



Perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes com sífilis cujo parceiros sexuais receberam tratamento

Sociodemographic and obstetric profile of pregnant women with syphilis whose sexual partners received treatment

Perfil sociodemográfico y obstétrico de mujeres embarazadas con sífilis cuyas parejas sexuales recibieron tratamiento

Lucas Fernandes de Oliveira¹, José Matheus Lima Moura Barroso¹, Valéria Lima de Barros², Maria Alix Leite Araújo¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes com sífilis cujo os parceiros sexuais foram tratados. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Realizado em 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza. A população estudada foi mulheres gestantes com sífilis, que se encontraram em acompanhamento de pré-natal no ano de 2021 até outubro de 2022. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2021. Foram incluídas 53 gestantes todas as mulheres que tinham parceiro sexual na ocasião do diagnóstico e realizaram tratamento para sífilis. Os dados foram coletados a partir de um questionário. A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*. **Resultados:** As gestantes em sua maioria apresentaram idade superior a 20 anos no momento da entrevista, cor auto referida parda foi predominante, 39 (73,3%) afirmaram não exercer atividade remunerada. Em relação a escolaridade 32 (60,4%) tinham apenas o ensino fundamental completo. **Conclusão:** Observou-se a importância do parceiro na adesão ao tratamento, pois o mesmo também é responsável pelo vínculo da gestante com o serviço de saúde, podendo contribuir com sua presença ou inviabilizar o tratamento em sua ausência.

Palavras-chave: Pré-natal, Gestante, Sífilis, Parceria Sexual.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and obstetric profile of pregnant women with syphilis whose sexual partners were treated. **Method:** This is a cross-sectional and descriptive study. Conducted in 12 Primary Health Care Units in the city of Fortaleza. The population studied was pregnant women with syphilis, who were undergoing prenatal care from 2021 to October 2022. Data collection was carried out from August to October 2021. 53 pregnant women were included, all women who had a sexual partner at the time of diagnosis and underwent treatment for syphilis. Data were collected from a questionnaire. Statistical analysis

¹ Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - CE.

² Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos - PI.

was performed using the Statistical Package for the Social Sciences program. **Results:** The majority of the pregnant women were over 20 years old at the time of the interview, self-reported brown color was predominant, 39 (73.3%) said they did not have a paid job. Regarding education, 32 (60.4%) had only completed elementary school. **Conclusion:** The importance of the partner in adherence to treatment was observed, as he is also responsible for the pregnant woman's bond with the health service, being able to contribute with her presence or make the treatment unfeasible in her absence.

Keywords: Prenatal care, Pregnant woman, Syphilis, Sexual partnership.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de gestantes con sífilis cuyas parejas sexuales fueron atendidas. **Método:** Se trata de un estudio transversal y descriptivo. Realizado en 12 Unidades de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Fortaleza. La población estudiada fueron gestantes con sífilis, que estuvieran en control prenatal desde el año 2021 hasta octubre del 2022. La recolección de datos se realizó de agosto a octubre del 2021. Se incluyeron 53 gestantes, todas mujeres que tenían pareja sexual al momento del diagnóstico y se sometió a tratamiento para la sífilis. Los datos se recogieron a partir de un cuestionario. El análisis estadístico se realizó utilizando el Paquete Estadístico para el programa de Ciencias Sociales. **Resultados:** La mayoría de las gestantes tenían más de 20 años al momento de la entrevista, predominó el color moreno autorreferido, 39 (73,3%) dijeron no tener trabajo remunerado. En cuanto a la escolaridad, 32 (60,4%) tenían sólo la enseñanza básica completa. **Conclusión:** Se observó la importancia del compañero en la adherencia al tratamiento, ya que él también es responsable por el vínculo de la gestante con el servicio de salud, pudiendo contribuir con su presencia o hacer inviable el tratamiento en su ausencia.

Palabras clave: Atención prenatal, Mujer embarazada, Sífilis, Pareja sexual.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) curável e está associada no agravamento de saúde pública. São cerca de 1 milhão de novos casos diários de IST curável no mundo. Em 2016, estimava-se que aproximadamente 1.000.000 de gestantes tiveram sífilis. A sífilis Congênita (SC) vem totalizando cerca de 250.000 casos a cada ano nos países da América e Região do Caribe, todavia a prevalência ainda é incerta (NEWMAN L, et al., 2013; WHO, 2021).

