

Avaliação do conhecimento de gestantes e puérperas frente ao cenário da sífilis gestacional em município de Minas Gerais

Evaluation of the knowledge of pregnant and puerperal woman against the scenario of gestational syphilis in a city of Minas Gerais

Jade Cruz de Oliveira Attanasio¹; Maria Eduarda Oliveira Andrade¹; Sâmia Silva Tanure¹; Victoria Schacht¹; Yasmin Esmeraldo de Oliveira^{1*}; Cristina Maria Miranda Bello¹; Renato Santos Laboissiere¹.

1 Faculdade de Medicina de Barbacena - Fundação José Bonifácio Lafayette Andrada
*Endereço para correspondência
Praça Presidente Antônio Carlos, 8 – São Sebastião Barbacena, MG; 36202-336
Telefone: (32) 3339-2950
Email: yasmin_col@hotmail.com

Instituição de realização do trabalho: Unidades Básicas de Saúde (Grogotó, Santa Efigênia, Vilela, Nove de Março, Carmo, Torres e Funcionários) e no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tratamento inadequado da sífilis gestacional (SG) pode levar ao desenvolvimento da sífilis congênita (SC) em até 100% dos casos. Apesar de haver uma iniciativa mundial que visa a eliminação dessa doença como um problema de saúde pública, no município de Barbacena, foi observado um aumento de 8,5 vezes na taxa de incidência de SG e de 10,5 vezes na taxa de SC, entre o período de 2009-2018. **OBJETIVOS:** Avaliar o conhecimento prévio das gestantes e puérperas de um município de Minas Gerais, quanto à caracterização da doença, sintomas, complicações maternas e fetais da SG e avaliar a associação entre esse conhecimento com dados sociodemográficos e variáveis obstétricas. **MÉTODOS:** Estudo transversal prospectivo, com 144 gestantes e puérperas assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais. Dados coletados através de questionários. **RESULTADOS:** Foi observado uma prevalência de 2,10% de SG em Barbacena. Foi identificada uma defasagem de informações, em que a maioria das gestantes e puérperas admitiram não terem sido orientadas pela equipe do pré-natal sobre a sífilis. A baixa escolaridade e a ausência de ocupação laboral estão associadas com os erros acerca da doença no estudo. **CONCLUSÃO:** As gestantes e puérperas entrevistadas apresentavam um conhecimento insuficiente para a prevenção da SG. Esse achado sugere uma defasagem do sistema de saúde em garantir a prevenção primária eficaz para a sífilis, através do pré-natal. São necessários novos estudos semelhantes a fim de estabelecer maior representatividade das falhas detectadas.

Palavras-chave: Sífilis. Pré-natal. Gravidez de alto risco. Saúde pública. Atenção primária. IST.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The inadequate treatment of gestational syphilis (SG) can lead to the development of congenital syphilis (SC) in up to 100% of cases. Although, there is a worldwide initiative that aims to eliminate this disease as a public health problem, in the municipality of Barbacena. An increase of 8.5 times in the incidence rate of SG and 10.5 times in the rate of SC had been observed, between the period 2009-2018. **OBJECTIVES:** To evaluate the prior knowledge of pregnant women and mothers of a municipality in Minas Gerais, regarding the characterization of the disease, symptoms, maternal and fetal complications of SG, and to evaluate the association between this knowledge with sociodemographic data and obstetric variables. **METHODS:** Prospective cross-sectional study, with 144 pregnant and postpartum women assisted by the Family Health Program (PSF) and at the Santa Casa de Misericórdia Hospital in Barbacena, Minas Gerais. Data collected through questionnaires. **RESULTS:** A prevalence of 2.10% of SG was observed in Barbacena. An information gap was identified, in which the majority of pregnant women and postpartum women admitted that they had not been advised by the prenatal team about syphilis. Low education and absence of work occupation are associated with errors about the disease in the study. **CONCLUSION:** The interviewed, pregnant women and mothers, presented insufficient knowledge on preventing SG. This finding suggests a gap in the health system to ensuring the effective primary prevention of syphilis through prenatal care. Similar new studies are needed in order to establish a greater representativeness of the detected flaws.

Keywords: Syphilis. Prenatal care. Pregnancy. High-risk. Public health. Primary care. STI.

