



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde– FACES  
Curso de Enfermagem

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB**

**DIFICULDADES RELACIONADAS À ADESÃO AO TRATAMENTO DE SÍFILIS  
GESTACIONAL, NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro Universitário de  
Brasília UniCEUB como exigência parcial  
para obtenção da graduação em  
enfermagem.

Orientador: Ms. Francino Machado de  
Azevedo Filho

**BRASÍLIA**

**2015**

## **DIFICULDADES RELACIONADAS À ADESÃO AO TRATAMENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL, NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**Priscila Simões Monteiro<sup>1</sup>**

**Francino Machado de Azevedo Filho<sup>2</sup>**

**Resumo:** O objetivo do estudo foi identificar nas produções científicas as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento da sífilis na gestação no Brasil. Realizou-se revisão de literatura por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no mês de março de 2015. Utilizaram-se os descritores sífilis, gestantes e tratamento no idioma português. Foram encontrados 261 artigos e selecionados 13. Os estudos analisados revelaram que as principais dificuldades relacionadas à adesão à sífilis gestacional, no Brasil, foram: ausência ou falhas durante o pré-natal; falta de conhecimento das gestantes sobre a doença; adesão limitada dos parceiros; estrutura ineficiente dos serviços; e falta de conhecimento dos profissionais de saúde. Conclui-se que na base de dados analisada há uma limitação no número de estudos nacionais que abordam a temática, dada a sua relevância. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos que abordem com mais propriedade e explorem mais variáveis relacionadas ao tratamento da sífilis gestacional, no Brasil.

**Palavras chave:** Sífilis, Gestantes e Tratamento.

**Abstract:** The aim of the study was to identify the scientific production difficulties related to adherence to treatment of syphilis during pregnancy in Brazil. We conducted a literature review, through the Virtual Health Library (BVS) in March 2015. We used the descriptors syphilis, pregnant women and treatment in Portuguese. 261 articles were found and selected 13 studies analyzed showed that the main difficulties related to membership of syphilis in pregnancy in Brazil were: absence or failure during prenatal care; lack of knowledge of patients on the disease, limited in partner, inefficient structure of services and lack of knowledge of health professionals. We conclude that there is a limitation in the number of national studies that addressed the issue, given its relevance. It recommends the development of studies that address more property and explore more variables related to the treatment of syphilis during pregnancy in Brazil.

**Keywords :** Syphilis , Mom and Treatment.

---

<sup>1</sup> - Acadêmica de Enfermagem, 9º período.

<sup>2</sup> - Professor, Mestre em Enfermagem e Orientador deste trabalho.

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase de alterações importantes na vida da mulher, principalmente no que se refere aos hábitos de vida, atitudes e sentimentos. Durante esse período, o risco de adquirir uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) se eleva, podendo desencadear sérias complicações, dentre elas à infertilidade, transmissão da doença para o feto, malformações congênitas ou até mesmo o óbito quando não tratadas (KUPEK; OLIVEIRA, 2012).

Neste sentido, destaca-se a sífilis, que ainda possui elevada prevalência em gestantes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com consequente aumento de sífilis congênita (HILDEBRAND, 2010).

A sífilis é uma doença bacteriana, sistêmica, de notificação compulsória, exclusiva no ser humano. Seu agente etiológico chama-se *T. pallidum*, e a transmissão ocorre pelo contato sexual e/ou transfusões sanguíneas, podendo atingir o feto pela transmissão vertical (BRASIL, 2010; COSTA et al., 2010).

A primeira epidemia de sífilis ou *lues venérea* ocorreu no final do século XV. A doença era caracterizada como repugnante e como praga do latim “*lues*”. O nome sífilis surgiu a partir do poema *Syphilis sive morbus gallicus*, de Girolamo Fracastoro, de Verona. Porém, o nome sífilis, como patologia, começou a ser usado a partir do século XVIII (LINS, 2014; MAGALHÃES, 2010).