Dentre os anos de 2013 e 2014 os casos de sífilis em grávidas durante a assistência do pré-natal aumentaram de 8.1 milhões para 8.3 milhões de casos (WHO, 2022). Na maior parte dos casos geralmente estão na fase latente recente ou tardia, muitos são assintomáticos, por este motivo pessoas que estão em situação de vulnerabilidade e expostas as essa IST não procuram os serviços de saúde. No momento do pré-natal, decorrente da rotina do serviço se utilizam o Teste Rápido (TR) e VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) sendo possível detectar a sífilis, possibilitando o diagnóstico prévio (BRASIL, 2022).

Em 2021 no estado do Ceará, foram registrados 2.789 casos de sífilis em gestante, já em 2022 foram registrados 1.820 casos até o mês de setembro. Houve uma queda nos casos de sífilis de 2020 para 2021 (CEARÁ, 2022), contudo, no ano de 2020 foi decretado pandemia pela COVID-19, mudando a rotina da população e nos serviços de saúde, ficando restrito o acesso da população nos serviços de saúde. Ademais, no Brasil, registrou-se 192 mortes por SC em crianças menores de um ano, sendo a mortalidade de 7,0 por cem mil nascidos vivos. Os abortos espontâneos decorrentes da SC podem ocorrer em até 40% destes casos (BRASIL, 2022).

O pré-natal fornece assistência necessária para a manutenção de uma gestação segura. Com isso, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que fornece um número de consultas necessárias, exames e profissionais capacitados para acompanhamento da gestante (BRASIL, 2000). Entretanto, o pré-natal apresenta fragilidades como baixa cobertura, falta adesão, estrutura física

precária e poucos profissionais capacitados, apresentando falhas nos registros de saúde (SANTOS ET, et al., 2013).

Um dos métodos efetivos para eliminação da SC se dá a partir do pré-natal de qualidade, possibilitando o diagnóstico prévio, tratamento e o seguimento da gestante, sendo indispensável durante o enfrentamento da sífilis no momento gestacional. A ampla coberturas de consultas compreende-se para um melhor enfrentamento desta doença, porém a baixa qualidade são fatores prejudiciais no acompanhamento da grávida que proporcionam a não credibilidade na atenção em saúde, quebra do vínculo, precarizando a atenção dispensada para mulher (LEAL MC., et al, 2020).

É possível perceber que profissionais apresentam dificuldades na abordagem da parceria sexual da gestante (SILVEIRA CR, et al., 2020). O número de parcerias sexuais que realizam tratamento para sífilis, após o diagnóstico no momento do pré-natal ainda é baixo, apenas 22,2% são os parceiros que realizam tratamento (BRASIL, 2022). As mulheres diagnosticadas sentem medo de contar o diagnóstico para sua parceria sexual. Dentre os relatos, há receio do término no relacionamento, julgamento de ter sido infectada anteriormente pelo parceiro, violência física e verbal. As mesmas, referem interferência mínima do serviço de saúde para contar para a parceria sexual, não dispo de métodos para a convocação da parceria, minimizando as alternativas de realizar testes como TR ou VDRL (ROCHA AFB, et al., 2019).

Para o tratamento e seguimento da gestante com sífilis seja eficaz e seguro é de suma importância a convocação da parceria sexual. Dentre as formas de convocação do parceiro para a unidade de saúde, existem métodos como, aerograma, cartão de convocação e a busca ativa para que se consiga criar vinculação não somente com a grávida no momento do pré-natal, bem como a parceria sexual, sendo fundamental a convocação de todos, seja parcerias fixas, eventuais ou extraconjugal, cabe ao serviço traçar a melhor estratégia para contatar esses indivíduos (BRASIL, 2006).

Considerando as informações supracitadas, este estudo tem por objetivo descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes com sífilis cujo parceiros sexuais foram tratados. Esses achados podem contribuir para elaboração de estratégias específicas e efetivas no sentido de melhorar os indicadores de sífilis tanto na gestante como para o parceiro.

MÉTODOS

Estudo transversal e descritivo. Realizado em 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do Município de Fortaleza, Ceará. O critério de seleção das UAPS, ocorreu com base no quantitativo de seis ou mais casos de sífilis gestacional nos primeiros seis meses de 2021.

