhece alguém que tem ou teve sífilis**



Segundo Siena (2001) pacientes com sífilis frequentemente procuram esconder sua doença ou como a contraíram, a fim de evitar a discriminação, pois ainda existe preconceito e a noção de que esta é exclusiva de pessoas promíscuas ou de homossexuais. Assim, apesar de ser uma doença que vem apresentando um aumento de incidência, a sífilis se manter camuflada por aqueles que foram

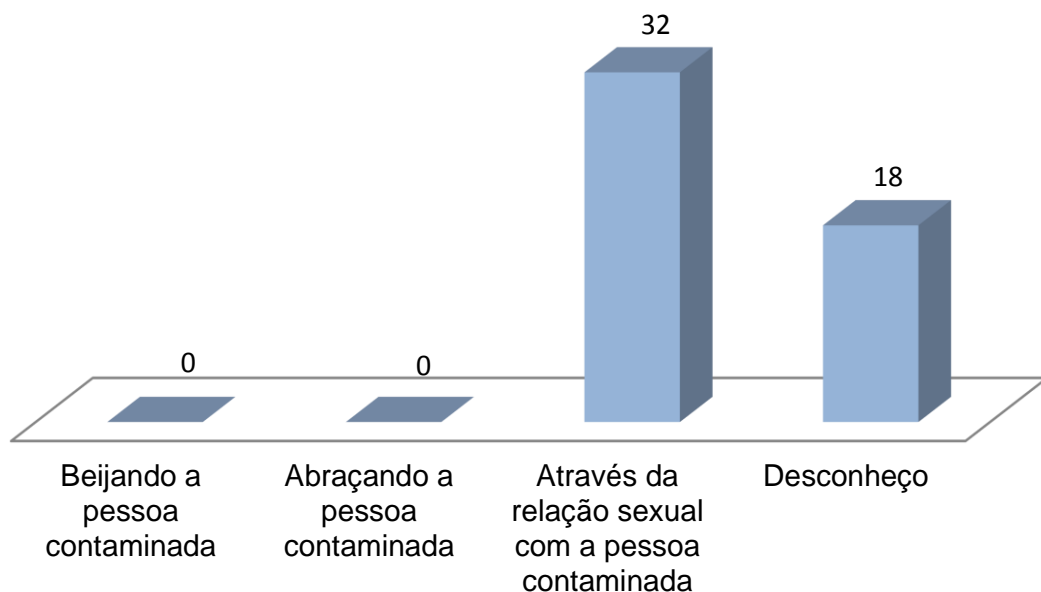
contaminados, o que acaba por agravar ainda mais o problema, devido à contaminação de outras pessoas.

Perguntadas sobre as fases da doença, 12% (n=6) responderam que a sífilis possui estágio primário e secundário; 30% (n=15) afirmaram que possui os estágios primário, secundário e terciário; e 58% (n=29) responderam que desconhecem. Estes resultados demonstram o pouco conhecimento dessas gestantes sobre a doença, apesar de uma maioria anteriormente ter afirmado conhecer o problema, denotando a deficiência das informações.

Segundo Nonato et al. (2015) é de essencial importância o conhecimento dos aspectos da doença e os sintomas presentes em cada uma de suas fases, pois através da identificação desses sinais, a gestante pode buscar os serviços de saúde, realizar os exames e, se necessário, o tratamento.

Ao serem perguntadas sobre as formas de contágio, 64% (n=32) responderam que este se dá através de relação sexual com pessoa contaminada; e 36% (n=18) afirmaram desconhecer como ocorre o contágio. Nenhuma gestante assinalou que é possível contrair a sífilis através do beijo e de abraço (Figura 38).

Figura 38 – Conhecimento sobre forma de contágio  
**Formas de contágio**



Apesar da maioria da amostra ter reconhecido que a transmissão se dá através do contato sexual, foi possível observar que um percentual considerável

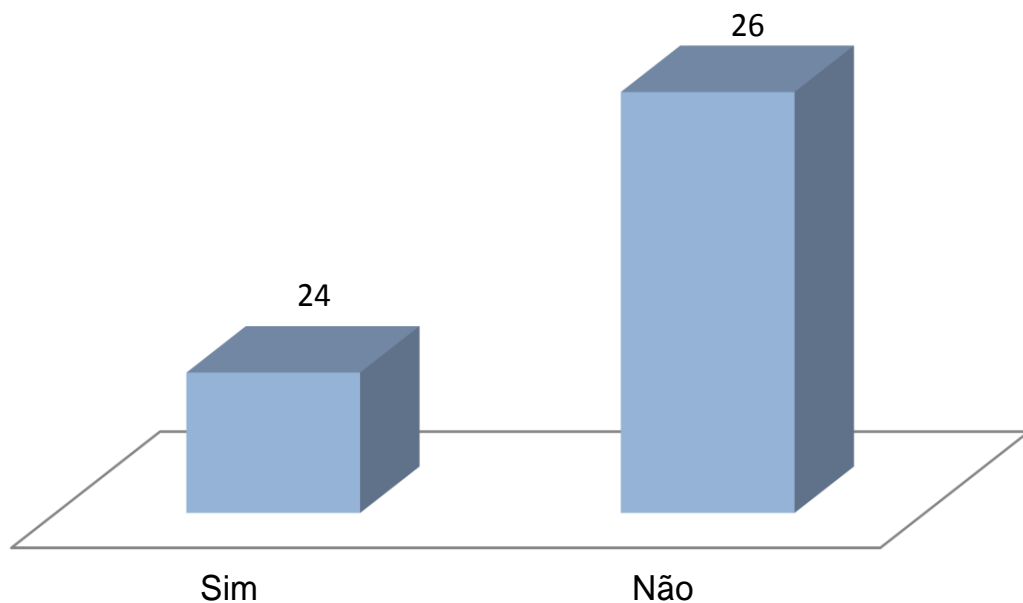


desconhece as formas de contágio, demonstrando falhas no pré-natal nas orientações a essas gestantes.

Neste sentido, nas consultas de enfermagem realizadas durante o pré-natal, o enfermeiro deve estabelecer um canal de comunicação eficaz com as gestantes, fornecendo informações não somente sobre o seu estado, mas também sobre o autocuidado (SANTOS et al., 2013).

A quinta e última parte do questionário buscou analisar as considerações das gestantes sobre o atendimento nos serviços de saúde. Quando perguntadas se já participaram de alguma palestra de conscientização sobre a sífilis congênita, 48% (n=24) responderam positivamente e 52% (n=26) afirmaram não ter participado (Figura 39).

