






Abordagem pré-natal da sífilis na atenção primária de saúde: uma revisão bibliográfica

Prenatal approach to syphilis in primary health care: a literature review

Amanda Miranda Matos Teixeira¹, Anna Laura Lima Larcipretti¹, Giovanna Gonçalves de Souza e Silva¹, Giovanna Sousa Ferreira¹, Marcella Barbosa Sampaio Tropic Pinheiro²

RESUMO

A sífilis é provocada pelo agente infeccioso *Treponema Pallidum*, que pode ser transmitido por via vertical e gerar graves intercorrências na gestação e no concepto. Há elevada taxa de transmissão no primeiro e no terceiro trimestres de gestação e, quando transmitida, a taxa de mortalidade do feto é cerca de 40%. Dessa maneira, é um grave problema de saúde pública, que pode ser prevenido durante o pré-natal efetivo. Trata-se de revisão nas bases Medline, SciELO e LILACS, de artigos dos últimos 10 anos, que objetiva verificar a assistência brasileira à sífilis gestacional e congênita na atenção primária. Dados literários exibem que 1,3 a 2,0 milhões de mulheres são infectadas por ano pela sífilis, mundialmente, e que cerca de 1/3 dessas não são testadas para sífilis na gestação. No Brasil, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,2/1000 nascidos vivos em 2019, contrariando a expectativa da Organização Pan-Americana de Saúde de reduzir para <0,5/1000 nascidos vivos até 2015. A atenção primária, embora apresente aumento de sua cobertura para 87,17% da população, tem atendimentos falhos no pré-natal: despreparo dos profissionais de saúde na triagem e no tratamento adequado da gestante e do parceiro, e carência de programas de prevenção. Assim, as ações primárias de saúde em combate à sífilis gestacional e congênita são insuficientes. Faz-se necessário melhoria na qualidade dos pré-natais, para reduzir a incidência da enfermidade no Brasil, onde a sífilis é uma grave epidemia e calamidade pública.

Palavras-chave: Sífilis; Assistência pré-natal; Atenção primária à saúde.

¹ Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Minas Gerais, Brasil.

² Maternidade Odete Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Editor Associado Responsável:

Dr. Henrique Vitor Leite
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte/MG, Brasil.

Autor Correspondente:

Giovanna Gonçalves de Souza e Silva
E-mail: giovannagon07@gmail.com

Fontes apoiadoras:

Não houve fontes apoiadoras.

Comitê de Ética:

Não se aplica.

Registro de Ensaio Clínico:

Não se aplica.

Conflito de Interesses:

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Recebido em: 10 Agosto 2021

Aprovado em: 25 Janeiro 2023

Data de Publicação: 31 Agosto 2023.

DOI: 10.5935/2238-3182.2022e33210

ABSTRACT

Syphilis is caused by the infectious agent *Treponema Pallidum*, which can be vertically transmitted. This can generate serious complications in pregnancy and for the development of the fetus. When transmitted to the fetus, it leads to congenital syphilis. There is a high rate of transmission in the first and third trimesters of pregnancy. When transmitted, the fetal mortality rate is about 40%. Thus, it is a serious public health concern, which can be prevented with effective prenatal care. This is a review of the Medline, SciELO and LILACS databases of articles from the last 10 years. These aim to verify the Brazilian medical aid to gestational and congenital syphilis in primary care. Data shows that 1.3 to 2.0 million women are infected with syphilis per year worldwide, and that about 1/3 of these are not tested for syphilis during pregnancy. In Brazil, the incidence rate of congenital syphilis is 9.0/1000 live births, with a mortality rate of 8.2/1,000 live births in 2018, contrary to the expectations of the Pan American Health Organization to reduce to <0.5/100 live births by 2015. Primary care, although it has increased its coverage up to 87.17% of the population, it has still failed prenatal care due to unpreparedness of healthcare professionals in screening, adequate treatment for pregnant women and their partners, and a lack of prevention programs. Thus, primary health actions to combat gestational and congenital syphilis are insufficient. Therefore, it is necessary to improve the quality of prenatal care to reduce the incidence of the disease in Brazil, where syphilis is a serious and virulent epidemic.