A população foi composta por mulheres gestantes com sífilis incluindo as que já teriam parido durante a coleta. O critério de inclusão destas gestantes são: terem sido localizadas na visita domiciliar, as que atenderam ao convite para comparecer à unidade e devem ter tido seus parceiros tratados. Os critérios de exclusão foram as gestantes que não tinham recebido nenhuma dose de penicilina, tenham tido apenas uma consulta pré-natal e não tiveram seus parceiros tratados. Não houve recorte referente a idade das participantes.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário elaborado pelos autores do presente estudo (**Arquivo Suplementar**) nos meses de agosto a outubro de 2021. Das perguntas as gestantes foram realizadas sobre dados sociodemográficos (idade, raça, escolaridade, religião, ocupação profissional, se faz recebimento de algum auxílio financeiro do governo), foram também interrogadas questões obstétricas e de assistência do pré-natal (área de saúde era coberta pela estratégia saúde da família, quantas gestações, realização do pré-natal, gestação planeja, data da primeira consulta, idade gestacional na primeira consulta, quantas consultas realizou até o momento, profissional que realizou as consultas, qual exame foi realizado para diagnosticar a sífilis, realizou o tratamento para sífilis, teve dificuldade para realizar o tratamento, recebeu alguma orientação sobre seu diagnóstico e tratamento), dados comportamentais (atualmente você está com parceria sexual, usa preservativo após o diagnóstico

de sífilis, faz uso de bebida alcoólica, faz uso de alguma droga considerada ilícita, deixou de frequentar a unidade básica de saúde por algum conflito na comunidade, sua parceria é violenta, você tem medo do parceiro, seu parceiro foi violento alguma vez com você). Definiu-se como parceiro sexual a pessoa com quem a gestante se relacionava na ocasião do diagnóstico de sífilis, independente de residirem no mesmo domicílio, do tempo de relacionamento e de ainda estarem se relacionando no período da pesquisa. Para minimização dos riscos que são percebidos em todas as pesquisas, as perguntas foram realizadas em um ambiente privativo para garantir o sigilo das informações. Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26. A análise descritiva realizada utilizou a distribuição de frequências para as variáveis categóricas.

Em relação às mulheres as seguintes variáveis foram analisadas, sociodemográficas (idade, raça, escolaridade e exercer atividade remunerada) e obstétricas (idade gestacional na primeira consulta de pré-natal, idade gestacional no momento do parto, número de VDRL, número de consultas, titulação do 1º VDRL considerando $\leq 1:8$, realizou 2º VDRL no Pré-Natal, titulação 2º VDRL considerando $\leq 1:8$, registro do tratamento no cartão pré-natal, esquema de tratamento prescrito a gestante no pré-natal e tratamento da gestante). Este estudo é derivado de um trabalho de doutorado intitulado “Tratamento de Parceiros Sexuais de Gestantes com Sífilis e Proposta de Implantação de uma Tecnologia m-Health de Convocação”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com número de parecer: 4.855.635 e CAAE: 26435819.0.0000.5052.

RESULTADOS

Durante o ano de 2021 foram coletados dados sociodemográficos e obstétricos de gestantes com sífilis, dentre as que se enquadravam para o dito estudo totalizaram 53 gestantes, onde todas foram tratadas juntamente com o parceiro.

A **tabela 1** apresenta o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis cujos parceiros sexuais receberam tratamento. Dentre os dados, foi possível identificar que a faixa etária majoritária é de 20-29 anos com 58,5%, a raça predominante no estudo foi a população parda com 92,5%. Dentre as que exercem alguma atividade remunerada 73,3% afirmam não realizar nenhuma atividade. No grau de escolaridade 60,4% relatou ter fundamental completo ou incompleto.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis cujo parceiros sexuais receberam tratamento no município de Fortaleza (CE).

Variáveis (N=53)	n	%
Idade		
<=19	12	22,6
20-29	31	58,5
>=30	10	18,9
Raça		
Branca	3	5,7
Negra	1	1,9
Parda	49	92,5
Exerce atividade remunerada		
Sim	14	26,4
Não	39	73,6
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,9
Fundamental completo/incompleto	32	60,4
Ensino médio incompleto	10	18,9
Ensino médio completo	9	17,0
Nível superior	1	1,9

Fonte: Oliveira LF, et al., 2023.