Figura 39 – Participação em palestra de conscientização sobre a sífilis  
**Participação em palestra sobre a sífilis**



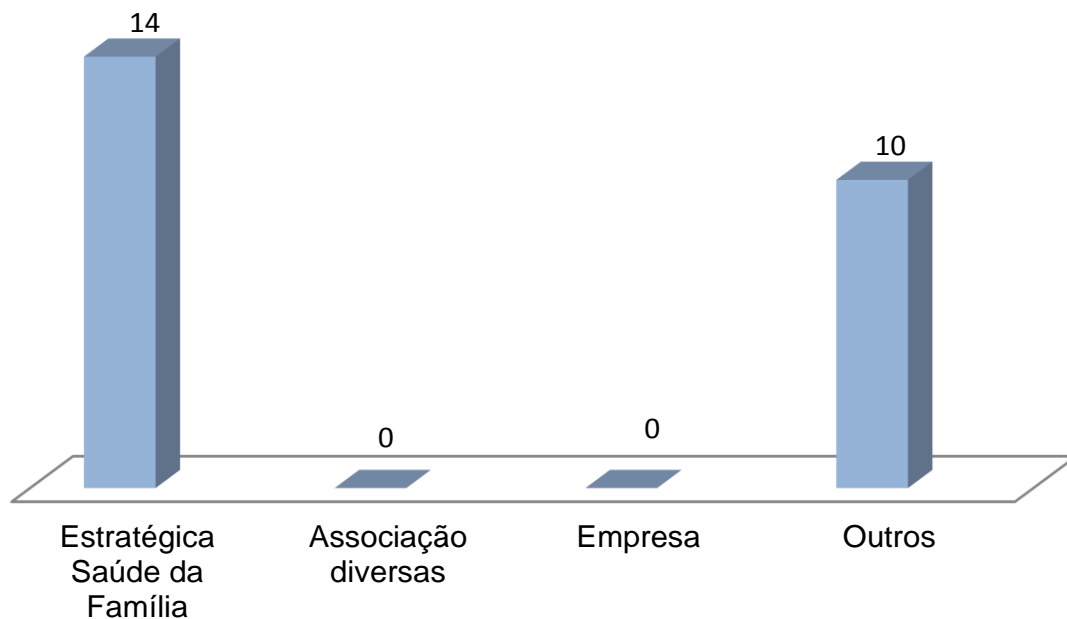
Diferente do presente estudo, pesquisa realizada por Figueiredo e Rossoni (2008) com gestantes em uma unidade de saúde constatou que nenhuma delas havia participado de qualquer atividade educativa durante o pré-natal.

De acordo com Delfino et al. (2004), tal situação decorre da assistência pré-natal, durante muitos anos, ser ofertada quase exclusivamente vinculada às consultas médicas individuais, sem qualquer participação em atividades coletivas de educação em saúde, levando a uma dificuldade, por parte dos profissionais, de

desvinculação desse modo intervencionista, oferecendo ações educativas de modo fragmentado, sem tratar integralmente a realidade da gestante.

Dentre as gestantes que já participaram de palestra sobre a sífilis congênita, 58% (n=14) foi na Estratégia Saúde da Família (ESF) e 42% (n=8) em outros locais (Figura 40).

Figura 40 – Local de participação em palestra  
**Local de participação em palestra**



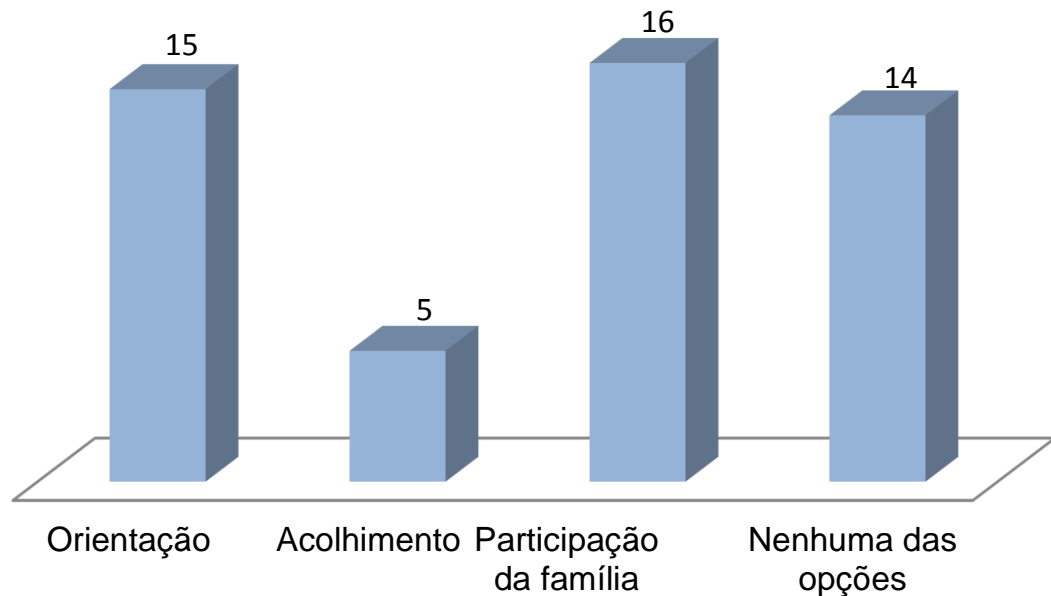
Ao se referir à importância de atividades educativas voltadas para gestantes nas unidades de saúde, Figueiredo e Rossoni destacam que:

Além da inserção de consultas individuais, as gestantes devem ter acesso a atividades de educação e informação em saúde coletivamente, seja em sala de espera ou em grupo. Considerando que a comunicação entre os membros de um grupo é uma oportunidade ímpar para compartilhar experiências das participantes entre si e com os profissionais de saúde (as dores e as alegrias, as dúvidas e as certezas); reforçamos a necessidade de construção desse trabalho coletivo, para que as gestantes tenham a oportunidade de apreender o que considerarem importante para si, elaborando e re-significando a sua própria vivência como mulher e gestante (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008, p. 244).

Ao serem indagadas sobre o que consideram que faltou na assistência ao pré-natal, 30% (n=15) das gestantes consideraram que faltaram orientações; 10% (n=5) sentiram que não houve acolhimento; 32% (n=16) consideraram a falta de

participação da família; e 28% (n=14) assinalaram que não sentiram falta de nenhuma das opções anteriores (Figura 41).