1. INTRODUÇÃO E LITERATURA

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, exclusiva do ser humano, de etiologia bacteriana causada pelo *Treponema pallidum* e transmitida, predominantemente, pela via sexual e vertical. Quando essa infecção ocorre em gestantes, é denominada Sífilis Gestacional (SG).^{1,2}

A sífilis pode ser classificada como recente, que incluem as fases primária, secundária e latente recente, e tardia, que incluem as fases latente tardia e terciária. A sífilis primária é a fase sintomática inicial, geralmente, com o aparecimento de uma úlcera, denominada “cancro duro”, acompanhada de linfadenopatia regional. Posteriormente, caso não tratada, a doença cursa com lesões cutâneo-mucosas, linfadenopatia generalizada, quadros neurológicos, oculares e hepáticos na fase secundária. Em seguida ocorre a fase latente, assintomática, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Na fase terciária, anos após a infecção, é comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular.³

Geralmente, o diagnóstico de SG é realizado no pré-natal desas gestantes, durante a fase de latência, cerca de 87% dos casos, através do teste não treponêmico de rastreio (VDRL), mas também pode ocorrer durante o parto ou curetagem.^{4,5}

Para que a infecção seja detectada na gestação, os testes laboratoriais são os exames de escolha. O protocolo padrão inclui a realização de um teste não treponêmico (VDRL ou RPR), com alta sensibilidade, associado a um teste treponêmico (FTA-Abs ou TPHA), que possui elevada sensibilidade e especificidade.⁵ Essa combinação é essencial para a confirmação do diagnóstico e tem por finalidade aumentar o valor preditivo positivo (VPP) de um resultado reagente no teste inicial.³ Desde 2015, o Ministério da Saúde incluiu o teste rápido, treponêmico, como teste de rastreio para gestantes. Devido à sua elevada sensibilidade e especificidade, sua positividade já confirma a presença de infecção e autoriza o tratamento. Além disso, diferente dos testes não treponêmicos, mesmo nos estágios mais tardios da doença sua taxa de detecção não apresenta quedas.⁵

O tratamento deve ser realizado com a utilização de penicilina, devendo ser tratada com 7.200.000UI, divididas em 3 aplicações semanais de 2.400.000UI, na fase latente intermediária, que representa a maioria das gestantes. Assim como a gestante, o parceiro deve ser tratado.⁵ Quando a gestante com sífilis não é tratada de forma adequada, a transmissibilidade da doença pode ocorrer, a partir da 9ª semana, em 70-100% dos casos, levando ao desenvolvimento da sífilis congênita (SC). No feto, a sífilis possui elevada taxa de morbimortalidade, podendo chegar a 40% de taxa de abortamento, morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita.^{1,6,7,8}

Como forma de prevenir os danos causados pela SC, há uma iniciativa mundial que visa a eliminação dessa doença como um problema de saúde pública, através da redução da prevalência de SG e da prevenção de transmissão de mãe para filho. O controle é realizado através da assistência de pré-natal adequada, a qual preconiza a promoção de ações educacionais e de comunicações para questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, em geral, e mais especificamente à sífilis. Além disso, as orientações gerais incluem o uso regular de preservativos, antes e durante a gestação.^{6,8,9}

Apesar de possuir um programa de prevenção bem estabelecido, com diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda há prevalência alarmante da SG e da SC, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil.¹⁰ De acordo com o Ministério da Saúde (MS), entre 2010 e 2018 houve um aumento na taxa de de-

tecção de SG em 6,1 vezes e de SC em 3,8 vezes. A região Sudeste apresenta o maior número de notificações de SG no Brasil, representando 45% desses casos.⁹

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde e Programas Sociais (Sesaps) de Barbacena, houve um aumento na taxa de detecção de 8,5 vezes da SG e 10,5 de vezes da SC no município de Barbacena, Minas Gerais, entre os anos de 2009 e 2018.¹¹ O fato da SC também possuir um aumento expressivo do número de casos, serve como um indicativo para possíveis falhas na assistência de pré-natal no manejo da SG.^{7,9,11}

A elevação da prevalência pode ser atribuída, parcialmente, às alterações recentes na política de notificação estabelecidas, incluindo a realização do teste rápido de SG na atenção básica, que fundamenta-se por sua alta taxa de prevalência e de transmissão vertical.^{7,9,3} Além da elevada prevalência registrada, há uma importante subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, fato que compromete o planejamento das ações de controle pelo sistema de saúde.^{2,9,12}

Esses dados corroboram para que a SG seja considerada um problema de saúde pública atual no Brasil, devido ao aumento progressivo do número dos casos nos últimos anos e as suas complicações para a gestante e para o recém-nascido,^{13,14} demonstrando a necessidade da condução de estudos epidemiológicos sobre a SG neste município.