Keywords: Syphilis; Prenatal care; Primary health care.

INTRODUÇÃO

Sífilis é uma doença provocada pela bactéria *Treponema pallidum*, em que o sintoma mais comum é o aparecimento de úlcera indolor em região genital. A doença possui diferentes fases clínicas, que são: primária, com ulceração ou erosão de borda regular, base endurecida e fundo limpo em região genital, rica em treponemas; secundária, com achados dermatológicos, latente recente e tardia, em que o estágio é assintomático; e terciária, em que há lesões de órgãos alvos¹.

Na gestação, pode ser transmitida a partir de 14 semanas ao feto por via transplacentária, sendo que ele também pode ser contaminado pelo contato com lesões ativas no canal vaginal durante o parto, levando ao quadro de sífilis congênita^{1,2}. Quando não tratada, a taxa de transmissão da bactéria chega a ser de 70% a 100% no primeiro e no segundo trimestres da gestação, respectivamente. Além disso, quando ocorre a transmissão vertical, é estimado que 40% das gestações resultarão em aborto espontâneo, morte fetal intrauterina, parto pré-termo ou óbito perinatal³. Quando as crianças sobrevivem, cerca de 2/3 são assintomáticas ao nascimento, podendo apresentar apenas baixo peso como manifestação, e aproximadamente 20% são sintomáticas e

apresentam manifestações precoces, antes dos 2 anos, ou tardias, depois de 2 anos de idade².

Dentre as manifestações clínicas da sífilis congênita precoce, além da prematuridade e do baixo peso ao nascer, destacam-se: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo palmo plantar ou condiloma plano), periostite, osteíte ou osteocondrite, icterícia, sofrimento respiratório, rinite sífilítica, alterações esqueléticas e linfadenopatias generalizadas. Alterações hematológicas como anemia, trombocitopenia, leucopenia ou leucocitose também podem estar presentes. Já na sífilis congênita tardia, essa que é mais rara, os sintomas incluem anormalidade dentárias, com os dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), ceratite intersticial como manifestação ocular e surdez neurológica, entre outros^{2,4}.

A atenção pré-natal, oferecida gratuitamente à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo garantir desenvolvimento adequado da gestação e permitir o parto de um recém-nascido (RN) saudável, incluindo abordagem psicossocial e atividades preventivas e educativas⁵. Possui também como propósito a identificação precoce de doenças transmitidas verticalmente, como a

sífilis, a fim de evitar comprometimento da saúde da gestante e do RN. Como meio de triagem e diagnóstico da sífilis na gestação, os testes sorológicos são os mais utilizados na prática, que são: não treponêmicos (*Venereal Disease Research Laboratory Test* - VDRL, RPR) ou treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA, teste rápido), sendo que os primeiros são utilizados para rastreamento e monitoramento da terapia, e os segundos para confirmação do diagnóstico². A testagem para sífilis precisa ocorrer em três momentos: na 1ª consulta do pré-natal (de maneira ideal no 1º trimestre da gestação), no início do 3º trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, utilizando preferencialmente o teste rápido, esse largamente disponível nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶.

Embora a assistência ao pré-natal no Brasil seja alta em sua totalidade, alcançando até 90% de cobertura em todo o país⁷, a alta incidência da doença local (8.2/1.000 nascidos vivos)⁸, indica provável comprometimento dessa atenção, visto que a sífilis é uma doença com diagnóstico e tratamento bem estabelecidos, sendo também absolutamente evitável a transmissão vertical, por meio do tratamento da gestante. Além disso, apresenta baixos custos e mínimas dificuldades operacionais⁹. Nesse sentido, essa revisão visa caracterizar, por meio de análise da literatura disponível, a assistência pré-natal com enfoque na sífilis gestacional e congênita na atenção primária da saúde brasileira.