Figura 41 – Faltou na assistência ao pré-natal  
**Faltou no pré-natal**



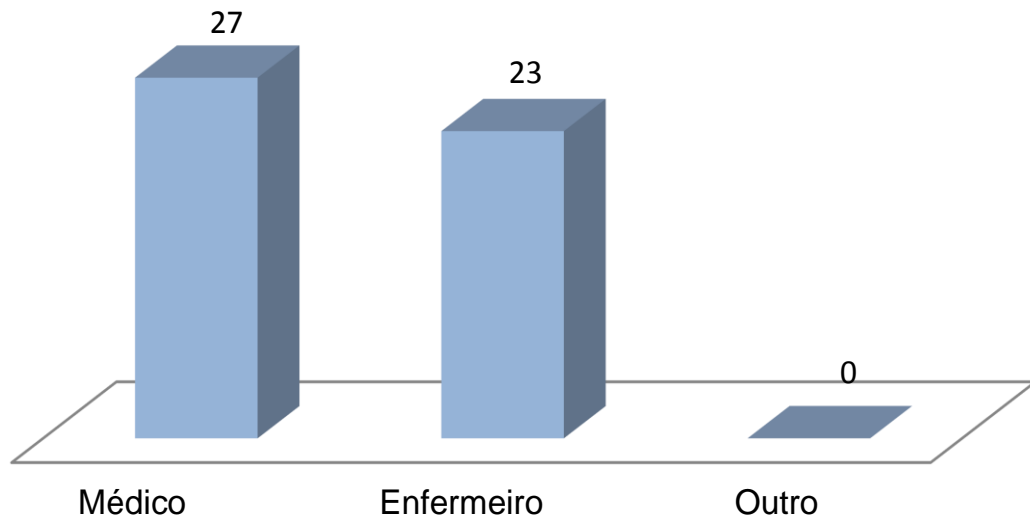
Viella et al. (2014) constataram que há uma deficiência dos serviços de saúde em repassar orientações às gestantes durante a assistência pré-natal, considerando que este é um desafio a ser vencido através da capacitação das equipes que atendem a mulher, para que possam prestar uma assistência de qualidade à gestação, parto e puerpério.

O percentual de gestantes que considerou a falta de participação da família na assistência pré-natal, corrobora estudo de Carpes et al. (2016), que constatou o mesmo problema junto a gestantes atendidas em uma unidade de saúde, demonstrando que, por vezes, os profissionais tolem a participação dos familiares, não permitindo o acompanhamento durante as consultas, o que demonstra uma falta de compreensão da importância de uma assistência dirigida também à família.

Por fim, ao serem indagadas sobre o profissional que consideram mais qualificado para fornecer informações e esclarecer sobre a sífilis congênita, 54% (n=27) consideraram o médico e 6% (n=23) o enfermeiro (Figura 42).

Figura 42 – Profissional que considera mais preparado para informar sobre a sífilis congênita

### Profissional que considera mais preparado para informar sobre a doença



Apesar das gestantes identificarem o médico como o profissional mais qualificado para fornecer informações, situação, como afirmado anteriormente, decorrente do modelo biomédico que prevalece não somente entre os profissionais que prestam assistência, mas também junto à população, o enfermeiro possui um papel significativamente relevante em todos os níveis de assistência.

No que diz respeito à assistência pré-natal, o enfermeiro é um profissional capacitado para acompanhar integralmente o pré-natal de baixo risco, promovendo a saúde, além de ações de prevenção e tratamento dessas mulheres. Também é de sua competência a oferta de orientações sobre todos os aspectos da gestação, parto e puerpério, o que inclui informações sobre a sífilis. Assim, para Barbosa et al. (2011), o enfermeiro deve deixar claro para os usuários das unidades de saúde a sua importância como profissional qualificado e capacitado a atuar junto às gestantes, informando-as sobre o autocuidado, medidas preventivas, serviços disponíveis e direitos, garantindo, com uma maior aproximação, uma maior adesão ao pré-natal, além de uma assistência mais qualificada.

#### 4.1 PROPOSTA DE MATERIAL EDUCATIVO

Os resultados apresentados revelaram que existe um conhecimento deficiente das gestantes sobre a sífilis, bem como uma deficiência na oferta de informações e de ações educativas por parte das equipes de saúde.

Apesar de existir uma ampla publicidade sobre a sífilis na mídia, provavelmente a baixa escolaridade da amostra contribuiu para que estas não sejam assimiladas corretamente por essas gestantes, sendo necessária uma maior comunicação dos profissionais, que devem repassar esse conhecimento de forma a ser entendido em sua totalidade.

Diante desses resultados, este estudo propõe ações educativas nas unidades de saúde do município de Presidente Kennedy, com foco em esclarecimentos sobre a sífilis, sua prevenção e autocuidado, além de informações sobre práticas sexuais seguras para evitar sua disseminação, bem como a vigilância de todas as mulheres grávidas para a sífilis e o tratamento oportuno da doença durante a gravidez, considerado o meio mais eficaz de eliminar a sífilis congênita. Para tanto, é necessária a expansão do pré-natal para todas as gestantes, a fim de detectar precocemente a sífilis na gravidez.

Para esta proposta, primeiramente foi elaborado um folder com linguagem simples e acessível a toda a população, levando em conta a pouca instrução da amostra estudada, informando sobre a doença, modo de transmissão, sinais e sintomas, medidas preventivas e consequências para o feto (Apêndice C).

Também é proposta uma comunicação à Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy, apresentando o resultado desta pesquisa e sugerindo o desenvolvimento de ações preventivas junto aos usuários e de capacitação dos profissionais que atuam junto à população (Apêndice D).

Entendendo a importância da sensibilização dos futuros profissionais de saúde, é proposto um projeto de intervenção na Faculdade Vale do Cricaré, sobre a magnitude do problema da sífilis congênita, bem como esclarecimentos sobre a doença e ações necessárias para a redução dos atuais índices (Apêndice E).

Por fim, é proposta uma comunicação ao Conselho Regional de Enfermagem, informando os resultados desta pesquisa, com a sugestão de que haja uma maior divulgação sobre a doença e a importância do pré-natal na prevenção da

contaminação vertical, orientando a população sobre as conseqüências da sífilis não tratada em gestantes (Apêndice F).

