



Epidemiologia da sífilis gestacional em usuárias de redes sociais

Epidemiology of gestational syphilis in social media users

Epidemiología de la sífilis gestacional en usuarias de redes sociales

Daiane de Lima Ramos¹, Lara Camila de Oliveira¹, Isabel Fernandes de Souza².

RESUMO

Objetivo: Avaliar os perfis socioeconômico e epidemiológico da sífilis gestacional em usuárias de uma rede social. **Métodos:** Pesquisa descritiva, que explorou a epidemiologia sífilis em gestantes. Foi aplicado um questionário no formato online, em um grupo de uma rede social, que permitiu coletar os dados junto ao público alvo de interesse do estudo. **Resultados:** Foram abordadas 149 gestantes com sífilis. Quanto ao perfil socioeconômico, observou-se que as mulheres tinham entre 24 a 29 anos, casadas, com ensino médio completo ou ensino superior incompleto, assalariadas e com renda familiar entre um e dois salários mínimos. Afirmaram que permaneceram casadas por até 3 anos, com o parceiro pai da criança e com o uso de contraceptivo antes da gestação no método oral. Gravidez não planejada, porém, realizaram o pré-natal tendo a maioria iniciado após 4 semanas de gestação. Quanto à epidemiologia, o diagnóstico da sífilis ocorreu no pré-natal, em sua maioria pelo teste treponêmico, não sabiam a fase da doença, usaram Penicilina G benzantina 7.200.000 UI como tratamento, parceiro tratado e em uso de preservativo. A maioria afirmou contar com o enfermeiro para receber orientações. **Conclusão:** Destaca-se a importância do diagnóstico precoce e tratamento eficaz para as mulheres e seus parceiros.

Palavras-chave: Sífilis, Gravidez, Promoção da Saúde, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the socioeconomic and epidemiological profiles of gestational syphilis in users of a social network. **Methods:** Descriptive research, which explored the epidemiology of syphilis in pregnant women. Thus, an online questionnaire was applied to a group on a social network, which allowed data to be collected from the target audience of interest for the study. **Results:** 149 pregnant women with syphilis were approached. As for the socioeconomic profile, it was observed that the women were between 24 and 29 years old, married, with complete high school or incomplete higher education, salaried and with a family income between one and two minimum wages. They stated that they remained married for up to 3 years, with the child's father partner and with the use of oral contraceptives before pregnancy. Unplanned pregnancies, however, underwent prenatal care, with the majority starting after 4 weeks of gestation. As for epidemiology, the diagnosis of syphilis occurred during prenatal care, mostly through the treponemal test, they did not know the stage of the disease, they used penicillin G benzathine 7,200,000 IU as treatment, partner treated and using condom. Most said they rely on the nurse to receive guidance. Conclusion: The importance of early diagnosis and effective treatment for women and their partners is highlighted.

Keywords: Syphilis, Pregnancy, Health Promotion, Sexually Transmitted Diseases, Maternal and Child Health.

¹ Centro Universidade UniAmérica + Descomplica, Foz do Iguaçu - PR.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los perfiles socioeconómico y epidemiológico de la sífilis gestacional en usuarias de una red social. **Métodos:** Investigación descriptiva, que exploró la epidemiología de la sífilis en mujeres embarazadas. Así, se aplicó un cuestionario online a un grupo en una red social, lo que permitió recoger datos del público objetivo de interés para el estudio. **Resultados:** Se abordaron 149 gestantes con sífilis. En cuanto al perfil socioeconómico, se observó que las mujeres tenían entre 24 y 29 años, casadas, con enseñanza media completa o superior incompleta, asalariadas y con renta familiar entre uno y dos salarios mínimos. Manifestaron que permanecieron casadas hasta por 3 años, con la pareja del padre del niño y con el uso de anticonceptivos orales antes del embarazo. Los embarazos no planificados, sin embargo, se sometieron a atención prenatal, y la mayoría comenzó después de las 4 semanas de gestación. En cuanto a la epidemiología, el diagnóstico de sífilis se dio durante el control prenatal, en su mayoría a través de la prueba treponémica, desconocían el estadio de la enfermedad, utilizaban como tratamiento penicilina G benzatínica 7.200.000 UI, pareja tratada y uso de preservativo. La mayoría dijo que confían en la enfermera para recibir orientación. **Conclusión:** Se destaca la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo para la mujer y su pareja.

