



FATORES ASSOCIADOS À ADEÇÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO E LABORATORIAL DE GESTANTES COM SÍFILIS

Paula Lima da Silva*

Marli Teresinha Gimenez Galvão**

Braulio Vieira de Sousa Borges***

Emanoelle Fernandes Silva****

Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle*****

Rosilane de Lima Brito Magalhães*****

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados à adesão ao seguimento clínico e laboratorial de gestantes com sífilis. **Método:** estudo analítico, realizado em Unidades Básicas de Saúde, com 73 gestantes com sífilis, de maio de 2019 a maio de 2020, em um capital do Nordeste brasileiro. Coleta de dados ocorreu em três etapas: (1) levantamento dos casos de gestantes com sífilis, (2) aplicação de um formulário durante o pré-natal, elaborado pelos pesquisadores, para coleta das variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, e, (3) após o parto, coleta de dados referente ao desfecho final da gestação. A pesquisa utilizou a análise descritiva e a regressão logística, todos os testes com $p < 0,05$. **Resultados:** adesão ao seguimento clínico e laboratorial ocorreu em 25 (34,3%) gestantes; e seguem a associação com as variáveis: ter companheiro afetivo ($p=0,012$), sífilis no primeiro trimestre de gestação ($p=0,041$), início do tratamento no momento do diagnóstico ($p=0,023$) e pré-natal realizado por dois profissionais, médico(a) e enfermeiro(a) ($p=0,039$). **Conclusão:** a adesão foi considerada baixa. A análise multivariada aponta que ter companheiro e tratamento imediato podem indicar redução da perda do seguimento. A atenção primária tem papel fundamental no acompanhamento de gestantes com sífilis; identificar as barreiras relacionadas à adesão ao seguimento pode contribuir para a elaboração de estratégias mais direcionadas e específicas.

Palavras-chave: Perda de seguimento; Sífilis; Gestantes; Transmissão vertical de doenças infecciosas; Fatores de risco.

INTRODUÇÃO

A sífilis, Infecção Sexualmente Transmissível (IST), apresenta prevalências elevadas no mundo. Globalmente, em 2020, a taxa de casos novos de sífilis foi 7,1 milhões, sendo 473 casos de Sífilis Congênita (SC) por 100.000 nascidos vivos em 2016⁽¹⁾. Trata-se de uma infecção de fácil diagnóstico e tratamento e de difícil controle⁽²⁾.

No Brasil, no ano de 2021, foi detectada a taxa de 27,1 casos de sífilis em gestantes por 1000 nascidos vivos, com 12,5% superior à taxa observada no ano anterior. No país, em 2021, foram notificados 74.095 casos de sífilis em gestantes, dos

quais 33.065 (44,6%) eram residentes na região Sudeste, 16.728 (22,6%) no Nordeste, 10.571 (14,3%) no Sul, 8.011 (10,8%) no Norte, e 5.720 (7,7%) no Centro-Oeste. Isso demonstra que a ocorrência da sífilis gestacional, no país, apresenta diferenças regionais, com percentuais mais elevados nas regiões Sudeste e Sul⁽³⁾.

Diante desse cenário, os desafios para o enfrentamento da sífilis são uma realidade, considerando o baixo nível de escolaridade da população, déficits na dinâmica de trabalho da equipe que repercutem no diagnóstico inoportuno, tratamento inadequado e/ou tardio, não monitoramento dos casos e, principalmente,

¹Extraído da Dissertação: "Fatores associados à perda do seguimento de gestantes com sífilis", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí (UFPI), PI, no ano de 2020.

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira na Maternidade Dona Evangelina Rosa (Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH). E-mail: paulallima00@gmail.com. ORCID ID: 0000-0001-8732-1437.

**Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: marfigalvao@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-3995-9107

***Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Enfermeiro da Secretaria de Saúde-SES/DF. Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: braulitos89@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0003-4914-1579

****Enfermeira. Mestre e doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: emanoellefernandes@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0002-4328-6155

*****Enfermeira. Doutora em Ciência. Docente do curso de Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: andreiamcvalle@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0002-2706-0711

*****Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: rosilane@ufpi.edu.br. ORCID ID: 0000-0001-9695-1350

ausência de ações educativas preventivas. Esses fatores dificultam, de forma significativa, a adesão ao seguimento clínico, o que pode contribuir para elevadas taxas de Sífilis Congênita⁽⁴⁻⁵⁾.

No cenário nacional, estudos apontaram vários fatores associados a essa elevada prevalência e dificuldade de adesão ao tratamento em diversas populações⁽⁶⁾. Na região de Mato Grosso do Sul, Brasil, a soroprevalência de sífilis em gestantes de 4,4% e a baixa qualidade dos serviços de atendimento pré-natal contribuem para a alta prevalência de sífilis⁽⁷⁾. Outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, destacou que mulheres negras, com baixas renda familiar e escolaridade e que realizaram poucas consultas de pré-natal apresentaram maior razão de prevalência de não realização de testes sorológicos para sífilis durante o pré-natal⁽²⁾.

Entre as ações para o controle da sífilis, tem-se a ampliação da cobertura do teste rápido que, quando ofertado na primeira consulta de pré-natal na atenção primária, mostrou-se eficaz para identificação da infecção e o rastreamento de casos de sífilis. Todavia, na prática, ainda é necessário estratégias mais efetivas para melhorar a adesão, bem como a disponibilidade de materiais para a realização do teste⁽⁸⁾.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, devem ser realizados o acompanhamento mensal de todas as gestantes com sífilis, a detecção de possíveis infecções o mais precocemente possível e o tratamento também do parceiro sexual. Com elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições, em relação ao teste anterior, há possibilidade de falha terapêutica e indicação de reavaliação do tratamento⁽⁹⁾.