A infecção pelo *T. pallidum*, na década de 1940, tinha sido considerada a causa de todos os males; porém, com o advento da penicilina e melhores cuidados de saúde levaram à diminuição quase que total de sífilis — tanto adquirida quanto congênita —, chegando a prever erradicação da doença até o final do século XX. Já em 1960, e mais acentuadamente na década de 1980, os casos de sífilis voltaram a crescer juntamente com a popularização do uso de *crack* e cocaína, e a maior liberação sexual (AMARAL; MILANEZ, 2008).

De acordo com a OMS, no período de 1997 e 2003 foram registrados dois milhões de casos de sífilis gestacional, por ano no mundo. Desse total, 25% estavam presentes na América Latina e Caribe, adequando a uma realidade de 460 mil casos anuais de sífilis gestacional (LINS, 2014).

No período de 2005 a junho de 2012, houve a notificação de 57.700 casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A grande parte ocorreu nas

Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente. Como visto, em 2011 o número total de casos notificados no Brasil foi de 14.321, dos quais 6.488 (45,3%) na Região Sudeste; 3.359 (23,5%) na Região Nordeste; 1.687 (11,8%) na Região Norte; 1.458 (10,2%) na Região Sul; e 1.329 (9,3%) na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2012).

Como forma de reduzir o número de casos de sífilis gestacional com conseguinte sífilis congênita, o Ministério da Saúde (MS) tem adotado algumas estratégias para seu combate, destacando-se o teste da mamãe, a triagem para sífilis e a disponibilização de tratamento gratuito e oferecido e de fácil acesso. O diagnóstico, idealmente abaixo das 16 semanas, juntamente com o tratamento adequado, são pontos indispensáveis para a redução da prevalência de sífilis (AMARAL; MILANEZ, 2008).

Segundo Costa (2012), há uma subdivisão nas fases da sífilis:

Fases	Início da manifestação	Características
Primária (cancro duro ou protossifiloma)	10 a 90 dias.	Lesão ulcerada, normalmente única, pouca excreção serosa. Pode ter aumento dos glânglios linfáticos na área sem supuração, móvel, indolor e múltipla. Sua regressão é espontânea sem presença de cicatriz;
Secundária	3 a 12 semanas.	Sintomas de mal-estar, mialgia e febre, sendo o último não obrigatório. Apresenta lesões polimorfas, que na região dorsal e palmo-plantar são mais propensas a serem acometidas;
Terciária	3 a 12 anos.	Presença de tumorações amolecidas em áreas cutâneo-mucosas (gomas). É possível comprometer o sistema neurológico, cardiovascular, osteoarticular.

O tratamento da sífilis é orientado pelo estágio clínico da doença, porém é o mesmo durante o período gestacional e não gestacional, sendo recomendado o uso da Penicilina Benzatina, que atua na gestante, no feto e previne a transmissão fetal. Esta droga é capaz de atravessar a barreira placentária e manter uma concentração sérica maior que a da reprodução do *Treponema pallidum* (LINS, 2014).

Embora seja uma doença com tratamento eficaz, estudos mostram que uma das principais causas para a sua disseminação é a não adesão dos parceiros sexuais ao tratamento. No ano de 2006, apenas 13,20% dos parceiros foram tratados, segundo informações registradas no SINAN (CAMPOS et al., 2012).

Neste sentido, questionam-se os fatores que fragilizam a adesão ao tratamento da sífilis na gestação, seus limites e possibilidades.

## **OBJETIVO**

Identificar na literatura científica as dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento da sífilis gestacional, no Brasil.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida pela seguinte questão norteadora: quais as dificuldades e fragilidades relacionadas à adesão ao tratamento da sífilis gestacional, no Brasil?

Segundo Mendes (2008), a revisão integrativa da literatura é uma modalidade de estudo que tem potencialidade de sintetizar conhecimentos fundamentados e uniformes. Além disso, por meio dessa pesquisa, em um único estudo, o leitor tem acesso a diferentes informações, tornando o método integrativo ágil na divulgação do conhecimento. Sua elaboração é constituída de seis fases interrelacionadas: 1) elaboração da questão norteadora; 2) definição de critérios e estudos a serem selecionados; 3) levantamento em bases de dados científicas; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) análise e interpretação dos resultados; 6) síntese e apresentação textual dos achados.