Palabras clave: Sífilis, Embarazo, Promoción de la Salud, Enfermedades de Transmisión Sexual, Salud Materno Infantil.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, por vezes assintomática, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. No mundo, há uma média de um milhão de novas infecções por dia, entre mulheres e homens, com maior frequência de detecção na faixa etária de 15 a 49 anos. A transmissão se dá por meio do ato sexual, de forma vertical mãe-feto e/ou na transfusão sanguínea. A sexual ocorre quando não há o uso de preservativo. Gestantes infectadas podem transmitir a doença para o feto. Quando isso ocorre é denominada sífilis congênita. Deste modo, o acompanhamento pré-natal, momento em que a mulher tem assistência à saúde de forma criteriosa, o diagnóstico da sífilis ocorre como também a prescrição do tratamento adequado. Assim, quanto há a assistência correta à gravidez, a sífilis congênita pode ser evitada (BRASIL MS, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a sífilis se divide em 4 fases, primária, secundária, latente e terciária. A evolução da doença dar-se-á pela falta de tratamento, evoluindo para a fase seguinte com mais sinais e sintomas. A fase primária é bastante caracterizada pelo surgimento de feridas na região genital, indolor, com ausência de coceira e pus, em alguns casos podem surgir ínguas na região da virilha. A fase secundária causa lesões e ínguas por todo o corpo, febre, mal-estar e cefaleia, evoluindo assim para a fase latente (assintomática), que pode durar de 2 a 40 anos. A fase terciária apresenta não somente as lesões na pele, mas também acometendo o indivíduo nos sistemas: ósseo, cardiovascular, neurológico, podendo levar ao óbito (BRASIL, 2020).

A literatura vem indicando o aumento de casos de sífilis no Brasil e apontando as razões para elevação das ocorrências. Um dos fatores é a ampliação do acesso aos testes rápidos para diagnóstico e rastreamento de casos. O outro motivo está relacionado à falta de penicilina no serviço público de saúde. Os primeiros registros da falta de medicamento começaram a ser comunicados em 2014. E em 2016 já se registrava a ausência da penicilina benzatina em, pelo menos, 16 estados brasileiros. Embora, o sistema de vigilância em saúde tenha melhorado o diagnóstico, a piora na qualidade do tratamento implicou na elevação da sífilis durante a gestação e ocorrência sífilis congênita (SOARES MAS e AQUINO R, 2021).

A sífilis é uma doença de notificação compulsória nacional e obrigatória. Em gestantes, a notificação iniciou-se em 2005 e, a sífilis adquirida em 2010. A sífilis gestacional é tratável e consequentemente, a sífilis congênita pode ser evitada. O tratamento é realizado através da penicilina benzatina, com 3 doses via intramuscular ou tratamento alternativo quando não gestante, diferente da Sífilis Congênita (SC) que possui

um esquema para ser realizado com penicilina cristalina ou procaína, durante 10 dias. Um dos fatores relacionados a alta das taxas está relacionada a falta de tratamento no parceiro que pode acarretar em reinfecção da gestante tornando o tratamento ineficaz. O diagnóstico pode ser feito pelo exame não treponêmico ou PCR treponêmico, este com maior veracidade no resultado (MASCHIO-LIMA T, 2019).

Segundo Paraná SS (2022), na Atenção Primária à Saúde (APS) do Paraná, em todas as consultas o risco de gravidez deve ser estratificado, e no início da assistência obstétrica o enfermeiro é responsável por essa estratificação, determinando a comparação entre o trabalho de parto e o parto de emergência. e crises durante a Outro estudo, também realizado no estado do Paraná, mostrou que na maioria das unidades básicas de saúde (UBS) o risco de gravidez não é comunicado no início da gestação, conforme preconiza a Rede Mãe Paranaense (RMP). Dessa forma, a estratificação do risco gestacional para essa condição permanece em fase inicial, pois há deficiências no seu funcionamento ainda na primeira consulta de pré-natal (MURARA KD, et al., 2020).