Diante da magnitude do problema e das possibilidades de transmissão vertical, torna-se importante analisar os fatores relacionados à perda do seguimento clínico e laboratorial entre gestantes com sífilis na atenção primária, considerando ampliar a visibilidade da problemática, proporcionar reflexões sobre a melhor definição de estratégias de rastreamento e tratamento da sífilis gestacional, com vistas à redução e/ou eliminação da transmissão vertical e, consequentemente, à diminuição dos casos de Sífilis Congênita, bem como, por meio desses achados, pode ser possível preencher algumas das lacunas existentes quanto aos principais fatores para a perda do seguimento clínico e laboratorial entre gestantes com sífilis na atenção primária em

âmbitos local e nacional.

Dessa forma, o estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à adesão ao seguimento clínico e laboratorial de gestantes com sífilis.

MÉTODO

Estudo transversal analítico e prospectivo. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Teresina, Piauí, região Nordeste do Brasil. Segundo dados da Fundação Municipal de Saúde, em 2019, a cidade contava com 90 unidades de saúde, organizadas em quatro regionais de saúde nas zonas norte, leste, sul e sudeste, funcionando de segunda a sexta-feira, com atendimento em atenção primária à saúde.

A população do estudo foi composta por gestantes com diagnóstico de sífilis. De maio de 2019 a maio de 2020, o número de gestantes no município foi de 5312. Desse total, 113 apresentavam diagnóstico de sífilis gestacional, segundo informação da Secretaria de Vigilância municipal. Dessa forma, a amostragem foi por conveniência, sendo que, ao longo do estudo, foi possível contactar 73 participantes no dia que compareceram às UBS das zonas norte e leste para realização da consulta do pré-natal.

Os critérios de inclusão foram ter diagnóstico de sífilis em qualquer idade gestacional, com cadastro ativo na Unidade Básica de Saúde e idade igual ou superior a 18 anos. Não foram incluídas aquelas que não compareceram à consulta de pré-natal após três tentativas de contato durante o pré-natal, sabidamente com diagnóstico de transtorno mental e com diagnóstico de sífilis após o levantamento da primeira etapa da pesquisa (levantamento das UBS que notificaram casos de gestantes com sífilis via sistema de informação). Excluíram-se também as pacientes que participaram apenas da primeira e da segunda etapa do estudo durante o pré-natal, em razão de não serem localizadas até 42 dias após o parto para coleta da terceira etapa.

O formulário de coleta de dados foi previamente validado, quanto à forma e ao conteúdo, por cinco juízes com domínio da temática. O instrumento foi dividido em quatro seções, a fim de contemplar as variáveis de interesse da segunda e da terceira etapa da coleta de dados. Sendo elas: (I) dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, renda e raça); (II) comportamentais (idade da

primeira relação sexual, uso e tipo do preservativo, tipo de companheiro e uso de substâncias); (III) clínicos (atendimento de saúde anterior, realização de teste para sífilis, teste rápido na gravidez anterior, número de gestações, partos e abortos, data provável do parto, idade gestacional, realização do pré-natal, presença de IST, orientação do risco de transmissão vertical, relação sexual com uso do preservativo na gravidez atual, exames para a detecção de HIV/Aids e hepatite B, tempo de infecção, orientações sobre o tratamento, presença de sinais e sintomas, resultado dos exames, tratamento da gestante e do parceiro); e (IV) desfecho da gestação (transmissão vertical; coleta na terceira etapa da pesquisa). As variáveis de interesse foram construídas a partir de uma Revisão Integrativa⁽¹⁰⁾.

Considerou-se como seguimento clínico-laboratorial adequado de gestantes com sífilis: início do tratamento após o diagnóstico, avaliação mensal para realização de testes não treponêmicos e VDRL quantitativo após 30 dias de início do tratamento; tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) de forma concomitante com o da gestante; tratamento realizado com a droga de escolha, penicilina benzatina, de acordo com o estágio da doença e o intervalo recomendado; e início do tratamento com tempo inferior a 30 dias antes do parto¹¹.

Em contrapartida, adotou como perda do seguimento clínico-laboratorial a presença de, pelo menos, uma das seguintes situações: ausência de realização de VDRL quantitativo após 30 dias de início do tratamento; a inadequação ou o não tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) de forma concomitante com o tratamento da gestante; não documentação da queda do título do teste não treponêmico⁽⁹⁾.

A coleta de dados ocorreu em três etapas distintas, mediante dados primários e secundários. Na primeira, realizou-se o levantamento e a seleção das Unidades Básicas de Saúde com casos notificados de sífilis gestacional, mediante acesso ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Desse modo, criou-se uma lista de gestantes elegíveis e que, ao retornarem à Unidade de Saúde, foram convidadas e responderam a um formulário.

Posteriormente, segunda etapa, aplicou-se, com as gestantes, no dia da consulta do pré-natal, um formulário elaborado pelos pesquisadores para coleta dos dados referentes às seções I, II e III do instrumento. Destaca-se que a coleta de dados foi realizada de segunda a sexta-feira, nas UBS em que

as gestantes realizavam o acompanhamento pré-natal. O convite para participar da pesquisa era realizado antes ou após a consulta, conforme fosse melhor para a participante. Uma enfermeira (mestranda) e uma aluna de iniciação científica (capacitada pela pesquisadora responsável) participaram da coleta de dados.