EPIDEMIOLOGIA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 1,5 milhões de mulheres grávidas são infectadas no mundo pela sífilis por ano¹⁰. Dados de 2008 afirmam que, dentre 1,4 milhão de casos de mulheres grávidas infectadas com sífilis, 80% foram atendidas em consultas pré-natais e 20% não compareceram ao serviço de saúde, portanto não obtiveram assistência pré-natal¹¹. No entanto, das mulheres que recebem assistência em serviços pré-natais, notifica-se que até 1/3 delas não são testadas para sífilis¹².

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criou uma meta, em 2010, de que se alcançasse <0.5 nascidos vivos com SC a cada 1.000 habitantes até 2015, no entanto, sabe-se que tal padrão não foi alcançado¹³. Obteve-se, ao contrário, um incremento na taxa, sendo ainda uma epidemia e grave questão de saúde pública.

Em relatos do boletim epidemiológico de 2019, a taxa de sífilis congênita foi de 9/1000 nascidos vivos¹⁴. Já no ano de 2020, o MS notificou uma taxa de 8.2/1000 nascidos vivos, observando pequena redução⁸. Entretanto, vale ressaltar que essa redução pode estar relacionada a problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, o que pode ocasionar diferença no total de casos entre as bases de dados municipal, estadual e federal de sífilis. O declínio no número de casos também pode decorrer da demora de notificações e das bases de dados do Sinan, devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de COVID-19⁸.

As taxas de sífilis na gestação e a sífilis congênita são elevadas no Brasil e as mortalidades materna e infantil têm relação direta com a ineficácia da assistência pré-natal¹⁵. Dessa maneira, torna-se fundamental o conhecimento de dados epidemiológicos, para que o assunto receba especial enfoque nas consultas de pré-natal na atenção primária.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada nas bases de dados Medline, (PubMed e Biblioteca Virtual da Saúde - BVS), LILACS e SciELO. A busca foi realizada utilizando as palavras-chaves “*sypphilis*”, “*prenatal care*” e “*primary health attention*”, e filtro de estudos dos últimos 10 anos. Foram encontrados 124 artigos ao todo, dos quais 11 foram selecionados para a amostra final (Gráfico 1). Dentre os critérios de inclusão estavam: adequação ao tema, estudos nacionais, estudos descritivos ou observacionais. Foram excluídos aqueles de revisão narrativa. As características dos estudos estão descritas na Tabela 1.

Utilizou-se também boletins epidemiológicos e manuais de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) sobre atenção pré-natal e sífilis, dos anos de 2006 até 2019.

RESULTADOS

ABORDAGEM PRÉ-NATAL DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O diagnóstico e o tratamento da sífilis gestacional são realizados na atenção básica, que obteve aumento no número de equipes nos últimos anos. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o atendimento pré-natal na atenção básica teve um incremento de 350% entre 2000 e 2010, dado disponível na página do Departamento de Informática do SUS (DATASUS; <http://datasus.saude.gov.br/>). Além disso, atingiu cobertura populacional de 87,17% em 2014⁶.

A criação e a implementação da “*Rede Cegonha*”, em 2011, pelo MS trouxe perspectiva de mudança no atendimento à mulher no período gravídico puerperal, devido à maior oferta de testes rápidos para rastreamento de sífilis e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) nas UBS, sendo uma importante abordagem para mitigar a incidência da doença¹⁶.

A assistência pré-natal é um período importante para diagnosticar tais doenças, que promove prevenção à transmissão vertical e também acesso das grávidas e seus parceiros aos cuidados oferecidos¹⁶. Em relação à sífilis na gestação, é o principal período para que o diagnóstico da sífilis congênita seja feito¹⁷.