O objetivo primário da pesquisa foi avaliar o conhecimento prévio das gestantes e puérperas de um município do interior de Minas Gerais, quanto à caracterização da doença, sintomas, complicações maternas e fetais da SG. O objetivo secundário foi avaliar a associação entre o conhecimento das gestantes e puérperas sobre a sífilis com dados sociodemográficos e variáveis obstétricas.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo e População do Estudo

Estudo transversal prospectivo, com 144 gestantes e puérperas assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais. A amostragem do estudo foi de conveniência, sendo realizada em qualquer momento da gestação e/ou na ocasião do parto. Como critério de exclusão foram excluídas as gestantes que optaram pela não realização do questionário, assim como pela não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE e por meio da Plataforma Brasil com parecer número 4.069.010 (anexo).

2.2 Coleta dos Dados

Os dados foram coletados entre Agosto de 2019 e Setembro de 2020. Inicialmente, foi disponibilizado às gestantes e puérperas um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, que foram preenchidos e assinados por elas e pelos pesquisadores do estudo. Àquelas gestantes e puérperas que eram analfabetas o termo foi lido, diante da presença de uma testemunha conhecida da entrevistada, para que fosse comprovado o entendimento e consentimento da mesma, tendo a testemunha assinado o TCLE.

Na sequência, o questionário foi aplicado.

O questionário foi dividido em 2 partes:

- Primeira parte (identificação): idade; cor da pele de acordo

com a entrevistada; escolaridade; ocupação; filhos anteriores; tipos de parto; número de gestações; perda fetal/abortos; número de consultas de pré-natal; número da consulta atual da gestante; diagnóstico de sífilis nessa gestação.

- Segunda parte (perguntas relacionadas com o grau de conhecimento das gestantes): essa parte do questionário visa avaliar o grau de conhecimento das gestantes acerca da transmissão, das manifestações clínicas, da prevenção e do tratamento da SG.

2.3 Análise dos Resultados

Após a aplicação, os questionários foram transcritos para planilha eletrônica no programa Excel. A análise foi realizada de forma descritiva. Os dados foram apresentados em frequência absoluta, frequência relativa e intervalo de confiança. As comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste Mann-Whitney. Consideramos significativas as diferenças observadas com o valor $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no programa Stata versão 9.2.

3. RESULTADOS

Entre os meses de agosto de 2019 e setembro de 2020 foram abordadas 167 gestantes, 23 se recusaram a participar do estudo e 144 foram entrevistadas. A idade variou de 14 a 44 anos.

A Tabela 1 mostra a distribuição das gestantes e puérperas de acordo com as variáveis sociodemográficas. No estudo, 43,6% das gestantes se autodeclararam pardas, 49,2% alegaram ensino médio completo e 55,94% relataram não possuir ocupação laboral. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição das gestantes e puérperas de acordo com as variáveis sociodemográficas. Barbacena, Minas Gerais, Brasil. (Agosto- 19 a Setembro- 20)

Variáveis	n	%	IC (95%)
Raça autodeclarada			
Branco	48	33,80%	26,0% - 41,6%
Pardo	62	43,66%	35,5% - 51,8%
Negro	24	16,90%	10,7% - 23,1%
Amarelo	1	0,70%	-0,7% - 2,1%
Não Branco	7	4,93%	1,4% - 8,5%
Escolaridade			
Ensino Fundamental Completo	24	17,91%	11,4% - 24,4%
Ensino Fundamental Incompleto	11	8,21%	3,6% - 12,9%
Ensino Médio Completo	66	49,25%	40,8% - 57,7%
Ensino Médio Incompleto	12	8,96%	4,1% - 13,8%
Ensino Superior Completo	14	10,45%	5,3% - 15,6%

Variáveis	n	%	IC (95%)
Ensino Superior Incompleto	7	5,22%	1,5% - 9,0%
Ocupação			
Sim	63	44,06%	35,9% - 52,2%
Não	80	55,94%	47,8% - 64,1%