Na terceira etapa, mediante contato com a participante, foram coletadas informações referentes ao resultado da gestação (seção IV do instrumento), se teve transmissão vertical ou não. A fim de não perder amostra, essa etapa foi otimizada para ser coletada no período puerperal nas UBS e/ou maternidade, até 42 dias pós-parto. A caderneta da gestante e/ou prontuário foram consultados para obtenção de informações complementares, ou quando a gestante não sabia as informações com precisão.

Todas as variáveis do instrumento da coleta de dados foram organizadas e codificadas em um dicionário denominado de *codebook*. Os dados foram organizados no *Excel* e exportados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, para tratamento e geração dos resultados. Para a análise dos dados, utilizaram-se o teste exato de Fisher e o teste de Qui-Quadrado de Pearson, para testar a associação entre a perda de seguimento com as variáveis categóricas independentes (sociodemográficas, comportamentais, clínicas e sífilis na gestação).

Destaca-se que as variáveis que obtiveram valor de *p* menor que 0,05 nos testes bivariados, ou seja, alcançaram associação positiva em relação à perda de seguimento, foram utilizadas no modelo de regressão logística múltipla para a obtenção da força, *Odds Ratio* (OR), dessas associações na explicação das perdas de seguimento. Adotou-se como referência a categoria sim para a perda do seguimento.

Foram seguidos os aspectos éticos relacionados às pesquisas com seres humanos, acatando as prerrogativas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, parecer nº 2.975.828. Ainda, as participantes foram informadas por meio de Termo de Consentimento Livre Esclarecido sobre o teor da pesquisa, bem como acerca dos possíveis riscos e benefícios.

RESULTADOS

Participaram 73 gestantes, a prevalência de sífilis gestacional foi de 1,37%. A adesão ao seguimento clínico e laboratorial ocorreu em 25 participantes (34,3%). A idade variou de 18 a 45 anos, com maior perda de seguimento na faixa etária de 21 a 30 anos (22;45,8%); 43 (58,9%) tinha menos de 12 anos de estudo regular, e, destas, 27 (56,3%) apresentaram

perda de seguimento ($p=0,619$); 69 (94,5%) participantes autodeclararam-se de cor não branca, com perda de seguimento de 44 (91,7%); e 61 (93,9%) possuem renda *per capita* de menos de um salário-mínimo; ter companheiro afetivo 62 (83,6%), foi verificada associação com a perda do seguimento ($p=0,012$) (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores sociodemográficos de gestantes com sífilis que aderiram ao seguimento clínico e laboratorial na atenção primária. Teresina, Piauí, Brasil, 2019

Variável	Total Marginal (%)	Perda do Seguimento				Valor de p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Faixa etária (em anos)						0,812**
18 a 20	14 (19,2)	10	20,8	4	16,0	
21 a 30	33 (45,2)	22	45,8	11	44,0	
≥ 31	26 (35,6)	16	33,3	10	40,0	
Escolaridade						0,619*
< 12	43 (58,9)	27	56,3	16	64,0	
≥ 12	30 (41,1)	21	43,8	9	36,0	
Raça/Cor						0,292*
Branca	4 (5,5)	4	8,3	0	0,0	
Não branco	69 (94,5)	44	91,7	25	100,0	
Renda <i>per capita</i>						0,622*
< 1SM***	61 (93,9)	39	95,1	22	91,7	
≥ 1SM	4 (6,1)	2	4,9	2	8,3	
Trabalho remunerado						0,248*
Sim	17 (23,3)	9	18,8	8	32,0	
Não	56 (76,7)	39	81,3	17	68,0	
Tem companheiro afetivo						0,012*
Sim	62 (83,6)	38	79,2	23	92,0	
Não	11 (15,1)	10	20,8	2	8,0	

* Teste exato de Fisher. ** Teste qui-quadrado. Com nível de 0,05 de significância.

*** SM=Salário-mínimo no Brasil: R\$ 998,00 (novecentos e noventa e oito reais), referente ao ano de 2019.

O comportamento sexual mostrou que 40 (54,8%) afirmaram não usar o preservativo na primeira relação sexual; 52 (71,3%) informaram não

fazer uso do preservativo; e 62 (84,9%) conhecem o preservativo feminino (Tabela 2).

Tabela 2. Análise da perda de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características comportamentais. Teresina, Piauí, Brasil, 2019

Variável	Total Marginal (%)	Perda do Seguimento				Valor de <i>p</i> *
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Preservativo na 1ª relação sexual						0,220
Sim	33 (45,2)	19	39,6	14	56	
Não	40 (54,8)	29	60,4	11	44	
Usa o preservativo com a parceria atual						1,000
Não	52 (71,3)	31	83,8	21	84	
Sim	10 (13,7)	6	16,2	4	16	
Conhece o preservativo feminino						0,311
Sim	62 (84,9)	39	81,3	23	92	
Não	11 (15,0)	9	18,8	2	8	
Uso de drogas ilícitas						0,158
Sim	5 (6,8)	5	10,4	0	0	
Não	68 (93,1)	43	89,6	25	100	
Uso de álcool						1,000
Sim	11 (15,1)	7	14,6	4	16	
Não	62 (85,0)	41	85,4	21	84	

* Teste exato de Fisher. Com nível de 0,05 de significância.