A adequação da qualidade do pré-natal, de acordo com órgãos oficiais de saúde, depende de: realização do número de consultas recomendadas, sendo o número mínimo de 6 consultas⁶, identificação precoce de todas as gestantes na comunidade, o pronto início do acompanhamento pré-natal ainda no 1º trimestre da gravidez, o cadastro da gestante

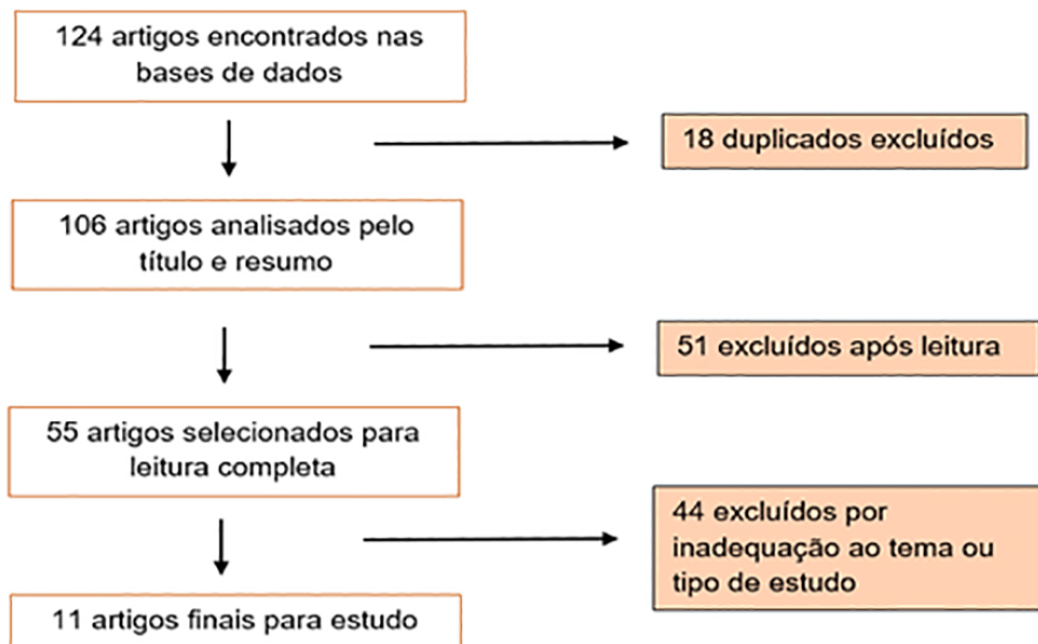


Gráfico 1. Metodologia de seleção dos estudos. Fonte: Produção própria do autor; 2023.

Tabela 1. Características dos estudos selecionados.

Autor, data	Local	Ano de estudo	Tipo do estudo	Amostra do estudo
Lazarini <i>et al.</i> (2017) ¹¹	Londrina/PR	2013-2015	Experimental	102 profissionais
Freitas <i>et al.</i> (2019) ¹⁵	João Pessoa/PB	2013-2014	Estudo ecológico	13.020 gestantes
Figueiredo <i>et al.</i> (2020) ²¹	João Pessoa/PB	2014	Estudo ecológico	1.117 municípios
Soares <i>et al.</i> (2017) ¹⁹	Guarapuava/PR	2015-2016	Transversal retrospectivo	2.868 gestantes
Benzaken <i>et al.</i> (2020) ²³	Rio de Janeiro/RJ	2016	Transversal	659.095 nascimentos
Costa <i>et al.</i> (2018) ²⁰	Francisco Beltrão/PR	2017	Transversal descritivo qualitativo	45 profissionais de saúde
Nunes <i>et al.</i> (2017) ⁷	Natal/RN	2016-2017	Transversal	64.348 domicílios
Oliveira <i>et al.</i> (2019) ¹⁷	Natal/RN	2016	Transversal	129 gestantes
Cavalcante (2019) ²⁸	Fortaleza/CE	2013-2016	Coorte	460 crianças
Domingues <i>et al.</i> (2014) ¹⁸	Rio de Janeiro/RJ	2011-2012	Coorte	23.894 mulheres

Fonte: Produção própria do autor; 2023.

no SISPreNatal, o fornecimento e preenchimento do cartão pré-natal e o esclarecimento sobre o calendário de vacinas e exames preconizados⁷.