Na **tabela 2**, está presente os dados da primeira consulta de pré-natal que 64,2%, ocorreram no 1º trimestre, 30,2% no 2º trimestre e 5,7% no 3º trimestre. Do número de VDRL, uma não realizou, 64,2% realizaram um VDRL e 34,0% realizaram dois VDRL. Das grávidas que compareceram para alguma consulta de pré-natal, 67,9% tiveram seis ou mais consultas, 30,2% tiveram entre duas a cinco consultas e 1,9% tiveram apenas uma consulta.

Sobre o registro no cartão pré-natal, 62,3% apresentaram anotações e 37,7% não houve o registro acerca do tratamento. No esquema de tratamento prescrito a droga mais utilizada foi a Penicilina G Benzatina com 64,2% utilizando a dosagem de 7,2 milhões Unidades Internacionais (UI), 22,6% tendo como esquema de tratamento 2,4 milhões de UI e 5,7% com esquema de 4,8 milhões de UI. Outros achados acerca do tratamento foram que 54,7% das gestantes tiveram o tratamento considerado adequadamente tratadas e 45,3% foi considerado o tratamento como inadequado, não realizado ou ignorado.

Tabela 2 - Perfil obstétrico das gestantes com sífilis cujo parceiros sexuais receberam tratamento no município de Fortaleza (CE).

Variáveis (N=53)	n	%
Idade Gestacional na Primeira Consulta Pré-natal		
1º trimestre	34	64,2
2º trimestre	16	30,2
3º trimestre	3	5,7
Idade gestacional no Momento do Parto		
<=36	2	3,8
>=37	51	96,2
Número de VDRL		
Nenhum	1	1,9
1 VDRL	34	64,2
2 VDRL	18	34,0
Número de Consultas		
1 consulta	1	1,9
2 - 5 consultas	16	30,2
≥ 6	36	67,9
Titulação do 1º VDRL		
≤ 1:8	21	39,6
> 1:8	23	43,4
Sem registro	9	17,0
Realizou 2º VDRL no Pré-Natal		
Sim	18	34,0
Não	18	34,0
Ignorado	17	32,1
Titulação do 2º VDRL		
≤ 1:8	13	24,5
> 1:8	5	9,4
Sem registro	35	66,0
Registro do Tratamento no cartão Pré-Natal		
Sim	33	62,3
Não	20	37,7
Esquema de tratamento prescrito a gestante no pré-natal		
Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI	12	22,6
Penicilina G Benzatina 4,8 milhoes UI	3	5,7
Penicilina G Benzatina 7,2 milhoes UI	34	64,2
Outro/Ignorado	4	7,6
Tratamento da Gestante		
Adequado	29	54,7
Inadequado/Não realizado /Ignorado	24	45,3

Fonte: Oliveira LF, et al., 2023.

DISCUSSÃO

O perfil-sociodemográfico das gestantes com sífilis, cujo os parceiros foram tratados estão na faixa etária entre 20 a 29 com 58,5%, corroborando com dados que se encontrou na pesquisa feita por Santos VF (2019) que apresentou 52% em uma maternidade pública em Teresina, Piauí. O grau de instrução é um fator importante para o entendimento das medidas preventivas, bem como da importância do tratamento da sífilis, por isso a baixa escolaridade é percebida em maior número de gestante diagnosticadas (RAMOS AM, et al., 2022; SANTOS VF, et al., 2019; LIMA VC, et al., 2017) e estão associadas as mulheres que se autodeclararam pardas (MORAES MMS, et al., 2021; CAVALCANTE PAM, et al., 2017).

Ademais, estudos evidenciam que a maior parte gestantes com sífilis relatam não exercer nenhuma atividade remunerada (NAZARIO RF., et al, 2021; LIMA VC, et al., 2017), tornando um forte determinante para o não comparecimento ao pré-natal e ou desinteresse nas questões de saúde.

O pré-natal é uma ferramenta de grande importância para promoção e prevenção da saúde gestacional e materna, sendo a principal estratégia para prevenir a SC (BLENCOWE H, et al., 2011; DOMINGUES RMSM., et al., 2013; LIMA MG, et al., 2013). Evidenciou-se que o número de consultas é um precursor para a proteção da sífilis na gestação, o maior comparecimento a assistência fornece maior vinculação da paciente com a unidade fornecendo oportunidade para conduta adequada, todavia não somente o quantitativo de consultas são importantes sendo a qualidade o principal ponto a ser observado.