Assim, o presente estudo mapeou os perfis social, econômico e epidemiológico da sífilis gestacional em usuárias de rede social.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa descritiva com a finalidade de explorar os perfis socioeconômico e epidemiológicos de gestantes com exame de VDRL reagente. A coleta de dados foi realizada por meio de mídias sociais. *Para o levantamento dos dados junto às mulheres, recrutadas no grupo de 'gestantes com sífilis na gestação'*, foi aplicado o instrumento disponível na dissertação de mestrado "Epidemiologia da sífilis em gestantes em Fortaleza, Ceará" disposto no trabalho de Campos ALA (2008).

Na aplicação da pesquisa foi utilizada a tecnologia de formulários online, construído com o apoio do *Google Forms*. Esse instrumento, disponibilizado via link, foi apresentado em conjunto com um convite explanando como participar da pesquisa. Essa publicação foi realizada após a aprovação pelo responsável do grupo, tendo como integrantes mulheres gestantes com sífilis.

A adesão à pesquisa ocorreu ao longo de dois meses, de fevereiro a março de 2023. Para estimular e motivar as gestantes foram necessárias repostagens do link da pesquisa, a cada três dias, utilizando de diferentes textos de mensagens-convite.

Para responder ao formulário, as participantes informaram o *e-mail* e firmaram o de acordo aos critérios da pesquisa presentes no texto do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Após o período de coleta, a amostra foi de 152 participantes. Ao analisar os critérios de inclusão e exclusão, foram removidas três participações. Duas pela idade e a outra por não aceitar o termo TCLE. Assim, foram utilizadas 149 respostas para o tratamento dos dados.

Para o tratamento dos dados após o encerramento da coleta, foi feito a exportação dos dados para uma planilha Excel. Os dados foram tabulados através das variáveis mapeadas e suas categorias. As categorias foram consolidadas por sua frequência absoluta (fi) e percentuais (%).

A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) número do parecer 5.803.233, CAAE 65280222.9.0000.0107 em Foz do Iguaçu/PR.

RESULTADOS

Quanto aos dados socioeconômicos, as usuárias da rede social investigada, gestantes com sífilis, apresentaram a faixa etária entre 24 a 29 anos (n= 65; 43.62%), casadas (n=79; 53.02%), com ensino médio (EM) completo ou ensino superior (ES) incompleto (n= 80; 53.69%), ativas profissionalmente (n=112; 75.17%), assalariadas (n= 82; 55.03%) e com renda familiar entre um e dois salários mínimos (n= 86; 58%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Consolidação dos dados socioeconômicos por frequência absoluta (fi) e seus percentuais (%) coletados junto às gestantes, usuárias de rede social, participantes de grupos de interesse no debate da Sífilis na gravidez, fev. a mar. de 2023.

Variável	Categoria	fi	%
Faixa etária	18 — 23	46	30.87%
	24 — 29	65	43.62%
	30 — 35	31	20.81%
	36 — 41	7	4.70%
Estado civil	Casada	79	53.02%
	Solteira	63	42.28%
	Divorciada	5	3.36%
	Viúva	2	1.34%
Escolaridade	EF Incompleto	6	4.03%
	EF Completo ou EM Incompleto	30	20.13%
	EM Completo ou ES Incompleto	80	53.69%
	ES Completo	33	22.15%
Ativo profissionalmente	Sim	112	75.17%
	Não	37	24.83%
Profissão	Assalariado	82	55.03%
	Autônomo	37	24.83%
	Desempregado	30	20.13%
Renda familiar	<1 sal./min.	8	5.00%
	1 e 2 sal./min.	86	58.00%
	3 e 4 sal./min.	48	32.21%
	> 4 sal./min.	7	4.70%

Fonte: Ramos, DL, et al., 2023.