A realização de algum tipo de atendimento na UBS, antes da gestação atual, foi relatada por 57 (78,1%); 16 (28%) ainda não realizaram teste para a investigação de sífilis; 50 (96%) foram testadas para a detecção de sífilis na gestação anterior; e 16 (30,8%) tiveram resultado reagente para sífilis; 65 (89,1%) realizam o pré-natal regularmente; e 39

(53,4%) possuíam registro no cartão de sete ou mais consultas; 71 (97,2%) relataram a realização de exame para sífilis na gestação atual; e 69 (94,5%) confirmaram ter recebido informações acerca do risco de transmissão vertical. Das que não afirmam não ter recebido informação, quatro (5,5%) perderam o seguimento clínico $p=0,179$ (Tabela 3).

Tabela 3. Análise da adesão ao seguimento clínico e laboratorial em gestantes expostas à sífilis na atenção primária considerando o acesso ao pré-natal. Teresina, Piauí, Brasil, 2019

Variável	Total Marginal (%)	Perda do Seguimento				Valor de p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Acompanhamento anterior na UBS						0,148*
Sim	57 (78,1)	40	83,3	17	68	
Não	16 (22,0)	8	16,7	8	32	
Teste rápido para sífilis na UBS						0,523*
Sim	41 (72,0)	30	75	11	65	
Não	16 (28,0)	10	25	6	35	
Total de gravidez (categorizado)						0,289**
Uma a duas	41 (56,1)	26	54,2	15	60	
Três a quatro	23 (31,5)	14	29,2	9	36	
Cinco ou mais	9 (12,4)	8	16,7	1	4	
Teste rápido para sífilis gravidez anterior						1,000*
Sim	50 (96,0)	35	94,6	15	100	
Não	2 (4,0)	2	5,4	0	0	
Resultado do exame na gravidez atual						1,000*
Reagente	16 (30,8)	11	31,4	5	29,4	
Não reagente	36 (69,2)	24	68,6	12	70,6	
Realização do pré-natal						0,707*
Sim	65 (89,1)	42	87,5	23	92	
Não	8 (10,9)	6	12,5	2	8	
Orientada sobre o risco de transmissão para o bebê						0,179*
Sim	69 (94,5)	44	91,7	25	100	
Não	4 (5,5)	4	8,3	0	0	
Uso do preservativo na gravidez atual						0,773*
Sim	18 (30,0)	12	32,4	6	26	
Não	42 (70,0)	25	67,6	17	74	
Orientada sobre o uso do preservativo						0,342*
Sim	64 (87,7)	41	85,4	23	92	
Não	9 (12,3)	7	14,6	2	8	
Exame para a detecção da sífilis na gestação atual						0,543*
Sim	71 (97,2)	46	95,8	25	100	
Não	2 (2,7)	2	4,2	0	0	
Nº de consultas de pré-natal						0,466*
Até seis	34 (46,6)	24	50	10	40	
Sete ou mais	39 (53,4)	24	50	15	60	

* Teste exato de Fisher. ** Teste qui-quadrado. Com nível de 0,05 de significância.

O diagnóstico da sífilis na gestação atual ocorreu no primeiro trimestre em 33 (45,2%); no segundo trimestre, em 26 (35,6%); e, no terceiro trimestre, em 14 (19,2%), e teve associação significativa com a adesão ao seguimento valor de $p=0,041$ (Tabela 4).

Em relação ao resultado do VDRL, 71 (97,3%) sabiam informar o resultado do primeiro VDRL; 37 (53,6%) apresentaram a titulação acima de 1/8. A maioria, 72 (98,6%), relatou ter sido informada

quanto à importância do tratamento; 24 (33,8%) relataram ter recebido informações durante as consultas médicas e de Enfermagem, em ambos os atendimentos. Mais da metade, 38 (52,1%) tiveram consulta realizada pelo(a) enfermeiro(a) e associação significativa com a adesão ao seguimento ($p=0,39$); 64 (87,6%) iniciaram o tratamento após o diagnóstico com associação significativa com adesão ao seguimento ($p=0,023$).

Tabela 4. Análise da adesão ao seguimento clínico e laboratorial em gestantes expostas à sífilis na atenção básica por características do pré-natal. Teresina, Piauí, Brasil, 2019

Variável	Total Marginal (%)	Perda do Seguimento				Valor de P
		Sim n	%	Não n	%	
Diagnóstico de sífilis						0,041*
1º trimestre	33 (45,2)	18	37,5	15	60	
2º trimestre	26 (35,6)	17	35,4	9	36	
3º trimestre	14 (19,2)	13	27,1	1	4	
Resultado 1º exame de VDRL						0,333*
Sim	71 (97,3)	48	100	23	95,8	
Não	1 (1,4)	0	0	1	4,2	
Titulação do VDRL						0,125*
Até 1/8	32 (46,4)	18	39,1	14	60,9	
Acima de 1/8	37 (53,6)	28	60,9	9	39,1	
Informação sobre o tratamento						1,000*
Sim	72 (98,6)	47	97,9	25	100	
Não	1 (1,4)	1	2,1	0	0	
Orientação sobre o tratamento						0,147**
Durante a consulta médica	24 (33,8)	15	32,6	9	36	
Durante a consulta de Enfermagem	24 (33,8)	19	41,3	5	20	
Reunião de gestante	23 (32,4)	12	26,1	11	44	
Profissional que realizava o pré-natal						0,039**
Enfermeiro	38 (52,1)	30	62,5	8	32	
Médico	23 (31,5)	11	22,9	12	48	
Enfermeiro e médico	12 (16,4)	7	14,6	5	20	
Início do tratamento após o diagnóstico						0,023*
Sim	64 (87,6)	39	81,3	25	100	
Não	9 (12,3)	9	18,8	0	0	

* Teste exato de Fisher. ** Teste qui-quadrado. Com nível de 0,05 de significância.