Para a seleção dos estudos, foi realizada busca de publicações indexadas nas bases de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical

Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), sendo acessado por intermédio da interface da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) durante o mês de março de 2015.

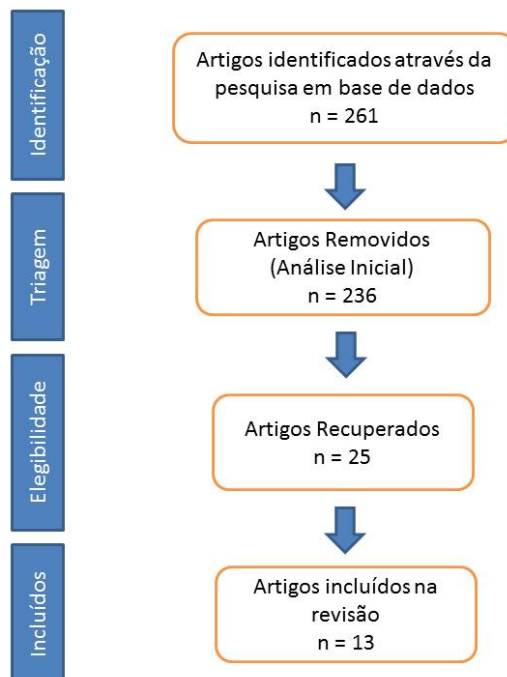
Foram incluídos nesta revisão artigos com resumos e textos completos disponíveis, em idioma português, publicados entre os anos de 2005 a 2015 e que respondessem à questão norteadora do estudo. Adotaram-se os descritores em saúde (Decs), sífilis, gestantes e tratamento, empregando na busca os operadores booleanos (And, Or, Not) em todas as suas combinações. Foram incluídos ainda livros, textos de referências e manuais institucionais de organismo nacionais que trazem recomendações sobre o manejo da sífilis.

Os artigos recuperados após a busca eletrônica foram submetidos à avaliação de títulos e resumo, tendo em vista os critérios de seleção. Após avaliação e triagem inicial, os estudos selecionados foram analisados, buscando extrair deles as informações ensejadas.

### 3 RESULTADOS

Foram localizados 261 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde. Após avaliação inicial de títulos e resumos, verificou-se que 236 não se enquadravam aos critérios de seleção. Dessa forma, 25 artigos foram lidos de forma completa, e ao final desta análise constatou-se que 13 respondiam ao objetivo do estudo.

**Figura 1. Processo de Busca e Seleção de estudos revisados**



Todos os artigos selecionados são de diferentes regiões do Brasil, sendo quatro do estado do Ceará; três do Mato Grosso do Sul; três do Rio de Janeiro; dois do Distrito Federal; um do Pará; e um de São Paulo; totalizando 14 artigos. Em relação ao ano de publicação, cinco foram publicados em 2012, três no ano de 2013 — um em cada ano, no período de 2006 a 2011.

Em relação aos tipos de estudos, encontraram-se sete descritivos com abordagem quantitativa, quatro descritivos com abordagem qualitativa, um avaliativo qualitativo e um avaliativo quantitativo.

Os estudos analisados revelaram que as principais dificuldades relacionadas à adesão à sífilis gestacional, no Brasil foram: ausência ou falhas durante o pré-natal; falta de conhecimento das doentes sobre a doença; adesão limitada dos parceiros; estrutura ineficiente dos serviços; e falta de conhecimento dos profissionais de saúde.

#### **4 DISCUSSÃO**

A sífilis é uma doença que pode ser diagnosticada com facilidade pelo Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), exame que deve ser realizado durante o pré-natal.

Contudo, Araújo (2006) demonstra em seus achados que muitas vezes as mulheres não fazem o pré-natal, fazem de forma inconclusiva ou começam a fazê-lo tardiamente.

Neste mesmo sentido, Magalhães et al. (2013) descreve que essa realidade afeta cerca de 10% das gestantes no Distrito Federal (DF), que relataram não terem feito nenhuma consulta de pré-natal.