No entanto, apesar dos avanços relatados, sabe-se que a qualidade de assistência não é satisfatória, sendo que há elevados casos de início tardio do pré-natal, o que leva ao diagnóstico tardio da sífilis gestacional. Oliveira *et al.* (2020)¹⁸ avaliou que número significativo de 69% das mulheres avaliadas no estudo transversal em Natal/RN obtiveram diagnóstico de sífilis apenas no terceiro trimestre, 39,5% das mulheres receberam o diagnóstico de sífilis no momento do nascimento do feto e 3,9% receberam apenas após o nascimento, fato que indica falha na triagem da doença¹⁷.

Análise nacional de base hospitalar com 23.894 mulheres entrevistadas no pós-parto mostra que 98,7% fizeram no mínimo uma consulta pré-natal, mas que 40% das gestantes iniciaram a assistência pré-natal apenas após a 12ª semana. Avaliação dos cartões de pré-natal constatou que 89,1% possuíam o resultado do primeiro teste sorológico para sífilis, no entanto apenas 41,1% possuíam registros do segundo teste sorológico, o que demonstra falta no seguimento adequado. Esse mesmo estudo avalia que uma maior prevalência de sífilis foi relatada em gestantes sem assistência pré-natal¹⁸.

Soares *et al.* (2017)¹⁹ analisa, em estudo retrospectivo conduzido no Paraná, que 90% das gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 77,5% realizaram o exame

VDRL neste período e somente 45% realizaram dois ou mais exames no seguimento das consultas. Ademais, a análise transversal que avalia o conhecimento de 43 profissionais que realizam pré-natal na atenção básica, relata que 81,4% deles afirmaram que o VDRL deve ser solicitado no 1º, 2º e 3º trimestres²⁰. No entanto, tal fato contraria a orientação do MS, que preconiza a triagem no 1º e no 3º trimestres, na admissão para o parto e em abortos⁶.

Figueiredo et al. (2020)²¹ analisou dados referentes à assistência à sífilis na atenção básica e relatou que a maior oferta do teste rápido estava relacionada com maior capacidade de detecção da doença, e consequente redução das taxas de sífilis congênita. Dentre os 5.070 municípios brasileiros avaliados, ações de diagnóstico para sífilis foram disponibilizadas em mais de 95% desses, e a quantidade de testes rápidos disponibilizados aumentou de 31.500, em 2011, para 3.156.410, em 2014. Porém, afirma que as distribuições relacionadas à estimativa de gestantes nos estados foram desiguais e desproporcionais. Além disso, cerca de 1/3 das equipes não ofertava teste rápido, apontando que seria necessária a ampliação dessa medida²¹. Dessa maneira, é possível concluir que as testagens são realizadas de maneira ainda improdutivas em atendimentos na atenção primária.

TRATAMENTO NO CASO DE SÍFILIS NOTIFICADA NA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O tratamento de sífilis em gestantes é bem solidificado na literatura científica. Em casos de sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução), o esquema terapêutico é o emprego de *Penicilina G Benzatina*, mais precocemente possível, sendo que não há evidências de outros fármacos que sejam efetivos na gestante. As doses recomendadas variam de acordo com o diagnóstico de infecção recente ou tardia, caso ocorra o diagnóstico nas fases primária e secundária, emprega-se 2.400.000UI, com aplicação dividida em cada glúteo. Já em diagnósticos tardios, em fase latente indeterminada, utiliza-se 7.200.000UI do fármaco, divididos em 3 semanas de injeções glúteas de 2.400.000UI⁴.