## 5 CONCLUSÃO

A sífilis congênita é uma infecção sexualmente transmissível que tem apresentado incidência crescente, preocupando o sistema de saúde, pois é uma das principais causas de morte fetal evitável. A doença é facilmente evitável e tratável, tornando mínimo o risco de resultados adversos para o feto desde que o teste e o tratamento sejam fornecidos às gestantes precocemente durante o atendimento pré-natal. Por isso, é consenso em todo o mundo que uma assistência pré-natal adequada é fundamental para a saúde materno-infantil e, conseqüentemente, para a redução da sífilis congênita.

É crucial que todas as mulheres recebam exames e tratamento precoces da sífilis como parte de cuidados pré-natais de alta qualidade para uma experiência positiva de gravidez. Além disso, os sistemas e programas de saúde precisam garantir que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis, bem como seus bebês, sejam efetivamente tratadas e que seus parceiros sexuais sejam atingidos para testes e tratamento.

A prevenção primária da sífilis em pessoas em idade reprodutiva é uma ação essencial para reduzir a sífilis congênita, aumentando o conhecimento da população sobre o ônus da doença na gravidez. Os serviços de saúde também precisam garantir que o teste rápido esteja disponível, com a introdução de diagnósticos rápidos nas unidades de saúde. Além disso, são necessários esforços para garantir o acesso universal ao pré-natal precoce, bem como a melhoria da sua qualidade, para que todas as gestantes recebam um pacote essencial de serviços que inclua acesso rápido e rotineiro aos exames no local de atendimento e tratamento adequado. A sífilis congênita só pode ser eliminada se os gestores, em todos os níveis, priorizarem o fornecimento e a qualidade do pré-natal.

Neste estudo, observou-se um pequeno número de mulheres soropositivas para sífilis, entretanto, apesar dos riscos que a doença acarreta para a mãe e para o bebê, ficou evidente um conhecimento deficitário e superficial sobre a doença, deixando clara a necessidade de uma assistência pré-natal que aborde as ISTs, haja vista muitas gestantes não buscarem informações.

Assim, conclui-se que devem ser desenvolvidas ações educativas, que se utilizem de linguagem clara, haja vista a baixa escolaridade de muitas gestantes, e

que tenham como alvo o início precoce do pré-natal, a realização de testes rápidos para sífilis e a testagem dos parceiros, esclarecendo a população sobre a doença e suas consequências.

Espera-se que este estudo contribua para uma discussão mais aprofundada sobre a necessidade dos serviços de saúde utilizarem estratégias que busquem desenvolver um cuidado que envolva a gestante e a família, orientando-os sobre a gestação, parto e puerpério, como preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como sobre o autocuidado e prevenção de doenças que afetam a saúde da mãe e do bebê, tornando possível um pré-natal qualificado.

As limitações deste estudo se referem ao número reduzido da amostra, pois, devido à escolaridade das gestantes, demandou maior tempo da pesquisadora junto a cada uma, para que o mesmo fosse completamente preenchido. Entretanto, apesar dessa limitação, considera-se que este estudo permitiu conhecer melhor o perfil das gestantes atendidas nas unidades de saúde do município.

Recomenda-se, para estudos futuros, que sejam realizadas pesquisas junto aos profissionais de saúde do município, a fim de averiguar as dificuldades encontradas junto às gestantes durante o pré-natal e as ações desenvolvidas para a resolução dos problemas encontrados nesta pesquisa.



## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

ABDELAZIZ, Z.A. et al. Vaginal infections among pregnant women at Omdurman Maternity Hospital in Khartoum, Sudan. **J Infect Dev Ctries**, v. 8, n. 4, p. 490-7, 2014.

AMARAL, A. **Nível de Conhecimento das Gestantes Atendidas em uma UBS no Município de Livramento de Nossa Senhora – BA sobre a Importância do Pré-natal**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Tecnologia e Ciências, Vitória da Conquista, 2012.

ANVERSA, E.T.R. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

ARAÚJO, A. **Hepatites B e C em Manaus: perfil clínico-epidemiológico e distribuição espacial de casos conhecidos desde 1997 a 2001**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2004.

ARAUJO, E.C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.

ARAÚJO, M.D.S.; OKASAKI, E.L.F.J. A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 1, n. 8, p. 47-9, 2007.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **IDHM Municípios 2010**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>. Acesso em: 18 jan. 2019.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol**, v. 82, n. 2, p. 111-26, 2006.

AZEVEDO, E. **Sífilis volta a ser epidemia no Brasil e doença ganha dia nacional de combate**. 2017. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/sifilis-volta-ser-epidemia-no-brasil-doenca-ganha-dia-nacional-de-combate-21949038.html>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BABBIE, E.R.A. **A Prática da Pesquisa Social**. 12. ed. Belmont,: Wadsworth Cengage, 2010.

BAGATINI, C. L. T. **Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica no Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011.

---

<sup>1</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BELSA JÚNIOR, W.; SHIRATSU, R.; PINTO, V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 84, n. 2, p. 151-9, 2009.

BOTELHO, C. A. O. et al. Syphilis and miscarriage: A study of 879,831 pregnant women in Brazil. **Transl Med**, v. 6, n. 4, p. 184-9, 2016.

BRASIL. **AIDS: etiologia, diagnóstico e tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 13 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. Disponível em: <http://indicadorestifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 7 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no Pré-Natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.430**, de 31 de março de 2017. Institui o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita. Brasília: Senado Federal, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis**. Ano 4, n. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica**. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais**. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAIXETA, C.R.C.B. **Consulta de Enfermagem em saúde da família**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2009.

CAMBRICOLI, F.; BERNARDES, M. **Mortes de bebês e abortos causados por sífilis no país triplicam em 10 anos**. 2017. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2017/11/30/mortes-de-bebes-e-abortos-causados-por-sifilis-no-pais-triplicam-em-10-anos.htm>. Acesso em: 13 jan. 2019.

CAMPOS, A.L.A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1747-55, 2010.

CARPES, F. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. Assistência pré-natal sob a ótica de gestantes e familiares. **Saúde**, v. 42, n. 2, p. 41-8, 2016.

CASERTA, M. T. **Sífilis congênita**. Manual MSD. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/infec%C3%A7%C3%B5es-nos-rec%C3%A9m-nascidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%AAnita>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CÔGO, A.L. **Colonizadores portugueses e domínios das terras no extremo norte do Espírito Santo nos séculos XVIII e XIX**. In: Congresso Internacional Pequena Nobreza nos Impérios Ibéricos de Antigo Regime. Lisboa, 18 a 21 de Maio de 2011.