De acordo com a análise multivariada, os resultados mostraram que as variáveis “Companheiro” e “Iniciou o tratamento” podem ser de proteção, ou seja, gestantes com diagnóstico de sífilis que possuem companheiro afetivo têm 40% [100x(1-0,607)] menos chance de perda de seguimento, e aquelas que iniciaram o tratamento após o diagnóstico têm 64% menos chance de perda de seguimento, não estatisticamente significativo (Tabela 5).

Em relação ao trimestre em que se inicia o pré-

natal, verificou-se que, quanto mais tarde o diagnóstico de sífilis, mais chances há de perda de seguimento. A cada mês de gestação que se passa sem recebimento de diagnóstico, as chances de perda aumentam, aproximadamente, quatro vezes ($p < 0,01$). Quando o profissional que realiza o pré-natal é um médico(a) e enfermeiro(a), nota-se que as chances de perda de seguimento reduzem em, respectivamente, 66% e 36%, se comparado ao pré-natal realizado somente por enfermeiro(a), embora não estatisticamente significativo (Tabela 5).

Tabela 5. Análise multivariada dos fatores associados a perdas de seguimento em gestantes expostas à sífilis na atenção básica. Teresina, Piauí, Brasil, 2019

Variáveis	Coeficiente	Erro padrão	Wald	Valor de p	OR	IC (95%) para OR
Companheiro afetivo*	-0,499	0,749	0,444	0,505	0,607	(0,14 - 2,63)
Iniciou o tratamento*	-1,012	0,826	1,501	0,22	0,363	(0,07 - 1,84)
Meses de gestação	1,442	0,414	12,136	<0,01	4,229	(1,88 - 9,52)
Profissional consulta pré-natal	-	-	2,817	0,245	-	-
Médico	-1,072	0,639	2,813	0,094	0,342	(0,098 - 1,198)
Enfermeiro e médico	-0,447	0,793	0,318	0,573	0,639	(0,135 - 3,028)

*Companheiro: tem companheiro; meses de gestação: meses de gestação quando recebeu o diagnóstico de sífilis; profissional consulta pré-natal: sua consulta de pré-natal é realizada, na maioria das vezes, por um profissional; iniciou o tratamento após o diagnóstico.

*Categoria de referência: “Sim”.

DISCUSSÃO

A adesão ao seguimento clínico e laboratorial de gestantes com sífilis foi baixa, com associação

estatisticamente significativa com as variáveis ter companheiro afetivo, iniciar o tratamento no momento do diagnóstico e receber consultade pré-natal com os profissionais médico e enfermeiro.

Estudos realizados em outras regiões do Brasil corroboram esses achados^(12,13).

Gestantes diagnosticadas no primeiro trimestre de gestação tiveram maior adesão ao seguimento clínico. No cenário nacional, evidenciou-se que o diagnóstico tardio, após o parto, e tratamentos inadequados estiveram associados à perda do seguimento⁽¹⁰⁾. Uma pesquisa realizada no Piauí, estado do município onde esta pesquisa foi realizada, apontou que um grande problema identificado no presente estudo é o não tratamento do parceiro, seja por negativa dele, abandono do tratamento ou abandono da gestante. Tal problema é um dos principais motivos do crescente aumento de sífilis congênita⁽¹⁴⁾. Sugere-se que maior cobertura na triagem, diagnóstico e captação precoce de gestantes para o pré-natal são medidas que podem contribuir para a adesão ao seguimento. E ainda se reforça a importância da convocação das parcerias sexuais para a realização de testes para IST/HIV, com ênfase na adesão ao tratamento.

Neste estudo, houve associação significativa com o profissional que realiza o pré-natal, pois, quando realizado somente por um profissional de saúde, a taxa de abandono ao seguimento foi maior. Embora não haja evidências científicas sobre esses achados, percebe-se a ampla recomendação da realização do pré-natal concomitante. É reconhecida, também, a necessidade de priorização de políticas públicas com envolvimento de autoridades sanitárias, gestores de saúde e população geral, o que pode levar a mudanças no cenário atual da sífilis no país⁽¹⁵⁾.

Destaca-se o quão importante é a assistência no âmbito na Atenção Primária à Saúde por equipe qualificada e respaldada nas melhores evidências científicas, para qualificar ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, de modo a torná-las mais efetivas e eficientes, tanto no âmbito individual quanto coletivo, respeitando os diferentes ciclos de vida e os contextos sociais e familiares.

Salienta-se que, em relação à consulta com profissional, a atualização deste é um aspecto determinante no que tange à qualidade da assistência à gestante com diagnóstico de sífilis, dessa forma, é necessário que os governantes dos municípios estejam sempre ofertando formação sobre o manejo da infecção na Estratégia Saúde da Família (ESF) e os próprios profissionais busquem mais conhecimento⁽¹⁶⁾. É reconhecida a importância de ampliar a capacitação entre os profissionais de saúde

com enfoque na abordagem das IST/HIV, assim como práticas assistenciais embasadas nas melhores evidências científicas, com a finalidade de aumentar a adesão ao seguimento.