As gestantes infectadas devem receber tratamento efetivo de forma imediata, sendo também de fundamental importância a triagem e o tratamento dos parceiros⁹. Em 2012, a OMS estabeleceu como objetivo tratar mais de 80% dos parceiros de gestantes com sífilis com pelo menos uma dose de *Penicilina G benzatina*²². No entanto, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que apenas 11,5% dos parceiros sexuais foram tratados para sífilis no Brasil, no ano de 2011¹⁸. Tal dado aponta um dos gargalos na erradicação da sífilis congênita e reinfeção da gestante, assim como a dificuldade de busca ativa dos parceiros pela atenção primária.

Em estudo ecológico referente a 1.117 municípios brasileiros com mais de 20 mil habitantes e com cobertura de atenção básica maior que 50%, a mediana da utilização de *Penicilina benzatina* foi de 41,9% apenas. Os dados revelam ainda grande variabilidade regional. Nas regiões Sudeste e Nordeste do país, menos de 50% dos municípios estudados

realizavam a aplicação de penicilina em mais da metade de suas equipes, o que reduz acesso ao tratamento e perpetua a transmissão²¹.

Benzaken et al. (2020)²³ realizou análise semelhante nas 27 capitais do país e também verificou um quadro de baixa adequação da atenção primária. Neste caso, a mediana obtida em relação à disponibilidade de penicilina foi de 67,7%, sendo que a mediana de sua administração pela equipe era de 86,7%.

Em relação ao emprego adequado do tratamento, estudo transversal de Oliveira et al. (2020)¹⁷ analisou que, entre 126 gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional, apenas 1,6% tiveram tratamento adequado, e apenas 16,3% obtiveram tratamento concomitante com o parceiro, dado que chama atenção à necessidade de maior treinamento da equipe da atenção primária para a conduta de casos de sífilis em gestantes.

Além disso, pesquisa realizada em 23 UBS no ano de 2017, afirma que 69,7% dos profissionais de saúde locais realizariam o tratamento de parceiros de gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum* e verificariam o tratamento desses. No entanto, o estudo demonstra que 69,4% dos parceiros não foram tratados. Em adição, do total de profissionais, 58,7% desconheciam sobre as diferentes fases clínicas da doença, o que revela um agravamento visto que o tratamento é diferente em cada fase²⁰.

Assim, o comprometimento do tratamento adequado da sífilis gestacional abrange as seguintes esferas: a má disponibilidade do fármaco nas unidades de saúde e falta de preparo dos profissionais de saúde da atenção primária, tanto para solicitar exames, quanto para guiar e realizar o seu tratamento, fator muitas vezes justificado pela falta de consenso em relação aos protocolos dessa enfermidade²⁰, o que leva a condutas errôneas nas gestantes e em seus parceiros.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Dentre as medidas de prevenção contra a transmissão vertical da sífilis, destaca-se a abordagem educacional direcionada a todos os profissionais da saúde da atenção básica e aos protagonistas da assistência materno-infantil¹¹. A educação em saúde é uma medida preventiva imperativa, visto que estudos demonstram alta prevalência de condutas profissionais contraditórias ao que é protocolizado^{17,20,21,23}.

Análise de Costa et al. (2018)²⁰ mostra que 72,1% dos profissionais de saúde do estudo já atuavam há mais de cinco anos em UBS e, ainda assim, apresentavam dificuldade em diagnosticar e tratar a doença nas gestantes, mostrando que a falta de treinamento eficaz aos profissionais da saúde colabora para a maior incidência de sífilis congênita.