Valores de todas as perguntas diferem devido às gestantes e puérperas que não responderam a todas as perguntas do questionário.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das gestantes e puérperas de acordo com as variáveis obstétricas avaliadas. Apenas uma gestante não realizou o pré-natal e 56,9% já haviam comparecido em mais de 5 consultas. Além disso, 97,9% alegaram não ser portadora de sífilis. (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição das gestantes e puérperas de acordo com variáveis obstétricas. Barbacena, Minas Gerais, Brasil (Agosto-19 a Setembro-20)

Variáveis	n	%	IC (95%)
Realização de pré-natal			
Sim	143	99,31%	98,0% - 100,7%
Não	1	0,69%	-0,7% - 2,0%
Número de consultas pré-natal			
1	17	11,81%	6,5% - 17,1%
2-4	45	31,25%	23,7% - 38,8%
≥ 5	82	56,94%	48,9% - 65,0%
Número de filhos anteriores*			
0	52	38,52%	30,3% - 46,7%
1	41	30,37%	22,6% - 38,1%
2	31	22,96%	15,9% - 30,1%
3	9	6,67%	2,5% - 10,9%
4	2	1,48%	-0,6% - 3,5%
Número de abortos anteriores			
0	117	81,25%	74,9% - 87,6%
1	22	15,28%	9,4% - 21,2%
2	4	2,78%	0,1% - 5,5%
3	1	0,69%	-0,7% - 2,0%
Portadora de sífilis*			
Não	140	97,90%	95,5% - 100,3%
Sim	3	2,10%	-0,3% - 4,5%

*Valores diferem devido às gestantes e puérperas que não responderam a todas as perguntas do questionário.

A tabela 3 apresenta a distribuição das gestantes e puérperas de acordo com o comportamento sexual. A maioria teve início da vida sexual na faixa etária entre 16 e 19 anos (60,2%), além disso 85% das gestantes alegaram ter tido um único parceiro sexual no último ano. Em relação ao método de proteção observou-se que 36,17% utilizaram a camisinha em menos da metade das relações sexuais e 37,59% utilizaram camisinha em mais da metade das relações sexuais. (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição das gestantes e puérperas de acordo com variáveis sobre comportamento sexual. Barbacena, Minas Gerais, Brasil (Agosto-19 a Setembro-20)

Variáveis	n	%	IC (95%)
Idade de início das relações sexuais			
12 a 15 anos	36	25,53%	18,3% - 32,7%
16 a 19 anos	85	60,28%	52,2% - 68,4%
20 a 23 anos	14	9,93%	5,0% - 14,9%
24 a 27 anos	6	4,26%	0,9% - 7,6%
Número de parceiros sexuais no último ano			
1	119	85,00%	79,1% - 90,9%
2	15	10,71%	5,6% - 15,8%
3	2	1,43%	-0,5% - 3,4%
4	2	1,43%	-0,5% - 3,4%
5	1	0,71%	-0,7 - 2,1%
Não soube informar	1	0,71%	-0,7 - 2,1%
Número de relações sexuais com o uso de camisinha*			
Nunca utilizou camisinha	15	10,64%	5,6% - 15,7%
Utilizou camisinha em menos da metade das vezes	51	36,17%	28,2% - 44,1%
Utilizou camisinha em mais da metade das vezes	53	37,59%	29,6% - 45,6%
Utilizou camisinha em todas as vezes	12	8,51%	3,9% - 13,1%
Utilizou outro método contraceptivo	10	7,09%	2,9% - 11,3%

*Valores diferem devido às gestantes e puérperas que não responderam a todas as perguntas do questionário.

A tabela 4 apresenta as variáveis sobre o conhecimento de sífilis que foram avaliadas a partir do questionário. Em relação à forma de transmissão, a maioria das gestantes e puérperas acreditam que ocorra por meio da relação sexual (92,31%). Porém, 18,88% das mulheres supunham que a sífilis podia ser transmitida através da água, ar, pelo contato físico não sexual ou por meio da pele íntegra. Em relação a terem sido orientadas sobre a sífilis durante as con-

sultas de pré-natal, um número expressivo de gestantes e puérperas não recebeu orientação (51,75%). Quanto à possibilidade de consequências para o feto, a maioria das gestantes e puérperas tinham conhecimento desses riscos (75%). Quanto às alterações que a doença pode causar no corpo, a maioria marcou a presença de feridas íntimas (80,99%). (Tabela 4)