Gestantes jovens, com baixa escolaridade e não brancas apresentaram baixa adesão ao seguimento. Achado semelhante foi identificado em um estudo no estado de Goiás, realizado no Brasil, em que a baixa escolaridade, bem como condições socioeconômicas e a qualidade na assistência de saúde estiveram associadas à perda do seguimento^(17,18). Sugere-se que, na abordagem e no planejamento de políticas públicas maternas, o perfil sociodemográfico seja prioritário para maior efetividade das ações práticas; e, ainda, que sejam envolvidos outros setores da sociedade, como a educação, a fim de haver formação em saúde em ampla difusão na sociedade.

O número de gestantes que informaram ter um companheiro afetivo foi elevado. Essa situação pode ser considerada um fator de proteção, pois as gestantes com diagnóstico de sífilis que possuem companheiro têm 40% menos chance de perda de seguimento. Evidencia-se que gestantes com múltiplos parceiros sexuais tiveram associação significativa com a soropositividade para a sífilis⁽¹⁹⁾. Isso sugere que a probabilidade de reinfecção após o tratamento diminui em decorrência da menor exposição em relação ao número de parceria. Os resultados deste estudo ratificam essa informação também pela perda do seguimento ter sido mais elevada em mulheres sem parceria afetiva.

Quanto ao comportamento sexual, o uso do preservativo foi relatado em menor proporção na primeira relação sexual e durante a gestação atual. Embora não tenha sido observada associação significativa entre a sífilis e o hábito do uso de preservativo, o risco de infecção foi quase quatro vezes maior entre as mulheres que não tinham conhecimento da prevenção de IST pelo uso de preservativo⁽²⁰⁾.

A assiduidade e a regularidade na realização das consultas de pré-natal foram frequentes e mais da metade das participantes possuía registro de sete ou mais consultas e não teve associação com a perda de seguimento. Na região Nordeste do Brasil, um estudo mostrou resultados semelhantes em 80% das gestantes⁽²¹⁾, em que as consultas foram realizadas por enfermeiro ou médico e enfermeiro e médico de forma concomitante. Mostrou-se significância estatística quando a consulta foi realizada por

enfermeiro e médico ($p=0,039$) nessa pesquisa.

A maioria das gestantes já havia recebido algum tipo de atendimento na UBS por ocasião da gestação anterior. No entanto, menos da metade havia sido testada para a sífilis. E isso torna-se motivo de preocupação pelo tempo de exposição e manutenção da cadeia de transmissão por falta de diagnóstico precoce. Estudos mostraram que o risco de sífilis é maior em mulheres com histórico prévio de outras IST⁽²⁰⁾. Ampliar a captação precoce das gestantes, assim como a triagem e a testagem para sífilis, é essencial para evitar complicações à saúde materno-infantil e diminuir a cadeia de transmissibilidade.

Ainda com relação às oportunidades perdidas de triagem para a sífilis gestacional, assim como no manejo, observa-se dificuldades enfrentadas pelas gestantes para realizar o exame VDRL relacionadas ao difícil acesso às consultas de pré-natal, ao limite na coleta de exames mensais, filas de espera longas, atrasos na obtenção do resultado, acesso a testes, tratamento e falta de estratégias padronizadas para notificar o parceiro, influenciando, negativamente, o manejo da sífilis^(22,23). A organização em relação ao manejo da sífilis gestacional é imprescindível para detecção e acompanhamento dos casos, a ausência desses recursos pode influenciar em maiores prevalências.

O não tratamento do parceiro concomitante com a gestante foi uma realidade neste estudo. Essa dificuldade de tratamento do parceiro tem sido relatada em outra pesquisa, em que os fatores mais associados ao não tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis foram: estruturação/qualidade dos serviços sob o aspecto relacionado a falhas na assistência pré-natal, características das gestantes que interferem no tratamento dos parceiros e aos aspectos ligados as particularidades culturais que envolvem a assistência à saúde do homem⁽¹⁸⁾.

A baixa adesão do parceiro pode estar associada ao conhecimento limitado, ao medo de injeção e à falta de habilidades de comunicação⁽²³⁾. Isso sugere que há necessidade de maior investimento em orientações individuais e/ou coletivas em relação ao uso do preservativo, independentemente do tipo de parceria, assim como o fortalecimento de estratégias individuais e coletivas para maior adesão ao tratamento.

A prevalência da sífilis neste estudo foi considerada baixa quando comparada com o da China (3,17%)⁽²⁴⁾, e compatível quando comparada à de estudo realizado na Etiópia⁽²⁰⁾. No cenário

nacional, a prevalência variou de 7,7%, na região Centro-Oeste, a 44,6% no Sudeste⁽⁴⁾. Os dados apresentados mostram que há diferença na detecção e notificação dos casos de sífilis em diferentes lugares, mesmo considerando um único país. No Brasil, ainda é baixa a taxa de diagnósticos e registros, mesmo o acompanhamento sendo realizado durante o pré-natal, parto e puerpério.

Autores que apontam as dificuldades enfrentadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da sífilis, como a falta de capacidade técnica para o diagnóstico e a identificação das etapas da doença, assim como o pouco tempo de atuação na APS, habilidade não requerida pelos profissionais quando trabalhava no serviço hospitalar, permitindo, assim, que se reconhecessem como sujeitos protagonistas do seu processo de trabalho e capazes de atender, de forma resolutive e eficaz, às pessoas com sífilis, levando em consideração todas as interfaces relacionadas ao acesso e à adesão ao tratamento⁽²⁷⁾. Urge e sugere-se maiores investimentos na capacitação e qualificação por meio de treinamentos técnicos-científicos na abordagem de IST para os profissionais que atuam na Rede de Atenção Básica, nos diferentes níveis de atuação e cenários práticos.