Quanto aos dados referentes à relação conjugal e à gestação, afirmaram relacionamento ignorado (n=70; 46.98%), com tempo de relacionamento de um a três anos (n= 51; 34.23%) e parceiro sendo o pai da criança (n=115; 77.18%). Utilizavam método contraceptivo oral (n= 66; 44.30%) e a gravidez não foi planejada (n= 106; 71.14%). Realizaram pré-natal (n= 148; 99.33%) e o iniciaram com mais de quatro semanas de gestação (n= 83; 55.70%) (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Distribuição por frequência absoluta (fi) e seus percentuais (%) das características do relacionamento e da gestação coletadas junto às gestantes, usuárias de rede social, participantes de grupos de interesse no debate da Sífilis na gravidez, fev. a mar. de 2023.

Variável	Categoria	fi	%
Relacionamento	Ignorado	70	46.98%
	Sim	55	36.91%
	Não	24	16.11%
Tempo de relacionamento	< 1 ano	30	20.13%
	1 a 3 anos	51	34.23%
	> 4 anos	44	29.53%
Parceiro é o pai da criança	Ignorado	24	16.11%
	Sim	115	77.18%
	Não	18	12.08%
Uso de contraceptivo antes da gestação	Ignorado	16	10.74%
	Sim	93	62.42%
	Não	53	35.57%
Método contraceptivo	Ignorada	3	2.01%
	Contraceptivo oral	66	44.30%
	Outros	56	37.58%
	Contraceptivo injetável	21	14.09%
Gravidez planejada	DIU	6	4.03%
	Não	106	71.14%
	Sim	41	27.52%
Realizou pré-natal	Ignorada	2	1.34%
	Sim	148	99.33%
	Não	1	0.67%
Início do pré-natal	1 Semana	5	3%
	2 Semana	16	11%
	3 Semana	45	30.20%
	> 4 Semanas	83	55.70%

Fonte: Ramos DL, et al., 2023.

Quanto à epidemiologia, ou seja, quanto aos dados da infecção sexualmente transmissível e formas de tratamento, as gestantes descobriram o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal (n= 133; 89.26%) e não realizaram o teste VDRL antes da gestação (n= 96; 64.43%). Grávidas, foi o teste treponêmico que indicou reagente durante o pré-natal (n= 125; 83.89%). Afirmaram não saberem em que fase da doença foi diagnosticada (n= 74; 49.66%). O tratamento realizado foi com a Penicilina G benzantina 7.200.000 UI (n= 101; 67.79%). Os parceiros também realizaram tratamento (n= 110; 73.83%). Utilizaram métodos de preservativos (n= 132; 88.59%) e foram orientados quanto ao diagnóstico pelo enfermeiro (n= 110; 73.83%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição por frequência absoluta (fi) e seus percentuais (%) das características da infecção sexualmente transmissível e formas de tratamento coletadas junto às gestantes, usuárias de rede social, participantes de grupos de interesse no debate da Sífilis na gravidez, fev. a mar. de 2023.

Variável	Categoria	fi	%
Diagnóstico de Sífilis	Durante pré-Natal	133	89.26%
	Antes do pré-Natal	16	10.74%
VDRL foi antes da gestação atual	Não realizado	96	64.43%
	Reagente	27	18.12%
	Não reagente	21	14.09%
	Ignorado	5	3.36%
Teste Treponêmico no Pré-Natal	Reagente	125	83.89%
	Não realizado	9	6.04%
	Não reagente	8	5.37%
	Ignorado	7	4.70%
Durante o Pré-Natal	Reagente	138	92.62%
	Não reagente	8	5.37%
	Ignorado	2	1.34%
	Não realizado	1	0.67%
Fase da Sífilis	Não sei	74	49.66%
	Primária	45	30.20%
	Secundária	17	11.41%
	Terciária	13	8.72%
Tratamento	Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	101	67.79%
	Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	28	18.79%
	Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	15	10.07%
	Ignorado	4	2.68%
	Não realizado	1	0.67%
Parceiro Faz Tratamento	Sim	110	73.83%
	Não	20	13.42%
	Ignorada	19	12.75%
Uso de Preservativo	Sim	132	88.59%
	Não	10	6.71%
	Ignorada	7	5.00%
Quem Orientou	Enfermeiro	110	73.83%
	Médico	39	26.17%

Fonte: Ramos DL, et al., 2023.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, a sífilis ainda é um problema presente entre mulheres gestantes devido ao risco da transmissão vertical ao feto ocasionando à sífilis congênita. A maior parte das gestantes notificadas com sífilis encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos. Esta é a faixa etária em que as pessoas são mais ativas sexualmente (BRASIL, 2022). A mesma realidade etária foi observada no presente estudo.