Tabela 4 – Variáveis sobre o conhecimento de sífilis das gestantes e puérperas. Barbacena, Minas Gerais, Brasil (Agosto-19 a Setembro-20)

Variáveis	n	%	IC (95%)
Transmissão*			
Ar	11	7,69%	3,3% - 12,1%
Água	7	4,90%	1,4% - 8,4%
Relação sexual	132	92,31%	87,9% - 96,7%
Contato com as mãos	9	6,29%	2,3% - 10,3%
Necessidade de tratamento do parceiro			
Sim	130	92,20%	87,8% - 96,6%
Não	11	7,80%	3,4% - 12,2%
Prevenção do contágio através de*			
Uso de antibióticos	48	33,57%	25,8% - 41,3%
Camisinha caso tenha relação com mais de um parceiro	109	76,22%	69,2% - 82,3%
Camisinha mesmo em caso de parceiro único	106	74,13%	67,0% - 81,3%
Uso de pílula anticoncepcional	9	6,29%	2,3% - 10,3%
Coito interrompido	10	6,99%	2,8% - 11,2%
Orientações sobre sífilis na consulta pré-natal			
Sim	69	48,25%	40,1% - 56,4%
Não	74	51,75%	43,6% - 59,9%
Alterações da sífilis para o bebê			
Sim	108	75,00%	67,9% - 82,1%
Não	36	25,00%	17,9% - 32,1%
Alterações corporais decorrentes da sífilis*			
Falta de ar	16	11,30%	6,1% - 16,5%
Problemas cardíacos	17	11,97%	6,6% - 17,3%
Barriga d'água	8	5,63%	1,8% - 9,4%
Feridas nas partes íntimas	115	80,99%	74,5% - 87,4%
Corrimento amarelo com odor fétido	104	73,24%	66,0% - 80,5%

Variáveis	n	%	IC (95%)
Problemas no cérebro	16	11,27%	6,1% - 16,5%
Feridas em todo o corpo	56	39,44%	31,4% - 47,5%

Valores de todas as perguntas diferem devido às gestantes e puérperas que não responderam a todas as perguntas do questionário.

*Os valores referem-se ao número de participantes que consideraram cada item como verdadeiro

Foi avaliada a relação entre o conhecimento das gestantes e puérperas entrevistadas sobre a sífilis com dados sociodemográficos e variáveis obstétricas. Somente foi observado correlação do conhecimento sobre a sífilis em relação ao grau de escolaridade ($p=0,0066$) e ocupação laboral ($p=0,0029$), sendo que, os maiores números de acertos às perguntas do questionário foram diretamente relacionados aos maiores graus de escolaridade e à presença de ocupação laboral.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o conhecimento prévio das gestantes e puérperas, quanto à caracterização da doença, sintomas, complicações maternas e fetais da SG. Foi observada uma prevalência de 2,10% de SG no município de Barbacena, resultado semelhante aos índices encontrados no Brasil (2,14%).⁹

Em relação ao perfil sociodemográfico das gestantes e puérperas, os achados assemelham-se à outros estudos em que a maioria das mulheres eram pardas, não apresentavam ocupação laboral e relataram mais de 8 anos de escolaridade.^{15,16}

Foi observado no estudo que a maioria das gestantes e puérperas realizavam o pré-natal. O MS preconiza a realização do pré-natal durante a gestação com o intuito de prevenção e/ou detecção precoce de doenças tanto maternas quanto fetais, contribuindo com a diminuição da morbimortalidade materna e fetal.¹⁷ Durante essas consultas, orientações sobre doenças infectocontagiosas que possuem desfechos desfavoráveis à mãe ou ao feto, como a sífilis, devem ser dadas no momento de testagem e comunicação pela equipe responsável pelo pré-natal. Entretanto, no estudo foi possível identificar a falta dessas orientações durante as consultas de pré-natal, em que mais da metade das gestantes e puérperas admitiram não terem sido orientadas pela equipe do pré-natal sobre a sífilis e mais de 35% não sabiam o que era a sífilis.