Estudos realizados em Santa Catarina (NAZÁRIO RF, et al, 2021), evidenciam que maiores registros de inícios do pré-natal acontecem apenas no segundo trimestre gestacional. Neste contexto de início tardio maximiza os desfechos negativos em relação a SC, bem como a redução no tempo de acompanhamento e vinculação com a paciente no serviço de saúde. Vale ressaltar a importância da capacitação nas Unidades Básicas de Saúde com foco em educação em saúde sobre sinais precoce da gestação e saúde da mulher e homem, pois quanto mais rápido a gestante faz a sua primeira consulta de pré-natal, maior será o espaço de tempo para haver a capacitação do parceiro sexual, a fim de tratá-lo (SANTOS VF, et al., 2019; CAVALCANTE PAM, et al., 2017).

Um estudo conhecido como “parturiente sentinela” apresentou que somente 16,9% das grávidas em acompanhamento apresentaram dois registros de VDRL (SZWARCOWALD CL, et al., 2007) evidenciando que maioria dos serviços de saúde não realizam o que os protocolos nacionais recomendam, sendo, duas solicitações de VDRL, bem como a entrega dos resultados no prazo de 15 dias, estes fatores que não se fazem presentes nos serviços de saúde, acarretando em inadequação da assistência e falhas de seguimento na ocasião do pré-natal (OLIVEIRA GUANABARA MA, et al., 2017). Fatores negativos como falta de padrão na estrutura e não desenvolvimento de ações de saúde, nos serviços e na comunidade, gera problemas de acessibilidade, falta de conhecimento da rotina das unidades refletindo em uma baixa qualidade na atenção pré-natal (LUZ LC, et al., 2018).

O número de consultas de pré-natal neste estudo demonstrou que ≥ 6 consultas foram a quantidade predominante com 67,9%, divergentes de um estudo realizado em Recife por Macêdo VC (2020) que identificou 85,7% tinham mais que seis consultas de acompanhamento. Entretanto, uma pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro em fichas de notificações, evidenciou que apenas 6,66% das gestantes tiveram mais de seis consultas de acompanhamento (VELLOSO LT, et al., 2020) o que se pode entender que oportunidades de acompanhamento para tratamento, diagnóstico, convocação da parceria sexual pode ser perdida, pelo pequeno número de consultas. Uma pesquisa de base nacional, intitulada como nascer no Brasil, promoveu um estudo que identificou que as gestantes comparecem a mais de seis consultas de pré-natal (LEAL MC, et al., 2020), todavia os casos de sífilis são expressivos quando comparados ao seguimento do desenvolvimento gestacional pela atenção primária de saúde o que se pode atribuir a falhas no processo de acompanhamento visto que o diagnóstico em tempo oportuno da sífilis não ocorre no primeiro trimestre gestacional. Logo, o acompanhamento é fundamental para que sejam identificadas patologias que afetem a saúde materna e fetal, todavia entende-se que as consultas têm que ser de qualidade para que não se tenha oportunidades perdidas para o devido tratamento do *Treponema pallidum*.

A ampla utilização da penicilina, como droga única na maioria dos casos de sífilis em gestantes, se dá pela sua capacidade, de ser uma droga capaz de atravessar a barreira transplacentária, garantindo o tratamento do feto (WHO, 2016). Com a redução de comparecimento ao pré-natal o diagnóstico em tempo oportuno da sífilis gestacional é reduzido aumentando os riscos para o bebê, sendo a exposição ao *treponema pallidum* um risco saúde fetal (ROCHA AFB, et al., 2019).

O tratamento completo ainda não se tornou rotina (NAZÁRIO RF, et al., 2021; CAVALCANTE PAM, et al., 2017), após a descoberta da sífilis o que torna possível a internação do recém-nascido para acompanhamento e avaliação, aumentando o custo para os serviços de saúde e fragilizando o binômio mãe e filho (CANTO SVE, et al., 2021), fragmentando os serviços de saúde de maneira não complementares que aumentam o custo e centraliza o meio de comunicação somente no serviço secundário, onde não se leva em consideração as anotações ou registros na caderneta ou anexos disponíveis no cartão da gestante.

O tratamento do parceiro é um desafio ao serviço de saúde e pela complexidade do contexto social da população. Visto que o tratamento é inadequado ou não realizado fazem parte da maioria dos parceiros sexuais (CAVALCANTE PAM, et al., 2017), as gestantes ainda desconhecem a importância do tratamento do mesmo, atrelado com o medo, insegurança, falta de suporte do serviço também são fatores que dificultam a vinculação do parceiro com o sistema de saúde. Ademais, percebe-se resistência das parcerias sexuais para execução do teste e tratamento. É percebido que as parcerias tenham parceiros eventuais crescendo o risco de uma nova contaminação após o tratamento da gestante (CAMPOS ALA, et al., 2012).