O perfil socioeconômico das gestantes, neste estudo, indica que a sífilis está ocorrendo em jovens, casadas e com maior escolaridade. Estudos indicam que realmente ocorreu o aumento de mulheres com escolaridade mais elevada, ensino médio e superior, maior proporção de diagnóstico de sífilis (MOURA JRA, et al., 2020).

Outro estudo que analisaram gestantes e correlacionou com a formação escolar, destacou que a formação igual ou superior ao ensino médio apresenta maior risco de contaminação, em torno de 36%. Esse percentual é menor em mulheres com menor escolaridade (PEREIRA AL, et al., 2020).

Outros estudos sobre a transmissão vertical da sífilis que descrevem situações desiguais, incluindo situações de tratamento que refletem desigualdades e diferentes opções de atenção à saúde para grupos desfavorecidos (LIMA VC, et al., 2022).

Segundo Borda KB e Silva RM (2022), 376 (67,4%) estavam empregadas com registro, e 229 (42,6%), mulheres ativas profissionalmente e de classe D de acordo com a classificação IBGE com médias condições de vida. A renda média familiar das participantes era de R\$ 3.164,00 ± 2.416,6. Em relação à renda domiciliar média, há uma grande discrepância entre os valores recebidos na Bahia, no Maranhão e em Santa Catarina, demonstrando a grande variação de renda entre o Nordeste e o Sul do Brasil. Assim como a pesquisa atual a renda familiar das mulheres gestante sendo maior um a dois salários mínimos.

Ao abordar as usuárias da rede social investigada, a maior parte das mulheres ignorou a resposta ao fato de estar em um relacionamento e afirmou estar em união estável por período igual ou inferior a três anos. A transmissão da sífilis nesses casos pode ter ocorrido no contato sexual com parceiro do casamento anterior (CARDOSO ARP, et al., 2018).

Segundo Sousa AA, et al. (2022), ressalta-se que as mulheres ainda têm dificuldade de acesso a informações para prevenir a gravidez, conforme alguns estudos que mostram que um grande número de mulheres tem gravidez indesejada e não usa anticoncepcionais adequadamente. O presente estudo mostra que as maiorias das mulheres utilizavam algum tipo de método contraceptivo, e que (71,14%) das gestações não foram planejadas. A realização do pré-natal não foi realizada ou afirmada por menos de um por cento das mulheres abordadas na rede social. Entre as que realizaram, a maioria indicou como início do pré-natal no primeiro trimestre de gestação. A recomendação do Ministério da Saúde brasileiro é no mínimo seis consultas e o início do acompanhamento ocorrer de forma bastante precoce, logo no início da gravidez (SILVA EP, et al., 2018).

Em relação ao início do pré-natal e ao diagnóstico de sífilis, dois estudos concluíram que as gestantes foram diagnosticadas com exames recomendados nas consultas de pré-natal. No entanto, os pesquisadores constataram que esses testes ocorreram no final do estudo catarinense, considerando que a maioria das notificações foi realizada entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação. O segundo, realizado em Fortaleza, identificou que maioria das gestantes iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. No presente estudo realizado nas redes sociais, o diagnóstico foi feito durante o primeiro trimestre de gestação (CARDOSO ARP, et al., 2018; MÂCEDO VC, et al., 2020).

Nessa pesquisa realizada nas redes sociais, 64,43% das gestantes não tinham realizado teste VDRL antes da gestação. A não realização dos exames sorológicos, a ausência de conhecimento das gestantes sobre a patologia como também as razões que prejudicam o diagnóstico da sífilis estão relacionadas à escassez de recursos da Atenção Básica de Saúde para o acompanhamento da saúde da mulher. Além disso, as dificuldades econômicas e de conhecimento implicam na ausência de comparecimento na unidade para a efetuação do teste rápido (SOARES MAS e AQUINO R, 2021).