É comum que durante as consultas de pré-natal os profissionais de saúde se limitem à testagem das gestantes sem que lhes seja informado os motivos dos testes, sobre o contágio, a prevenção e as possíveis complicações das respectivas enfermidades. O perfil sociodemográfico que possui associação com os erros acerca da doença no estudo foi, majoritariamente, de baixa escolaridade e ausência de ocupação laboral, que são características cuja associação com a ocorrência de sífilis gestacional foi identificada em estudos.^{18,19,20} Acredita-se que isso possa estar relacionado com a falta de informações adquiridas previamente e/ou durante as consultas e com a baixa capacidade de entendimento de cada gestante ao receber as informações a partir da equipe do pré-natal. Quando as gestantes e puérperas são devidamente instruídas sobre a doença, conseguem criar um pensamento crítico que permite reconhecer possíveis alterações em seu corpo que indiquem sinais e sintomas de alerta.²¹

Sugere-se que a falta de orientação sobre a sífilis durante o pré-natal possa ter contribuído negativamente nas respostas das gestantes e puérperas, após uma análise crítica das mesmas. Foi observado

que, em relação à transmissão da doença, mais de 18% das mulheres supunham que a sífilis podia ser transmitida através da água, ar, pelo contato físico não sexual ou por meio da pele íntegra. Sobre a prevenção, a maioria acreditava que o preservativo não funcionava como preventivo para a sífilis, o que reflete a precária educação sexual que essas mulheres tiveram, mesmo estando em um período de grande vulnerabilidade e risco.

Ademais, 25% das gestantes e puérperas não sabiam que a sífilis poderia causar danos à saúde do feto, conhecimento que poderia servir como estímulo ao uso de preservativos durante a relação. Sugere-se superficialidade do conhecimento das gestantes em relação à ISTs e à alteração do corrimento, uma vez que, a maioria delas acreditava que o sintoma de “corrimento amarelo de odor fétido” estava relacionado com sífilis, sendo que na verdade este sinal está associado a doenças tais como vaginoses bacterianas, tricomoníase e gonorréia.

No estudo, além das constatações prévias, a não utilização de preservativos durante as relações sexuais foi uma resposta frequente, com a evidência de que a maioria das gestantes fizeram o uso irregular de preservativo durante as relações sexuais. Portanto, apesar de ser um método contraceptivo duplamente eficaz contra IST e contra gravidez, de fácil acesso e baixo custo, ainda possui uma resistência por parte de ambos os parceiros ao seu uso, tendo assim grande influência na transmissibilidade da doença. Além disso, para fins de análise do estudo foi considerado a iniciação de vida sexual precoce quando menor ou igual à 15 anos e identificada em mais de 1/4 das mulheres da amostra, resultado compatível com o que foi encontrado em outro estudo.¹⁶ Isso representa um comportamento de risco às ISTs em geral.

Existe uma escassez de estudos sobre o conhecimento das gestantes não portadoras sobre a sífilis, em detrimento do grande número de estudos de análise do conhecimento das portadoras^{22,23} e dos profissionais de saúde pré-natalistas.^{24,25,26} Apesar de se esperar que as gestantes portadoras tenham maior conhecimento sobre a doença, esses estudos mostram que mesmo com o diagnóstico, não foram todas as gestantes que tinham a consciência do que era a doença e como evitá-la.^{22,23}

Esse fato, associado à identificação de uma defasagem de informações no estudo presente, reflete uma possível falha do sistema de saúde em políticas voltadas à prevenção primária da sífilis 27,28 com desenvolvimento de educação em saúde para a população em geral, visto tratar-se de uma doença evitável, abordando a importância do uso de preservativos, conscientizando sobre a doença e as formas de tratamento.^{28,29,30} Portanto, há uma valorização do diagnóstico precoce nas consultas em detrimento das orientações para prevenção da doença. Além disso, há uma necessidade de novos estudos com maior número de gestantes e puérperas abrangendo outras cidades e estados brasileiros sobre este tema.

5. CONCLUSÃO

No presente estudo, a prevalência de SG detectada foi de 2,10%. Foi possível perceber que as gestantes e puérperas entrevistadas apresentavam um conhecimento insuficiente para a prevenção da SG. O menor grau de conhecimento estava relacionado com variáveis de baixo nível de escolaridade e de ausência de ocupação laboral.