COSTA FILHO, C. A maldição do petróleo: a difícil sincronia entre recursos de royalties, participação especial e desenvolvimento no município de Presidente Kennedy/ES. **Rev. Ambiente Acadêmico**, v. 1, n. 1, p. 6-21, 2015.

COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **An. bras. dermatol**, v. 85, n. 6, p. 767-85, 2010.

CRUZ, A.R. et al. Immune Evasion and Recognition of the Syphilis Spirochete in Blood and Skin of Secondary Syphilis Patients: Two Immunologically Distinct Compartments. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 6, n. 1, p. 1717, 2012.

DAMASCENO, A. et al. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, v. 13, n. 3, p. 1-8, 2014.

DAVEY, J. et al. Prevalence of Curable Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women in Low- and Middle-Income Countries From 2010 to 2015: A Systematic Review. **Sex Transm Dis**, v. 43, n. 7, p. 450-8, 2016.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina**, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.

DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-66, 2004.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalence of Syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-74, 2014.

\_\_\_\_\_; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1-12, 2016.

\_\_\_\_\_. et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1341-51, 2013.

FEDRIZZI, E.N. et al. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Mulheres de Florianópolis, Santa Catarina. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 20, n. 2, p. 73-9, 2008.

FIGUEIREDO, M.S.N. et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p. 345-54, 2015.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 238-45, 2008.

FRANÇA, I.S.X. et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rede Enferm Nordeste**, v. 16, n. 3, p. 374-81, 2015.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GERHARDT, C.R. et al. Doenças Sexualmente Transmissíveis: conhecimento, atitudes e comportamento entre os adolescentes de uma escola pública. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 257-70, 2008.

GONZALES, G. F.; TAPIA, V.; SERRUYA, S. J. Sífilis gestacional y factores asociados en hospitales públicos del Perú en el periodo 2000-2010. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 211-21, 2014.

GRANATO, C. **Sífilis**: sintomas, estágios, tratamento e como evitar. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/sifilis>. Acesso em: 23 dez. 2018.

HANCOCK, B.; WINDRIDGE, K.; OCKLEFORD, E. **An Introduction to Qualitative Research**. Nottingham: The NIHR RDS, 2009.

HORVATH, A. Biology and natural history of syphilis. In: GROSS, G.; TYRING, S.K. (Ed.). **Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases**. Springer, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2019.

JANIER, M. et al. European guideline on the management of syphilis. **J Eur Acad Dermatology Venereol**, v. 28, n. 1, 1581-93, 2014.

JHA, K.K. et al. Community based risk behavior study on HIV/AIDs targeting women in Nepal-2007. **SAARC J of TB**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2009.

KAWATTA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Revista Saúde e Sociedade**; São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-9, 2009.

KIZNIK, A. et al. Estimating the public health burden associated with adverse pregnancy outcomes resulting from syphilis infection across 43 countries in sub-Saharan Africa. **Sex Transm Dis**, v. 42, n. 7, p. 369-75, 2015.

LEWIS, D.A.; LATIF, A.S.; NDOWA, F. WHO global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: time for action. **Sex Transm Infect**, v. 83, n. 7, p. 508-9, 2007.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.

MACEDO, V. C. et al . Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 78, p. 1-12, 2017.

MACHADO, B. L.; TERRA, M. R. **A sífilis na gestação**: uma problemática atual. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MAGALHÃES, D.M.S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad saúde Publica**, v. 29, n. 6, p.1109-20, 2013.

MATHIAS, J.M. et al. Effectiveness of Prenatal Screening and Treatment to Prevent Congenital Syphilis, Louisiana and Florida, 2013–2014. **Sex Transm Dis**, v. 44, n. 8, p. 498-502, 2017.

MCELLIGOTT, K.A. Mortality From Sexually Transmitted Diseases in Reproductive-Aged Women: United States, 1999–2010. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 8, p. 101-5, 2014.

MULLICK, S. et al. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. **Sex Transm Infect**, v. 81, n. 4, p. 294-302, 2005.

NASCIMENTO, J.S. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem para a gestante com Sífilis: um relato de experiência. **International Nursing Congress**, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2017.

NEWMAN, L. et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLoS Med**, v. 10, n. 2, p. 100-13, 2013.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 4, p. 681-94, 2015.

NORBU, C. et al. Assessment of knowledge on sexually transmitted infections and sexual risk behaviour in two rural districts of Bhutan. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1-6, 2013.

NUNES, H.A.F. **Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios**: uma revisão de literatura. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Coromandel, 2011.

OLIVEIRA, J.A.C. et al. Assistência de enfermagem no pré-natal em relação à sífilis congênita. **Múltiplos@cessos**, v. 2, n. 2, p. 46-56, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia global para a prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis**: 2006–2015. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **A prevalência global e a incidência de infecções sexualmente transmissíveis curáveis**. 2012. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf). Acesso em: 2 jan. 2019.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. **Sífilis na gestação**: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil

PEELING, R.W. Syphilis. **Nat Rev Dis Primers**, v. 3, n. 1, p. 1-49, 2018.

PENNA, G.O.; HAJJAR, L.A.; BRAZ, T.M. Gonorréia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 33, n. 5, p. 451-64, 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNDU). **IDH por município e estado**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/download/>. Acesso em: 20 jul. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY. **História do município**. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br/pagina/ler/1000/historia>. Acesso em: 7 jul. 2019.

QUIÑONES, D.P. et al. Resultados de lavalidación del formulario nacional de auditoria de sífilis gestacional y congénita Enel Centro Hospitalario Pereira Rossell. **Revista Médica delUruguay**, v. 30, n. 4, p.226-34, 2014.

REZENDE, E.M.A.; BARBOSA, N.B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. **Rev. APS**, v. 18, n. 2, p. 220-32, 2015.

SADECK, L.S.R. **Sífilis congênita: prevenção, tratamento e seguimento**. 2016. Disponível em: <http://www.spsp.org.br/2016/09/22/sifilis-congenita-prevencao-tratamento-e-seguimento/>. Acesso em: 18 jan. 2019.

SÁNCHEZ-GÓMEZ A. et al. HIV and syphilis infection in pregnant women in Ecuador: prevalence and characteristics of antenatal care. **Sex Transm Infect**, v. 90, n. 1, p. 70-5, 2014.