Conforme Cerqueira LB, et al. (2022), realizaram um estudo no estado da Bahia com foco na avaliação dos dados de detecção da doença. A pesquisa dos autores mostrou que a sífilis foi identificada no pré-natal, apresentando um aumento da taxa de diagnóstico em 2018 e decréscimo de casos em 2019. Outro estudo realizado no Recife mostra que entre as mulheres que fizeram um dos exames de VDRL durante o pré-natal, souberam do diagnóstico de sífilis durante a gestação e trataram a sífilis ao longo da gestação (MÂCEDO VC, et al., 2020).

Segundo Cardoso ARP, et al. (2018), em seu estudo que examinou 92 fichas de notificação compulsória de sífilis, afirmou que em relação à classificação clínica da infecção, 42 (24,0%) foram notificadas com sífilis primária e 50 (28,6%) como sífilis terciária.

O estudo indica ainda que em 38,9% as gestantes não sabiam do diagnóstico antes da gestação. Com relação ao tratamento realizado, a maioria fez uso de penicilina, com o esquema de prescrição de foi 7.200.000 UI.

De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento da gestante deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico da sífilis e realizado de acordo com o estágio clínico da infecção. O tratamento para sífilis terciária ou latente tardia é indicado se o estágio da doença for incerto e a história de tratamento anterior não for conhecida (BRASIL, 2022).

Ressalta-se, portanto, que o tratamento do parceiro é fundamental para evitar a reinfecção da gestante. Essa reincidência pode ocorrer quando não é realizada o tratamento ou a realização deste é inadequada. Segundo Mâcedo VC, et al. (2020), apenas 52,4% das mulheres que buscam os serviços de saúde pública informaram que parceiros receberam tratamento concomitante.

E em 58,1% houve a afirmativa que o os parceiros concluíram o tratamento em até 30 dias. De acordo com o estudo de Gonçalves ALS, et al. (2022), é necessário um pré-natal adequado, enfatizando o tratamento do casal para evitar a reinfecção e evitar maiores complicações para a mãe e o feto.

Em Silva JG, et al. (2019), os autores ressaltaram a importância da implementação de medidas relacionadas à educação e à prevenção doenças em programas voltados à saúde das mulheres grávidas, e mostrando o risco e a gravidade da sífilis e outras ISTs durante a gravidez. Nesse processo, os parceiros sexuais devem ser envolvidos, conscientizando-os sobre a importância e a necessidade do uso de preservativos. O casal precisa estar consciente que o cuidado com a utilização dos preservativos é a forma mais efetiva para a prevenção da reinfecção da Sífilis. Essa medida de proteção também protege o casal de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

A cobertura diagnóstica dos serviços públicos de saúde deve ter como prioridade de ação: facilitar o início precoce do pré-natal, organizar melhor os processos de atendimento nos serviços e integrar os diferentes níveis de atenção.

A identificação das mulheres expostas aos fatores de risco facilita as estratégias de ingresso no sistema de assistência à saúde. Esses são alguns exemplos de ações imediatas que podem levar a abordagens sustentáveis em médio e longo prazos, e, podem contribuir de forma mais efetiva para o controle da sífilis no país (MÂCEDO VC, et al., 2020). Em Lima VC, et al. (2022), os autores relataram que as gestantes citaram o enfermeiro e o médico como profissionais de confiança na realização do acompanhamento do pré-natal e nas orientações com informações acerca do diagnóstico.