Dessa forma, sugere-se uma defasagem do sistema de saúde em garantir a prevenção primária eficaz para a sífilis, visto que uma das ações preconizadas pelo programa de prevenção mundial da SC é a promoção de ações educacionais para questões relacionadas às ISTs

e uso de preservativos.

Portanto, fica evidente a importância do presente estudo como instrumento de mensuração da qualidade do pré-natal realizado no município de Barbacena, podendo contribuir para fomentar políticas públicas na área da saúde, através da implementação de projetos que conscientizem os pré-natalistas sobre a importância da educação sobre ISTs no pré-natal para a prevenção adequada da sífilis. Ademais, é necessário a realização de novos estudos como esse, a fim de estabelecer maior representatividade das falhas detectadas.

7. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
2. Gandra LKR, Hercílio MJ, Fagundes SM, Ribeiro PLM. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol.* 2016;19(1):63-74.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília;2015.
4. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Secretaria do Estado de Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev. Saúde Pública.* 2008;42(4):768-72.
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Sífilis na gestação [internet] Brasil [citado 2020 Out 02]. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-na-gravidez>.
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra:OMS;2008.
7. Freire GR, Santos ACT, Oliveira GHS, Silva AM, Tanure SS, Silva BLC, *et al.* A situação da sífilis congênita no Brasil In: Ribeiro MA, Pinto CMA, Santos CL, de Lima SBG. Saúde da mulher, criança e adolescente. Rio Branco: Stricto Sensu; 2020. p. 112-120.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília:Ministério da Saúde; 2005.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Brasília: Número especial / Out.;2019.
10. Pires ON, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará - Área Verde. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2007;19(3/4):162-5.
11. Secretaria Municipal de Saúde e Programas Sociais (Sesaps) de Barbacena; 2020.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília;2018.
13. Santos GZ, Terra MR. Sífilis e seus diferentes estágios infecciosos. *Rev. Eletrônica Múltiplo Saber.* 2017;37.
14. Ramalho MOA. Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na estratégia de saúde da família do Recife [dissertação na Internet]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016 [citado em 2020 19 out]. 94 p. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/17410/1/DISSERTACAO_MARIANA%20RAMALHO.pdf
15. Silva MG, Gontijo EEL, Ferreira DS, Carvalho FS, Castro AM. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. *Universitas: Ciências da Saúde.* 2015;13(2):93-102.
16. Peixoto CR, Lima TM, Costa CC, Freitas LV, Oliveira AS, Damasceno AKC. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza-CE. *Rev. Min. Enferm.* 2012;16(2):171-7.
17. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. 3 ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
18. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enferm [Internet].* 2018 [citado em 2020 Out 02];26:e3019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf
19. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gravidez e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, Brasil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(4):681-94.
20. Domingues RMS, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad SaúdePública.* [Internet]. 2016 [citado em 2020];32(6):e00082415. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605002&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade de Escola UFRJ. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2001;13(4):6-8.
22. Víctor JF, Barroso LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araújo IM. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Rev Eletr Enferm.* 2010;12(1):113-9.
23. Lima LE, Xavier AMH, Almada CB. Conhecimento das gestantes com sífilis sobre a doença e perfil sociodemográfico em uma UBS e Hospital Maternidade da zona norte de São Paulo. *J Health Sci. Inst.* 2019;37(3):218-23.
24. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto contexto Enferm.* 2014;23(2):278-85.
25. Lazarini FM, Barbosa DA. Intervenção educativa na atenção básica para a prevenção da sífilis congênita. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* 2017 [citado em 2020];25:e2845. Disponível em: <https://usp.br/sddarquivos/arquivos/vancouver.pdf>
26. Andrade RFV, Lima NBG, Araújo MAL, Silva DMA, Melo SP. Nurse's Knowledge about the management of pregnant with positive VDRL. *DST - J Bras Doenças Sex. Transm.* 2011;23(4):188-93.
27. Yui FM, Melo SCCS, Costa AB, Sila NMMG, Massan F, Tashima CM, *et al.* Prevalência de sífilis congênita: uma revisão integrativa. *Rev Uningá.* 2017;53(2):149-155.
28. Santana MVS, Barbosa PNG, Santos JFL. Sífilis gestacional na atenção básica. *Diversitas J.* 2019;4(2):403-19.
29. Beck EQ, Souza MHT. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. *Rev Pesqui Cuid Fundam. (Online).* 2018;10(3):19-24.

30. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):152-9.