SANTANA, V. **Secretaria de Saúde de Petrolina disponibiliza testes de Sífilis em dia dedicado ao combate da doença, neste sábado**. 2017. Disponível em: <http://blogviniusdesantana.com/secretaria-de-saude-de-petrolina-disponibiliza-testes-de-sifilis-em-dia-dedicado-ao-combate-da-doenca-neste-sabado21/>. Acesso em: 2 jan. 2019.

SANTOS, A.R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS, J. et al. Práticas de enfermeiros na gerencia do cuidado em enfermagem e saúde revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 257-63, 2013.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Sífilis congênita**. 2016. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/sifilis\\_congenita/index.php?p=6305](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/sifilis_congenita/index.php?p=6305). Acesso em: 14 jan. 2019.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.490-6, 2012.

SCHMEING, L. M. B. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

SEADI, C.F. et al. Diagnóstico laboratorial da infecção pela Chlamydia trachomatis: vantagens e desvantagens das técnicas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, 125-33, 2002.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação Preliminar do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 7: p. 517-25, 2004.

SIENA, K. A Doença Suja e Privacidade: Os Efeitos da Doença Venérea e a Demanda do Paciente no Mercado Médico na Londres Moderna. **Boletim da História da Medicina**, v. 75, n. 2, p. 199-224, 2001.

SILVA, T.C.A. et al. Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **R. Interd**, v. 8, n. 1, p. 174-82, 2015.

SOEIRO, C.M.O. et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p.715-23, 2014.

SUTO, C.S.S. et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 5, n. 2, p. 18-33, 2016.

TAVARES, A.P.N.; MARQUES, R.C.; LANA, F.C.F. Ocupação do espaço e sua relação com a progressão da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais - século XIX. **Saúde soc.**, v. 24, n. 2, p. 691-702, 2015.

TEASDALE, C.A. et al. Incidence of sexually transmitted infections during pregnancy. **PLoS ONE**, v. 13, n. 5, e0197696, 2018.

TEENS, A.; DAVIS, V.J. Sexually Transmitted Diseases. **J Soc Obstet Gynaecol Can**, v. 23, n. 3, p. 237-42, 2001.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, p. 85-100, 2014.

WAURE, C. et al. Knowledge, attitudes and behaviour about sexually transmitted infections: A survey among Italian university female students. **Epidemiol Biostat Public Health**, v. 12, n. 3, p. 1-10, 2015.

WISDOM, J.P. et al. Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. **Health Serv Res**, v. 47, n. 2, p. 721-45, 2011.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Prezado entrevistado, esta pesquisa é parte de um trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Educação/Faculdade Vale do Cricaré) e tem por objetivo analisar o conhecimento de gestantes do município de Presidente Kennedy-ES sobre a sífilis congênita e o comprometimento que esta doença pode gerar na criança, em caso de transmissão vertical.

#### I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

##### 1. Idade

- > 17 anos.
- 17 a 20 anos.
- 21 a 25 anos.
- 26 a 35 anos.
- 36 a 40 anos.
- 41 anos ou mais.

##### 2. Escolaridade

- Sem instrução formal.
- Ensino fundamental incompleto.
- Ensino fundamental completo.
- Ensino médio completo.
- Superior incompleto.
- Superior completo.

##### 3. Situação habitacional

- Casa própria
- Casa alugada
- Outras

4. Exerce atividade remunerada?

- Não.
- Sim, regularmente, em tempo parcial.
- Sim, regularmente, em tempo integral.
- Sim, mas é trabalho eventual.

5. Participação na vida econômica da família

- Não trabalho e meus gastos são pagos pela família.
- Trabalho e recebo ajuda financeira da família.
- Trabalho e sou responsável apenas pelo meu sustento.
- Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família.

6. Renda mensal familiar

- até meio salário mínimo.
- Entre meio e um salário mínimo.
- Entre um e dois salários mínimos.
- Entre dois e três salários mínimos.
- Mais de três salários mínimos

## **II – SITUAÇÃO DO PRÉ-NATAL**

7. Início do pré-natal

- Primeiro trimestre.
- Segundo trimestre.
- Terceiro trimestre.

8. Conhecimento sobre o número de consultas consideradas ideais para um bom pré-natal

- 1 a 3 consultas.
- 4 a 6 consultas.
- Acima de 7 consultas.

9. Foi orientada sobre a sífilis no pré-natal

( ) Sim.

( ) Não.

10. Realizou teste rápido para sífilis na sua primeira consulta de pré-natal

( ) Sim.

( ) Não.

11. Seu exame deu positivo

( ) Sim.

( ) Não.

12. Em caso positivo, seu companheiro foi chamado no serviço de saúde

( ) Sim.

( ) Não.

13. O parceiro foi orientado

( ) Sim.

( ) Não.

### **III - CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE A SÍFILIS NA GESTAÇÃO**

14. Sabe as complicações para o bebê

( ) Sim.

( ) Não.

15. Em caso de mãe infectada por sífilis, sabe se existe risco de transmissão para o feto

( ) Sim.

( ) Não.

16. Sabe se a sífilis está relacionada com a morte do feto

( ) Sim.

( ) Não.

17. Sabe se a sífilis pode estar relacionada com o parto prematuro

( ) Sim.

( ) Não.

#### **IV – CONHECIMENTO SOBRE A SÍFILIS**

18. Sabe o que é a sífilis

( ) Sim.

( ) Não.

19. Procura se informar melhor sobre o assunto

( ) Sim.

( ) Não.

20. Em caso afirmativo, onde busca informações

( ) Unidade de Saúde.

( ) Internet.

( ) Amigos e/ou familiares.

21. Conhece alguém que tem ou teve sífilis

( ) Sim.

( ) Não.

22. Sabe como é feito o tratamento

( ) Sim.

( ) Não.

23. Sabe quantas fases a doença pode ter

( ) Apenas estágio primário

( ) Estágio primário e secundário

( ) Estágio primário, secundário e terciário

( ) Desconheço

24. Tem ou teve na família alguém com sífilis congênita

( ) Sim.

( ) Não.