Estudo de Lazarini et al. (2017)¹¹ demonstra que uma via efetiva de intervenção educacional seria o oferecimento de workshops com focos no diagnóstico e no manejo da sífilis. O mesmo evidenciou aumento significativo no conhecimento sobre a conduta profissional adequada e efetiva no pré-natal após administração desse tipo de estratégia. Notou também melhora explícita no conhecimento sobre estratégias

terapêuticas recomendadas e procedimentos relativos ao controle e ao monitoramento da sífilis gestacional. Esse tipo de abordagem se mostrou eficaz, visto que houve redução de 38% na transmissão vertical da doença¹¹.

Medidas semelhantes foram incorporadas na *Agenda de Ações Estratégicas do SUS*, divulgada no ano de 2017, pelo MS²⁴, que preconizou a divulgação educacional sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis, além de inclusão do eixo temático nos programas de formação dos profissionais de saúde e capacitação ampliada dos mesmos. No entanto, dados mostram que a mortalidade infantil no Brasil por sífilis aumentou de 2.4/100.000, em 2005, para 7.4/100.000 nascimentos, em 2015, taxa que permanece alta até os dias atuais²⁵. Portanto, tais fatos indicam fragilidade e insuficiência no atendimento de pré-natal em relação à sífilis gestacional.

Os dados apresentados em relação à abordagem, tratamento e prevenção estão reunidos na Tabela 2.

DISCUSSÃO

As altas taxas de sífilis gestacional e congênita têm-se tornado, a despeito do tratamento bem estabelecido, um emergente problema de saúde pública no panorama nacional⁹. Sabe-se que a América possui a maior incidência de sífilis, sendo responsável por 25% de 2 milhões de casos de sífilis gestacional anualmente. As prevalências da doença na América Latina, Caribe, Estados Unidos (EUA) e Canadá variam de 0.0% a 7.0%, sendo que no Brasil atinge 1.4 a 2.8%²⁶. Nos EUA, a incidência de sífilis congênita alcança 0.134/1000 nascidos vivos. No Brasil, atinge 8.2/1000 nascidos vivos⁸. Em países como Reino Unido, cerca de 2 bebês nascem com sífilis congênita por ano. Essa baixa frequência se deve ao maciço controle que existe de testagem de infecções durante a gestação. Taxas semelhantes são observadas em países como França e Suíça²⁷.

No Brasil, observa-se que a atenção primária à sífilis gestacional apresenta pontos falhos, incluindo testagem em momentos inadequados, ou realizada de maneira ampliada, mais que o necessário, e também com falha no seguimento da triagem nos trimestres da gestação^{20,21,27}.

Além disso, apesar da maior disponibilidade de testes, viu-se que há uma má distribuição desses, sendo desproporcional ao número de gestantes em cada estado²¹.

Ademais, visto que as gestantes podem estar em fase latente de infecção e que a maioria dos RN são assintomáticos ao nascimento^{2,3}, a detecção é ainda mais dificultada, fazendo com que o diagnóstico muitas vezes seja feito tardiamente, no momento ou meses após o nascimento¹⁷.

Por fim, há inadequação da disponibilidade da *Penicilina G benzatina* nas UBS, falta de preparo dos profissionais de saúde para realizar o tratamento de forma adequada nas gestantes e em seus parceiros, além do não comprometimento das gestantes, que muitas vezes não dão seguimento ao tratamento. A falta de protocolos assistenciais também faz com que haja adoção de diferentes opções terapêuticas²⁰. Apesar de programas nacionais como a *Rede Cegonha e a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis* no Brasil, que objetivam ampliar a oferta de diagnóstico e tratamento de pacientes com sífilis, percebe-se que não há programas mais assertivos focados na mitigação da transmissão de SC. Sendo assim, as taxas de incidência dessa doença permanecem demasiadamente altas, já que tais programas de combate são escassos e apresentam ações insuficientes²⁸.