Pesquisa conclui 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⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

Foram evidenciados como fatores de proteção para o seguimento gestacional: ter companheiro afetivo; ter diagnóstico da sífilis no primeiro trimestre com tratamento e pré-natal realizado por médico(a) e enfermeiro(a), necessários para a redução da perda do seguimento de gestantes com sífilis. No entanto, quanto mais as gestantes estavam próximas da data do parto e sem o diagnóstico da sífilis, maiores as chances de perda de tratamento e seguimento da sífilis. Essa investigação possibilitou, ainda, evidenciar que ser gestante jovem, ter escassa escolaridade, ser não branca, ter renda *per capita* reduzida, não usar preservativo na primeira relação sexual, não usar preservativo com

parceria atual e ter altos títulos sorológicos tiveram maiores frequências de não adesão ao seguimento, embora não associados.

Enfatiza-se que há diferentes fatores que podem influenciar na adesão ao seguimento de gestantes com sífilis, esses podem estar relacionados às condições sociodemográficas, comportamentais, as próprias percepções da mulher e a sua assistência durante o pré-natal. Identificar essas barreiras em diferentes contextos pode contribuir para a elaboração de estratégias mais direcionadas e específicas com o objetivo de identificar e tratar mais precocemente os casos de sífilis, bem como de reduzir as taxas de transmissão vertical. Como

limitação deste estudo, tem-se o tamanho da amostra, que, por ser pequena, impossibilita generalizações. No entanto, os resultados permitem visualizar fatores distintos associados e não associados que podem influenciar na adesão ao seguimento.

Reitere-se que a atenção primária tem papel fundamental no acompanhamento de gestantes com sífilis, que a identificação das barreiras para adesão ao seguimento pode contribuir para a elaboração de estratégias mais direcionadas e específicas, como o reforço à educação em saúde e o rastreamento de casos, com a finalidade de reduzir as taxas de transmissão vertical.

FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO CLINICAL AND LABORATORY FOLLOW-UP OF PREGNANT WOMEN WITH SYPHILIS

ABSTRACT

Objective: to analyze the factors associated with adherence to clinical and laboratory follow-up of pregnant women with syphilis. **Method:** analytical study carried out in Basic Health Units with 73 pregnant women with syphilis from May 2019 to May 2020 in a capital of the Northeast of Brazil. Data collection occurred in three stages: (1) survey of cases of pregnant women with syphilis, (2) application of a form during prenatal care, prepared by the researchers, to collect sociodemographic, behavioral and clinical variables, and (3) after delivery, data collection regarding the final outcome of pregnancy. The research used descriptive analysis and logistic regression, all tests with $p < 0.05$. **Results:** adherence to clinical and laboratory follow-up occurred in 25 (34.3%) pregnant women; and follow the association with the variables: having an affective partner ($p=0.012$), syphilis in the first quarter of pregnancy ($p=0.041$), beginning of treatment at the time of diagnosis ($p=0.023$) and prenatal care performed by two professionals, physician and nurse ($p=0.039$). **Conclusion:** adherence was considered low. Multivariate analysis indicates that having a partner and immediate treatment may indicate a reduction in the loss to follow-up. Primary care plays a fundamental role in the follow-up of pregnant women with syphilis; identifying barriers related to adherence to follow-up can contribute to the development of more targeted and specific strategies.

Keywords: Loss to follow-up; Syphilis. Pregnant women. Vertical transmission of infectious diseases. Risk factors.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHESIÓN AL SEGUIMIENTO CLÍNICO Y DE LABORATORIO DE GESTANTES CON SÍFILIS

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores asociados a la adhesión al seguimiento clínico y de laboratorio de gestantes con sífilis. **Método:** estudio analítico, realizado en Unidades Básicas de Salud, con 73 gestantes con sífilis, de mayo de 2019 a mayo de 2020, en un capital del Nordeste brasileño. La recolección de datos ocurrió en tres etapas: (1) prospección de los casos de gestantes con sífilis, (2) aplicación de un formulario durante el prenatal, elaborado por los investigadores, para recolección de las variables sociodemográficas, comportamentales y clínicas, y, (3) después del parto, recolección de datos referente al desenlace final de la gestación. La investigación utilizó el análisis descriptivo y la regresión logística, todas las pruebas con $p < 0,05$. **Resultados:** adhesión al seguimiento clínico y de laboratorio ocurrió en 25 (34,3%) gestantes; y siguen la asociación con las variables: tener compañero afectivo ($p=0,012$), sífilis en el primer trimestre de gestación ($p=0,041$), inicio del tratamiento en el momento del diagnóstico ($p=0,023$) y prenatal realizado por dos profesionales, médico(a) y enfermero(a) ($p=0,039$). **Conclusión:** la adhesión se consideró baja. El análisis multivariante señala que tener compañero y tratamiento inmediato pueden indicar reducción de la pérdida del seguimiento. La atención primaria tiene un papel fundamental en el seguimiento de gestantes con sífilis; identificar las barreras relacionadas a la adhesión al seguimiento puede contribuir para la elaboración de estrategias más direccionadas y específicas.