#### **V - CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

25. Participou de alguma palestra de conscientização sobre a sífilis congênita

( ) Sim

( ) Não

26. Em caso afirmativo, em que local

( ) Estratégia Saúde da Família

( ) Em associações diversas

( ) Empresa

( ) Outros

27. Qual profissional você considera mais preparado para esclarecer sobre a sífilis congênita

( ) Médico

( ) Enfermeiro

( ) Outro

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para um trabalho de conclusão do curso de mestrado e para publicação de um artigo científico. O objetivo é elaborar uma pesquisa sobre: **Avaliação do conhecimento de gestantes do município de Presidente Kennedy-ES sobre a sífilis congênita**. Sua participação é completamente voluntária, não existindo nenhuma forma de remuneração para sua participação. Se você concorda em participar do trabalho, basta apenas responder a um questionário padronizado que se encontra logo abaixo.

Assim, peço sua colaboração de ser o mais fidedigno possível em suas respostas. Os resultados serão utilizados para elaboração do trabalho de conclusão de Curso de Mestrado e para publicação de um artigo científico. Todos os questionários utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, poderá contatar a Estudante **Gláucia Regina Hosken Ribeiro** (glaucia.hosken@gmail.com) ou o Prof. Orientador **Dr. Daniel Rodrigues Silva**, pelo e-mail omfvc@hotmail.com.

( ) Concordo

( ) Não concordo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

---

Nome da entrevistada:

**APÊNDICE C – FOLDER INFORMATIVO SOBRE A SÍFILIS CONGÊNITA**



Este folder é parte integrante da  
Dissertação de Mestrado de Gláucia  
Regina Hosken Ribeiro  
Mestrado Profissional em Ciência,  
Tecnologia e Educação  
Faculdade Vale do Cricaré  
2019



**TODOS PRECISAM  
FAZER O TESTE  
DE SÍFILIS PARA  
PROTEGER  
O BEBÊ**  
O TESTE É GRATUITO



É uma doença transmitida para a criança durante a gestação. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado for positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro sexual, para evitar a transmissão.



A sífilis gestacional é um grave problema de saúde pública. Estima-se que aproximadamente dois milhões de gestantes apresentem a infecção a cada ano em todo o mundo e que menos de 10% são diagnosticadas e tratadas.

**O teste é o primeiro passo para a cura!**

## Consequências para o feto:

- Aborto
- Parto prematuro
- Morte neonatal
- Má formação em múltiplos órgãos

## Consequências para o bebê:

- Retardo mental
- Surdez
- Cegueira
- Morte



## PREVENÇÃO



- Assistência pré-natal
- Teste rápido na primeira consulta do pré-natal
- Tratamento, caso o teste seja positivo

Busque informações nas unidades de saúde do seu município!

APÊNDICE D – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO



# **Sífilis Congênita**

## **Projeto de Intervenção**

Gláucia Regina Hosken Ribeiro  
Mestranda

Dr. Daniel Rodrigues Silva  
Orientador

**Faculdade Vale do Cricaré**

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, a mulher pode ser surpreendida por algumas intercorrências ou patologias que podem acometê-la e que, caso não sejam detectadas e tratadas precocemente, podem gerar complicações irreversíveis tanto para a mãe como para o feto.

Dentre as doenças que devem ser monitoradas durante a gestação estão as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). De acordo com Machado Filho et al. (2010), a ocorrência de IST durante o período gestacional constitui um grande risco para a morbimortalidade materna e fetal, em decorrência da transmissão vertical da infecção, ou seja, passagem do agente causador da infecção da mãe para o filho durante a gestação, comprometendo, conseqüentemente, a saúde materna e fetal (QUIÑONES et al., 2014).

Dentre essas ISTs está a sífilis, que é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, provocada por uma espiroqueta, a *Treponema pallidum*. Esta patologia caracteriza-se por lesões cutâneas temporárias, podendo apresentar-se também de forma assintomática. Sua transmissão ocorre por via sexual e caso se desenvolva na gravidez por via transplacentária, especialmente nos estágios primário e secundário da patologia, constituem uma ameaça ao feto, em decorrência do alto risco para o desenvolvimento da sífilis congênita (DOMINGUES et al., 2013).

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, sendo considerada um grave problema de saúde pública. Seu diagnóstico é feito através de teste rápido (treponêmico), realizado nas unidades de saúde, ou laboratorial (treponêmico e não treponêmico). Quando surge durante a gestação, pode ocasionar abortamento espontâneo, prematuridade, morte neonatal ou fetal e danos à saúde da criança (NASCIMENTO et al., 2017).

Segundo Domingues et al. (2013), a doença na gestação tem incidência e prevalência maiores em mulheres que apresentam baixo acesso aos serviços de saúde, com início tardio do acompanhamento pré-natal, número insuficiente de consultas e com baixa condição socioeconômica, fatores que dificultam o diagnóstico, o tratamento da gestante e do parceiro, comprometendo a erradicação da Sífilis.

Apesar de ser facilmente diagnosticada e tratada, continua apresentando aumento dos casos, havendo uma estimativa de prevalência em gestantes no Brasil, entre 1,4% e 2,8%, apresentando taxa de transmissão vertical de 25%, com média de 900 mil casos anuais, apresentando constante crescimento (OLIVEIRA et al., 2017).

## **2 OBJETIVO**

Realizar palestra sobre a sífilis congênita, descrevendo os sintomas, tratamentos, medidas de prevenção da doença e a importância de um pré-natal qualificado.

## **3 PÚBLICO ALVO**

Estudantes do curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Cricaré.

## **4 JUSTIFICATIVA**

Os casos de sífilis têm apresentado um aumento considerável no país, preocupando o sistema de saúde, devido aos problemas que podem causar na população. A sífilis na gravidez é considerada um grave problema de saúde pública devido aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal e dos agravos sociais e econômicos que são gerados, fatos ocorridos por não haver diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Estudo realizado no município de Presidente Kennedy-ES, analisando o conhecimento de gestantes sobre a sífilis congênita, detectou que há um conhecimento superficial e fragmentado sobre a doença, havendo poucas ações educativas por parte das unidades de saúde, informando a população sobre o problema.

Entende-se que a promoção da saúde não pode ser delegada somente às unidades de saúde, cabendo também à sociedade civil e instituições educacionais contribuírem de forma integrada e articulada com ações que possam melhorar a qualidade de vida da população.

Uma das formas de contribuição das instituições educacionais pode ser realizada por meio da oferta de capacitação técnica dos estudantes da área da saúde durante a graduação, o que pode ser de grande valia para que estes futuros profissionais possam ser reprodutores desse conhecimento e atuar nas unidades de saúde por meio de intervenções educativas que visem a promoção e a proteção da população, dispensando cuidados aos casos existentes e prevenindo novos casos.