O enfermeiro representa o vínculo inicial com a gestante, além de ser o primeiro a solicitar o atendimento pré-natal de rotina e as orientações iniciais sobre saúde nesse período de gravidez. A construção de um bom relacionamento enfermeiro-gestante é fundamental, pois torna mais fácil para as futuras mães reconhecerem a importância do pré-natal, exames e tratamentos necessários.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a Sífilis gestacional acomete mulheres jovens entre 18 e 29 anos, casadas, com ensino médio/superior incompleto, ativas profissionalmente com até dois salários de renda, que engravidaram do parceiro de forma não planejada e faziam uso de contraceptivo oral. Essas gestantes diagnosticaram a sífilis no pré-natal e tomaram cuidados com próprio tratamento e o do parceiro, além de fazer uso de preservativos. Receberam orientações do profissional enfermeiro e cuidado médico. Para mudar essa realidade, os profissionais de saúde e a comunidade em geral devem estar atentos a esse problema, principalmente sobre a importância do diagnóstico precoce e tratamento eficaz para as mulheres e seus parceiros. O desenvolvimento de programas, que visem o empoderamento das comunidades e a melhoria da qualidade do pré-natal, reduzindo comportamentos sexuais de risco e melhorando o autocuidado, especialmente entre os mais vulneráveis, são essenciais para minimizar as ocorrências de infecção por sífilis.

REFERÊNCIAS

1. BENDER TA, et al. Rede mãe paranaense: Análise da estratificação do risco gestacional em três regionais em 2017-2018. *Revista Saúde em Debate*. 2021; 45(129): 340–53.
2. BORBA KB e SILVA RM. Fatores de risco sócio-demográficos para sífilis gestacional em maternidade de Santa Catarina, Brasil. *Revista Ciência Saúde*, 2022; 12(4): 42-7.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022> Acessado em: 19 de abril de 2023.
4. BRASIL, Ministério da Saúde Brasileiro. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis, Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019/view> Acessado em: 10 de agosto de 2022.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/arquivos/2020/BoletimSifilis2020especial.pdf> Acessado em: 10 de agosto de 2022.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes> Acessado em: 15 de setembro de 2022.
7. BRASIL, Segurança da informação para agentes de tratamento de pequeno porte. Autoridade Nacional de Proteção de Dados. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anpd/pt-br/documentos-e-publicacoes/guia-vf.pdf> Acesso em: 14 de set 2022.
8. CAMPOS ALA. Epidemiologia da sífilis em gestantes em Fortaleza. *Cad saúde pública*, 2008; 26(9): 1747-1755.
9. CARDOSO ARP, et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza. *Revista ciência e saúde coletiva*. Ceará, Brasil. 2018; 23(2), 563–574.
10. CERQUEIRA LB, et al. Perfil epidemiológico e clínico da sífilis gestacional e congênita no estado da Bahia no período de 2010-2019. *Revista de Enfermagem Contemporânea*. 2022; 11: e4026.
11. LIMA VC, et al. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. *Caderno ciência e saúde*. 2022; 30(3), 374–386.
12. MACÊDO VC, et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Caderno saúde coletiva*. 2020; 28(4): 518–28.
13. MASCHIO-LIMA T. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 2019; 19(4), 865–872.
14. MELLO F, et al. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu – PR. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, 2022; 20(7): 2135–2145.
15. MOURA JRA, et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em um estado brasileiro: análise a luz da teoria social ecológica. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, 2021; 55: e20200271.
16. MURARA KD, et al. Avaliação do pré-natal em Estratégia Saúde da Família (ESF) e em Unidade Básica de Saúde (UBS). Curitiba. *Brazilian Journal of Development*. 2020; 6(3): 14147–14161.
17. PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia – Atenção Materna Infantil: Gestação/ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 8. Ed. Curitiba: SESA, 2022.
18. PEREIRA AL, et al. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. *Revista Femina*, 2020; 48(9): 563-7.
19. SILVA EP. Análise da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária à saúde no município de João Pessoa/PB. Dissertação Pós-Graduação em Ciências da Nutrição do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, 2018; 194 p.
20. SILVA JG, et al. Sífilis Gestacional: Repercussões para a Puérpera. *Rev Cogitare Enfermagem*. 2019; 24(6): 2-10.
21. SOARES MAS e AQUINO R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021; 37(7): e00209520.
22. SOUSA AA, et al. Gravidez não planejada na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2022; 11(6): e59611629455.
23. SOUZA RL, et al. Prevalence of syphilis in female sex workers in three countryside cities of the state of Pará, Brazilian Amazon. *BMC Infectious Diseases*, 2020; 20: 129.