Na cidade de Nova Iguaçu (RJ), nenhuma das pacientes analisadas foi submetida à realização de duas testagens de VDRL recomendadas durante o pré-natal. Outro estudo nacional apresentou que somente 26,2% das gestantes que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal tinham realizado os dois testes de VDRL, sendo que 0,4% destas, que tiveram resultado negativo no primeiro teste, tiveram teste positivo no segundo (NASCIMENTO et al., 2012).

A oferta de serviços de assistência pré-natal altera os desfechos das gestações e a sua ausência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes. Em países em desenvolvimento, a mortalidade na gestação pode diminuir em até 26% (MAGALHÃES et al., 2013).

No período de 2002 e 2003, de 32.512 gestantes analisadas no estado do Mato Grosso do Sul (MS), para verificação de infecções, 253 (0,77%) destas apresentaram a sífilis, seguida da toxoplasmose, 137 (0,42%) e do HIV, 71 (0,21). Estes dados demonstram que a sífilis prevalece dentre as DST, confirmando a necessidade da urgência na melhoria da assistência perinatal, uma vez que todos esses agravos podem ser identificados em tempo hábil e originar a qualidade nesse atendimento (FILHO et al., 2012).

Outra dificuldade encontrada foi a falta de conhecimento das mulheres sobre a doença. Estudo realizado no Distrito Federal (DF) em maternidades públicas com 67 puérperas/gestantes, por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), identificou que 14 (20,9%) relataram pouco conhecimento sobre a sífilis; isso mostra um tratamento incorreto naquela ocasião, reinfecção posterior ou cicatriz sorológica. A doença durante a gestação só é adequadamente tratada, sem danos ao feto, quando é realizada a administração da penicilina com doses apropriadas para o estágio da infecção, o tratamento é concluído em pelo menos trinta dias antes do parto, e o parceiro tratado simultaneamente com o mesmo esquema terapêutico da gestante (MAGALHÃES et al., 2013).

A adesão limitada de parceiros ao tratamento também foi uma fragilidade evidente, pois, de acordo com estudo realizado em Campo Grande (MS) parceiros relataram que não aderiam ao tratamento pela dor da administração intramuscular da penicilina (HILDEBRAND, 2010).

Segundo Araújo (2008), após análise de prontuários de um centro de saúde localizado em Fortaleza (CE), a maioria das gestantes tinha parceiro sexual fixo, o que pode dificultar a negociação de práticas sexuais seguras. Não havia informações disponíveis nos prontuários sobre parcerias sexuais anteriores das gestantes, tempo de relacionamento com o parceiro atual ou a existência de outro parceiro, o que prejudica a análise do controle de tratamento dos contactantes.

Segundo Campos et al. (2012), em seu estudo realizado em Fortaleza (CE), os parceiros sexuais das gestantes eram jovens, com baixa escolaridade, com atividade laboral e a renda de um salário mínimo, e 28,6 % das gestantes tinham conhecimento de relações extraconjugais dos seus parceiros, corroborando para o estabelecimento ideal das metas terapêuticas.



A adesão e comportamento do parceiro têm relação direta com o sucesso do tratamento, pois mulheres que tinham apoio do parceiro apresentavam cinco vezes mais chances de concluírem o tratamento, enquanto que no homem o aumento foi de 24 vezes quando comparado com os que não apoiaram suas parceiras (HILDEBRAND, 2010).

A estrutura ineficiente da rede assistencial à gestante com sífilis e o reduzido conhecimento de profissionais de saúde foram variáveis destacáveis dentre as fragilidades no tratamento da sífilis no Brasil.

Profissionais entrevistados em Fortaleza (CE), da área da saúde, relataram as seguintes dificuldades em relação ao manejo adequado da doença: demora em iniciar o pré-natal; ausência dos parceiros na consulta; inadequado treinamento para o manejo da testagem para sífilis; espera prolongada para o resultado do exame ou por falta de acesso ao teste treponêmico confirmatório; não aceitação do tratamento pela gestante e a não referência ao parceiro para que seja tratado (ANDRADE, 2011; DOMINGUES et al., 2013a).

Em Sumaré (SP), identificou-se falha nos registros de informações clínicas, pois os registros encontrados apresentavam limitadas informações clínicas e de exames complementares, ausência de variáveis preenchidas e divergências nas informações de fichas de notificação de doenças (DONALÍSIO, 2007).