No Brasil, o comparecimento da parceria sexual à unidade de saúde no momento do pré-natal depende da gestante, deste modo, é importante uma orientação adequada para que a mulher se sinta segura e confortável para convidar o parceiro até a unidade (MURICY CL e PINTO VL, 2015). A importância do incentivo dos serviços de saúde para promover ações educativas com finalidade de trazer o parceiro para seguimento do pré-natal juntamente com a gestante, assim como garantir o acesso do diagnóstico e tratamento adequado (LAZARINI FM e BARBOSA DA, 2017), desenvolvendo vínculo com dessa população e aumentando a confiança nos serviços de atenção primária a saúde.

Ações como campanhas de TR para sífilis podem acontecer fora das unidades de saúde com o objetivo de aumentar a abrangência do diagnóstico dessa infecção, especialmente em populações mais vulneráveis (BRASIL, 2022). Estas ações geralmente são atividades desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde do Municípios por intermédio dos departamentos responsáveis pelas IST/HIV/Aids e Hepatites Virais e são realizadas muitas vezes em parceria com outras instituições. São atividades realizadas em parceria com a comunidade para que se consiga maximizar os serviços ofertados pelas unidades básicas, assim orientar a comunidade e padronizar intervenções sociais fazem parte do plano de ação dos profissionais vinculados ao serviço de saúde.

Deste modo, o profissional de saúde torna-se um protagonista fundamental no desenvolvimento de estratégias que se adequem a realidade do usuário, assim como sua aplicabilidade e probabilidade de êxito. Estratégias de convocações devem ser elaboradas e avaliadas caso seja necessária uma adaptação. Medidas como aerogramas, cartões de convocação, mediação pela parceria sexual, busca ativa pelo agente comunitário de saúde, ligação telefônica para agendamento de consulta e adoção de protocolos internos (BRASIL, 2022), são possíveis meios de trazer essa parceria para o serviço de saúde, todavia é de suma importância que a solicitação de comparecimento seja discreta e que traga informações concretas e sem revelações diagnósticas, buscando minimizar os estigmas sociais que se fazem presentes com as IST.

O início tardio do pré-natal (NAZÁRIO RF, et al., 2021 SANTOS VF, et al., 2019) pode ser um dos fatores que agravam a situação epidemiológica de grávidas não tratadas ou inadequadamente tratadas ocasionado pela diminuição no tempo de consultas até o período do parto.

Entende-se que o serviço de atenção básica é suficientemente autônomo para aplicação de métodos de conhecimento, rastreamento e entendimento da dinâmica territorial onde a unidade está situada, cabendo a mesma aplicação de estratégias que consigam mapear e identificar de maneira sistemáticas gestações em seu território com finalidade de identificar a gestante e adicioná-la como parte do serviço de saúde. A partir deste

contexto se faz necessários os registros para seguimento da gestante são fundamentais no acompanhamento do pré-natal representando, qualificação da consulta, padronização no atendimento, respaldo profissional e assegurando a conduta para com a paciente. Um estudo realizado no Piauí evidenciou que as falhas no preenchimento da caderneta da gestante, são recorrentes não sendo satisfatórios prejudicando a continuidade da assistência (SANTOS TMMG, et al., 2017).