CONCLUSÃO

Conclui-se, pelo presente estudo, que a atenção primária à sífilis gestacional no Brasil possui entraves importantes para sua eficácia no tangente à melhora na assistência pré-natal, bem como no investimento de qualificação aos profissionais de saúde envolvidos e na criação de programas específicos de combate à sífilis congênita. Tais melhorias são urgentes, indispensáveis, e podem mudar o panorama da saúde materno-infantil nacional.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização & Escrita - Análise e Edição: Giovanna Gonçalves de Souza e Silva, Amanda Miranda Matos Teixeira, Giovanna Sousa Ferreira, Anna Laura Lima Larcipretti; Administração do

Tabela 2. Resumo dos resultados apresentados.

Momento do diagnóstico	69% no 3º trimestre, 39,5% ao nascimento e 3,9% após o nascimento ¹⁷ .
Assistência pré-natal	40% iniciaram apenas após 12ª semana ¹⁸ .
Teste de sífilis	41,1% possuíam o 2º teste registrado ¹⁸ . 45% fizeram 2 ou mais exames ¹⁹ .
Disponibilidade de Penicilina e Tratamento	41,9%: Mediana de utilização de Penicilina ²¹ . 86,7%: Mediana de administração de Penicilina ²³ . 1,6% das gestantes obtiveram tratamento adequado ¹⁷ .
Tratamento do parceiro	16,3% dos parceiros foram tratados ¹⁷ . 69,4% dos parceiros não foram tratados ²⁰ .
Medidas de prevenção	72,1% dos profissionais de saúde da UBS não sabiam tratar a doença adequadamente ²⁰ .

Fonte: Produção própria do autor; 2023.

Projeto, Supervisão & Escrita - Rascunho Original: Marcella Barbosa Sampaio Tropia Pinheiro; Validação & Software: Marcella Barbosa Sampaio Tropia Pinheiro. Curadoria de Dados & Análise Formal: Marcella Barbosa Sampaio Tropia Pinheiro.

COPYRIGHT

Copyright© 2020 Pinheiro et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
2. De Santis M, De Luca C, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Straface G, et al. Syphilis Infection during pregnancy: fetal risks and clinical management. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:430585.
3. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *RevEscEnferm USP*. 2013 Fev;47(1):152-9.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o controle de sífilis congênita: manual de bolso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde (BR). 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 (DF): Ministério da Saúde; 2015.
7. Nunes ADS, Amador AE, Dantas AP, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *RevBras Promoção Saúde*. 2017;30:1-10.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
9. Luppi CG, Domingues CSB, Gomes SC. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2016.
10. World Health Organization (WHO). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva (CH): WHO; 2012.
11. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Jan;25:e2845.
12. World Health Organization (WHO). Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access. Geneva: WHO; 2011.
13. Pan American Health Organization (PAHO). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: update 2015. Washington: PAHO; 2015.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
15. Freitas CHSM, Forte FDS, Roncalli AG, Galvão MHR, Coelho AA, Dias SMF. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:76.
16. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards millennium development goal 5. *Lancet*. 2010;375(9726):1609-23.
17. Oliveira SIM, Saraiva COPO, França DF, Ferreira Júnior MA, Lima LHM, Souza NL. Syphilis notifications and the triggering processes for vertical transmission: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):984.
18. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):766-74.
19. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VDA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *RevBras Saúde Mater Infant*. 2017;17(4):781-9.
20. Costa LD, Faruch SB, Teixeira GT, Cavalheiri JC, Marchi ADA, Benedetti VP. Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis. *CiêncCuid Saúde*. 2018;17(1):1-9.
21. Figueiredo DC, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RP. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(3):e00074519.
22. World Health Organization (WHO). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: WHO; 2012.
23. Benzaken AS, Pereira GF, Cunha AR, Souza FM, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00057219.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
26. Arnesen L, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37:422-9.
27. Walker DG, Walker GJ. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet*. 2002;2(7):432-6.
28. Cavalcante AN, Araújo MA, Nobre MA, Almeida RL. Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:95.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.