Em um Centro de Saúde em Samambaia (DF), constatou-se que o tratamento foi inadequado visto que 9,1% das gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional não foram tratadas e que apenas 27,3% das gestantes com esse diagnóstico foram tratadas. A atuação dos profissionais de saúde nessa área em relação ao manejo dos casos de sífilis na gestação e no adequado do pré-natal, ainda é pouco explorada, o que pode identificar como fator determinante na disseminação da sífilis (LEITÃO, 2009).

Em Amambá (MS), identificaram-se Unidades Básicas de Saúde (UBS) que não fazem a administração de penicilina benzatina. Como justificativa da não realização, foi alegado o fato de que podem ocorrer eventos adversos, como a reação anafilática à administração do medicamento (SCHMEING, 2012).

Em caso de hipersensibilidade com a penicilina, 37,6% dos enfermeiros relataram não conhecer a droga substituta, o estearato de eritromicina. Outras drogas podem trazer malefícios ao concepto, devido ao seu potencial teratogênico. Ainda assim, o tratamento com essa segunda droga não traz proteção efetiva ao feto, não sendo considerado tratado e deverá

ser categorizado como caso de sífilis congênita. A gestante deve ser referenciada para um pré-natal de alto risco (ANDRADE, 2011).

O estudo de Domingues et al (2013b) trouxe as estratégias necessárias para a redução da incidência da sífilis na gestação e melhora do atendimento de pré-natal, a saber: busca precoce de mulheres para iniciar pré-natal; garantir o diagnóstico em curto prazo para a realização do tratamento antes da 24<sup>a</sup> à 28<sup>a</sup> semana gestacional, época mais efetiva para o feto; e ao adequado manejo clínico tanto da gestante e seu(s) parceiro(s), o que deve incluir a troca de informações sobre a doença e sua forma de prevenção.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo verificou que existem fragilidades que comprometem os resultados e a eficiência do tratamento da sífilis gestacional no Brasil. Foram encontrados após a revisão de literatura científica problemas evidentes, sendo eles: ausência ou falhas durante o pré-natal, pouco conhecimento das gestantes sobre a doença, adesão limitada dos parceiros, estrutura ineficiente dos serviços e reduzido conhecimento dos profissionais de saúde.

Dessa forma, com estes achados, ficam claro quais pontos devem ser explorados com atenção de modo que possam ser solucionados. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos que abordem com mais propriedade e explorem mais variáveis relacionadas ao tratamento da sífilis gestacional, no Brasil.

Evidencia-se limitação no número de estudos nacionais que abordam a temática na base de dados pesquisada.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. F. V. A. Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p. 188-193. 2011

ARAÚJO, E.C. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paranaense Medicina**, Belém, v. 20, n. 1, p. 47-51, mar. 2006.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan/mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, DF, Virtual Editora, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Vigilância, Informação e Pesquisa. Boletim epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, A. L. de A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.34, n. 9, p. 397–402, set. 2012.

COSTA C. C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 2012. 102f. Dissertação (Mestrado) da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al . Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1345 – 1351, mai. 2013. a

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev., 2013.b

DONALISIO, M. R. et al. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165-173, set. 2007.

FILHO, E. et al. Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, v.24, n. 1, p. 32-75, out. 2012.

HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros**. 2010. 74 f. Dissertação (Mestrado) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

KUPEK, E; OLIVEIRA, J. F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 478-87, set. 2012.

LEITÃO, E.J.L. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde número 2 Samambaia – DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v.20, n. 4, p. 307-314, out.-dez. 2009.

LINS, C. D. M. **Epidemiologia da Sífilis Gestacional e Congênita no Extremo Setentrional da Amazônia**. 2014. 71 f. Dissertação (Mestrado) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Boa Vista, 2014.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, suplemento especial, p.S43 - S54, out.-dez. 2010.

MAGALHAES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MILANEZ, H; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.325-7, jul. 2008.

NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 56-62, fev. 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**. 2012. 63f. Dissertação (Mestrado) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.