CONCLUSÃO

A relação da adesão do parceiro pode estar relacionada a capitação precoce da gestante, evidenciado pelas primeiras consultas de pré-natal em sua maioria terem sido no 1º trimestre, gerando mais tempo para haver a convocação do parceiro e assim trata-lo junto a gestante estabelecendo um vínculo com o serviço de saúde. Ressalta-se que é de suma importância o tratamento completo de penicilina para o seguimento eficaz da gestante e bebê, bem como a orientação adequada para que gestante consiga fortalecer o vínculo com o serviço de saúde e assim seja uma das principais ferramentas para a ida do parceiro na unidade. Foi possível identificar a necessidade de efetivar e implementar políticas públicas direcionada para controle de IST. Assim como, desenvolver novos estudos no contexto da sífilis em gestantes para compreensão dos agravos ocasionados e impactos na saúde pública. As limitações que foram percebidas a partir do desenvolvimento deste estudo, relacionou-se com a amostra de gestantes entrevistadas, o período pré-estabelecido de coleta e unidades que participaram do respectivo estudo, sendo necessário abordar mais unidades de saúde para entendimento do perfil epidemiológicos e das lacunas ocasionadas pela assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. BLENCOWE H, et al. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *Rev. BMC Public Health*, 2011; 3: 1-16.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Boletim Epidemiológico – Sífilis. 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/view>. Acessado em: 29 de janeiro de 2023.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf. Acessado em: 4 de fevereiro de 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Portaria nº 569. 2000. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acessado em: 20 de janeiro de 2023.
5. 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 (IST). Brasília: Ministério da Saúde 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf. Acessado em: 10 de dezembro de 2022.
6. CAMPOS ALA, et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 2012; 9: 397-402.
7. CANTO SVE, et al. Custo das internações hospitalares por sífilis congênita no Estado do Ceará. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 2021; 1: 319-326.
8. CAVALCANTE PAM, et al. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Revista Epidemiol. Serv. Saude*, 2017; 26: 255-264.
9. CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Nº 07. Fortaleza (CE): Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2022. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_sifilis_21102022.pdf. Acessado em: 15 de janeiro de 2023.

10. DOMINGUES RMSM, et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, 2013; 1: 147-157.
11. LAZARINI FM e BARBOSA DA. Educational intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2017; 25: e2845.
12. LEAL MC, et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista Saúde Pública*, 2020; 54:8 1-12.
13. LIMA VC, et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J. Health Biol Sci.*, 2017; 1: 56-61.
14. LIMA MG, et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Rev. Ciênc. Saúde coletiva*, 2013; 2: 499-506.
15. LUZ LC, et al. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Revista Saúde Debate*, 2018; 2: 111-126.
16. MACÊDO VC, et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Revista Caderno Saúde Coletiva*, 2020; 4: 518-528.
17. MORAES MMS, et al. Sífilis Gestacional e Congênita: Evolução e Relação com Estratégia Saúde da Família no Sul e Extremo Sul Baiano. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2021; 3: 10-31.
18. MURICY CL, Pinto VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.*, 2015; 48(2): 216-9.
19. NAZÁRIO RF, et al. Casos notificados de sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, no período de 2010 a 2015. *Rev. Assoc. Med. Rio. Gd do Sul*, 2021; 2; 1-7.
20. NEWMAN L, et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Medicine*, 2013; 2: e1001396.
21. OLIVEIRA GUANABARA MA, et al. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 2017; 19(1): 73-8.
22. RAMOS AM, et al. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 1: e9541.
23. ROCHA AFB. et al. Sífilis em gestantes: implicações da comunicação do diagnóstico e estratégias de convocação do parceiro. *DST - J bras Doenças Sex Transm.*, 2019; 3: 102-106.
24. SANTOS ET, et al. Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices. *Cad Saude Publica*, 2013; 8: 1664-1674.
25. SANTOS TMMG, et al. Avaliação dos Registros no Cartão de Pré-natal da Gestante. 11. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 1: 2939-2945.
26. SANTOS VF, et al. Perfil epidemiológico de los casos de sífilis en embarazadas en una maternidad pública. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*. 2019; 54: 396-406.
27. SILVEIRA CR, et al. Papel do enfermeiro na inserção dos parceiros no pré-natal e tratamento de gestantes com sífilis. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(11): e4741.
28. SZWARCOWALD CL, et al. Results of the sentinel surveillance project, 2006: challenges for the control of congenital syphilis in Brazil. *DST J Bras Doenças Sex Transm.*, 2007; 19: 128-33.
29. VELLOSO LT, et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis notified in a public maternity hospital in Petrópolis-RJ. *DST - J bras Doenças Sex Transm.*, 2020; 32: e203224.
30. WHO. World Health Organization. guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization. 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf>. Acessado em: 16 de fevereiro de 2023.
31. WHO. World Health Organization. Organization Sexually transmitted infections (STIs). 2021. Disponível em [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acessado em: 13 de fevereiro de 2023.
32. WHO. World Health Organization. Syphilis in pregnancy. 2022. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/women-accessing-antenatal-care-\(anc\)-services-who-were-tested-for-syphilis-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/women-accessing-antenatal-care-(anc)-services-who-were-tested-for-syphilis-(-)). Acessado em: 9 de janeiro de 2023.