Palabras clave: Pérdida de seguimiento. Sífilis. Gestantes. Transmisión vertical de enfermedades infecciosas. Factores de riesgo.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Geneva: WHO; 2021. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342813/9789240030992-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2 Cesar JA, Camerini AV, Paulitsch RG, Terlan RJ. Non-performance of serological tests for syphilis during prenatal care: prevalence and associated factors. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200012. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200012>

3 Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. [citado 2022 Dez 20] Available from: file:///C:/Users/crist/Downloads/boletim_Sifilis%202022_internet.pdf

4 Moreira BC, Ribeiro JL, Figueredo RC, Amorim RCCS, Silva LS, Silva RS. Os principais desafios e potencialidades no enfrentamento da sífilis pela atenção primária em saúde. São Paulo: *Rev Remecs.* 2020;5(9):3-13. DOI: <http://doi.org/10.24281/remecs2020.5.9.3-13>

5 Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA., Silva TPRD. Trend in cases of gestational and congenital syphilis in Minas Gerais, Brazil, 2009-2019: an ecological study. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2021; 30(4):e2021128. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400006>

6 Borges BV de S, Gir E, Galvão MTG, Moura MEB, Brito GMI, Magalhães R de LB. Adherence of female sex workers with syphilis to clinical follow-up. *Cogitare enferm.* 2020; 25: e65456. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65456>

7 Benedetti KCSV, Ribeiro ADDC, Queiroz JHFS, Melo ABD, Batista RB, Delgado FM, et al. High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. *Am J Trop Med Hyg.* 2019;101(4):761-766. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.18-0912>

8 Caus ECM, Andrade JA de. Avaliação da realização do teste rápido na consulta de enfermagem com enfrentamento da sífilis. *Saúde e meio ambient.: rev. interdisciplin.* 2020;9:106-19. DOI: <https://doi.org/10.24302/sma.v9i0.2594>

9 Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. [citado 2024 Fev 15] Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>

10 Silva PL, Galvão MTG, Silva EF, Borges BVS, Lira JAC, Magalhães RLB. Factors related to the loss of follow-up in pregnant women with syphilis: an integrative review. *Rev Rene.* 2021;22:e60257. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260257>

11 Brasil. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Available from: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>

12 Joice EEPO, OPF, MAFJ, Elen FT. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. *Rev enferm UERJ.* 2020; 28:e50487. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50487>

13 Dalla CFML, Andreas WRK, Dalla CMC, Martins BS. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal / Congenital and gestational syphilis: notification and pre-natal care. *Arch. Health. Sci.* 2019; 26(1):2-8. DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137.

14 Silva AMCS, Silva AJS, Oliveira MD, Silva AP, Rodrigues JA, Rêis SAAM et al. Percepção de gestantes com sífilis sobre a assistência pré-natal no município de Floriano, Piauí. *Res., Soc. Dev.*

2022; 11(7): e42711729557, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29557>

15 Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2021; 30(Esp.1):e2020597. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.esp1>

16 Filho LPV, Silva AD, Rosa ACRG, Batista ALF, Chaves BC, Chaves GO. Dificuldades na abordagem e manejo da sífilis na gestação. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020; 3(4): 11163-11179. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-366>

17 Pires KR, Duarte MDG, Monteiro VS, Coutinho RMC, Picoli MEFS, Ananias F. Avaliação do perfil epidemiológico das sífilis gestacionais e congênitas no estado de Goiás e participação do profissional da enfermagem. *Braz. J. Dev.* 2023; 9(1): 2877-2894. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-200>

18 Fernandes LPMR, Souza CL, Oliveira MV. Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2021; 21(2): 369-377. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000200002>

19 Yitbarek GY, Ayele BA. Prevalence of syphilis among pregnant women attending antenatal care clinic, sede muja district, South Gondar, northwest Ethiopia. *Journal of Pregnancy.* 2019;2019. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/1584527>

20 Tareke K, Munshea A, Nibret E. Seroprevalence of syphilis and its risk factors among pregnant women attending antenatal care at Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2019;12(69):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4106-6>

21 Silva FMG, Santos RC P, Quental OB, Oliveira RR, Macena LFC, Felix MEB, et al. Sífilis gestacional: dificuldade na adesão ao tratamento na perspectiva do profissional de enfermagem. *Brazilia Journal of Production Engineering.* 2023;9(3), 161-174. DOI: <https://doi.org/10.47456/bjpe.v9i3.41246>

22 Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad. Saúde Colet.* 2020;28(4):518-528. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>

23 Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, de Leon RGP, da Silva Junior GB, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):65. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3910-y>

24 Xu Yh, Zhang F, Dai GH, Li DH, Ma YX, Zhang Y, Yan J. Morbidity and influencing factors of congenital syphilis in newborns in Hubei of China, 2015-2020. *Chinese Journal of Disease Control and Prevention.* 2022; 26(9):1030-6. DOI: 10.16462/j.cnki.zbjbkz.2022.09.008

25 Barimacker SV, Zocche DAA, Zanatta EA, Júnior JDR, Korb A. Construção de fluxograma e protocolo de enfermagem para manejo da sífilis na atenção primária em saúde. *Cienc Cuid Saude.* 2022;21:e59856. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.59856>

26 Teixeira AMM, Larcipretti ALL, Silva GGS, Ferreira GS, Pinheiro MBST. Abordagem pré-natal da sífilis na atenção primária de saúde: uma revisão bibliográfica. *Rev Med Minas Gerais* 2023; 33: e-33210. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238%2D3182.2022e33210>

Endereço para correspondência: Bráulio Vieira de Sousa Borges. CA 2, Bloco F, Ap.229, Edifício Millenium Center, Lago Norte. Telefone (61) 98242-0630. E-mail: braulitos89@hotmail.com

Data de recebimento: 24/04/2023

Data de aprovação: 15/02/2024