Nesse contexto, acredita-se que este projeto de intervenção pode contribuir com o conhecimento dos estudantes de enfermagem, sensibilizando-os sobre a importância de informar a população sobre a doença, prevenção e cuidados.

## **5 LOCAL DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

O projeto será desenvolvido na Faculdade Vale do Cricaré, situada no município de São Mateus-ES. Esta instituição foi criada em 1997, a fim de atender estudantes do Norte do Espírito Santo, Sul da Bahia e Nordeste de Minas Gerais, ofertando cursos de graduação e pós-graduação.

## **6 AÇÕES**

Serão realizadas palestras com os alunos de todos os períodos do curso de enfermagem e distribuídos os folderes (Apêndice C) aos estudantes de todos os cursos da instituição.

## **7 RECURSOS**

### **7.1 Humanos**

- Professor responsável pelo projeto.
- Aluna orientanda do curso de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré.

### **7.2 Materiais**

- Material impresso (folder);

- Sala de aula ou auditório;
- Datashow.

## 8 PERÍODO

Segundo semestre de 2019.

São Mateus, de agosto de 2019.

---

Dr. Daniel Rodrigues Silva

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência,  
Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

---

Gláucia Regina Hosken Ribeiro

Enfermeira, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação  
da Faculdade Vale do Cricaré

**APÊNDICE E - PROPOSTA DE OFÍCIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY**

Ofício Circular nº /2019

São Mateus, de agosto de 2019

A Sua Excelência, o Senhor Secretário Municipal de Saúde de Presidente Kennedy

Assunto: **Campanha sobre a Sífilis Congênita**

Senhor(a) Secretário(a),

Estudo realizado pela mestranda da Faculdade Vale do Cricaré, Gláucia Regina Hosken Ribeiro, sob a orientação do professor Dr. Daniel Rodrigues Silva, neste município constatou que uma parcela significativa da população desconhece os sinais e sintomas, tratamento e prevenção da sífilis congênita, bem como modos de transmissão. Também foi observado que somente uma pequena parcela teve acesso a ações educativas nas unidades de saúde, associações ou empresa.

Diante de tal quadro, vimos por meio deste ressaltar a importância das Unidades Básicas de Saúde desenvolverem ações educativas sobre o tema, a fim de reduzir o número de casos da doença, levando-se em conta que quanto maior o conhecimento, menos as chances de contaminação e, conseqüentemente, de gastos do sistema de saúde.

Em anexo, segue cópia do estudo, bem como modelo de folder para possível campanha e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e contribuições para a dinamização de ações que possam ser desenvolvidas.

Certos de contarmos com a sua participação, reiteramos votos de protestos e consideração.

Atenciosamente,

---

Dr. Daniel Rodrigues Silva

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência,  
Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

---

Gláucia Regina Hosken Ribeiro

Enfermeira, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação  
da Faculdade Vale do Cricaré



## APÊNDICE F - PROPOSTA DE OFÍCIO À SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Ofício Circular nº /2019

São Mateus, de agosto de 2019

A Sua Excelência, o Senhor Secretário Estadual de Saúde

Assunto: **Campanha sobre a Sífilis Congênita**

Senhor(a) Secretário(a),

Estudo realizado pela mestranda da Faculdade Vale do Cricaré, Gláucia Regina Hosken Ribeiro, sob a orientação do professor Dr. Daniel Rodrigues Silva, no município de Presidente Kennedy constatou que uma parcela significativa da população desconhece os sinais e sintomas, tratamento e prevenção da sífilis congênita, bem como modos de transmissão. Também foi observado que somente uma pequena parcela teve acesso a ações educativas nas unidades de saúde, associações ou empresa.

Diante de tal quadro, vimos por meio deste ressaltar a importância das Unidades Básicas de Saúde desenvolverem ações educativas sobre o tema, a fim de reduzir o número de casos da doença, levando-se em conta que quanto maior o conhecimento, menos as chances de contaminação e, conseqüentemente, de gastos do sistema de saúde.

Em anexo, segue cópia do estudo, bem como modelo de folder para possível campanha e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e contribuições para a dinamização de ações que possam ser desenvolvidas.

Certos de contarmos com a sua participação, reiteramos votos de protestos e consideração.

Atenciosamente,

---

Dr. Daniel Rodrigues Silva

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência,  
Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

---

Gláucia Regina Hosken Ribeiro

Enfermeira, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação  
da Faculdade Vale do Cricaré

## APÊNDICE G – PROPOSTA DE OFÍCIO AO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DOS ESTADOS DE MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO

Ofício Circular nº /2019

São Mateus, de agosto de 2019

Ao Dr.

Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais/Espírito Santo

Assunto: **Campanha sobre a Sífilis Congênita**

Senhor Presidente,

Estudo realizado pela mestranda da Faculdade Vale do Cricaré, Gláucia Regina Hosken Ribeiro, sob a orientação do professor Dr. Daniel Rodrigues Silva, no município de Presidente Kennedy constatou que uma parcela significativa da população desconhece os sinais e sintomas, tratamento e prevenção da sífilis congênita, bem como modos de transmissão. Também foi observado que somente uma pequena parcela teve acesso a ações educativas por parte dos cirurgiões dentistas.

Sabendo-se que o controle da sífilis congênita só se torna efetivo se a gestante receber uma assistência pré-natal qualificada e que o enfermeiro está entre os profissionais que desempenham um papel fundamental no acompanhamento da gestação, na promoção da saúde, prevenção e tratamento de distúrbios, durante e após a gravidez, consideramos importante que esses profissionais sejam sensibilizados para a importância de uma atuação educativa junto aos pacientes e para o autocuidado, a fim de reduzir o impacto que a doença acarreta para gestantes e conceptos.

Para tanto, sugerimos que o tema seja tratado nos jornais e publicações voltadas aos profissionais de enfermagem, alertando-os para o aumento dos casos de sífilis congênita no país e sensibilizando-os sobre a importância de um pré-natal qualificado para a redução desses casos.

Em anexo, segue cópia do estudo, bem como modelo de folder para possível campanha e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e contribuições para a dinamização de ações que possam ser desenvolvidas.

Certos de contarmos com a sua participação, reiteramos votos de protestos e consideração.

Atenciosamente,

---

Dr. Daniel Rodrigues Silva

Professor responsável pelo projeto, orientador do Mestrado Profissional em Ciência,  
Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré

---

Gláucia Regina Hosken Ribeiro

Enfermeira, estudante do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação  
da Faculdade Vale do Cricaré