



## **Avaliação de conhecimento, atitude e prática de acadêmicos de medicina e de médicos residentes da FCM/UNICAMP frente à triagem sorológica de sífilis na gestação e prevenção de sífilis congênita**

**Palavras-chave:** Sífilis na gestação; sífilis congênita; Inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática).

### **Autores:**

Larissa Klaumann Schmidt (Faculdade de Ciências Médicas)  
Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez (Faculdade de Ciências Médicas)

---

### **1. Introdução**

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que tem por agente etiológico a bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*; além da infecção por via sexual, esta também pode ser transmitida por transfusão de sangue contaminado, por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária para o feto, o qual ainda pode ser contaminado no canal do parto, configurando a Sífilis Congênita (SC). Após alguns dias da infecção, o *T. pallidum* se dissemina para tecidos distantes, como o Sistema Nervoso e a placenta, o que proporciona a infecção transplacentária mesmo após poucos dias de infecção [1]. A sífilis pode levar à morte neonatal ou do feto, nascimentos prematuros ou abaixo do peso e infecções neonatais severas [2].

O diagnóstico laboratorial da sífilis é útil, sobretudo, na fase latente da doença, já que é assintomática [3] e se dá pela positividade nos testes treponêmicos, sendo eles os TR (testes rápidos), FTA-ABS (Fluorescence Treponemal Antibody-Absorption), MHA-TP, TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination) e ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), que detectam anticorpos específicos contra o *T. pallidum*, são altamente específicos, qualitativos e os primeiros a se tornarem reagentes, sendo geralmente usados como triagem inicial e podem permanecer, em até 85% dos casos, positivos por toda a vida, sendo denominada cicatriz sorológica; por isso, não são usados para acompanhamento do tratamento. Já os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardioplipina não específicos; são muito sensíveis e permitem análise quantitativa, sendo utilizados para diagnóstico e para monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura. São eles: o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) e o USR (*Unheated-Serum Reagin*). Os testes não-treponêmicos, podem, também, mostrarem-se como cicatriz sorológica, caso permaneçam positivos em baixa titulação [4].

A descoberta da penicilina na década de 40 e a melhoria dos cuidados de saúde à população, levou a diminuição da incidência da sífilis – tanto adquirida quanto congênita – de maneira tão abrupta que se chegou a prever a erradicação total da doença ao final do século XX. Contudo, os números voltaram a crescer a partir da década de 60 e, mais

acentuadamente na década de 80, concomitantemente à popularização do uso de crack e da cocaína e da difusão do ato sexual como moeda de troca, principalmente nos grandes centros urbanos [5, 6]. Observa-se tendência mundial de crescimento da sífilis entre a população em geral e, particularmente, da SC, tornando-a um desafio para a Saúde Pública [7].

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que a infecção pelo *T. pallidum* afetou quase um milhão de mulheres grávidas no mundo, levando a mais de 600 mil casos de SC, incluindo aproximadamente 200 mil mortes neonatais e mais de 100 mil crianças em risco de morte prematura [2]. No Brasil, desde 1986 a sífilis é preconizada como doença de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde (MS) e de acordo com os boletins epidemiológicos mais recentes, a sífilis é de relevante importância em Saúde Pública já que, de 2011 a 2021 a taxa de detecção sífilis adquirida teve crescimento contínuo, sendo que, passou de 9,3 para 78,5 a cada 100 mil habitantes na população geral e de 4,7 para 27,1 em gestantes; esse aumento se deve não só a um maior acesso aos testes laboratoriais, mas também a mais exposição a relações sexuais desprotegidas [4]. No ano de 2021, a taxa de incidência de sífilis congênita a cada mil nascidos vivos chegou a 9,9 casos. Com relação ao tratamento da sífilis na gestação, no ano de 2021 o percentual de não tratamento ou esquema de outros tratamentos que não a benzilpenicilina aumentou quando comparado a 2020, de 6,6% para 7,5% [8]. É importante ressaltar ainda, que o tratamento do parceiro é essencial para prevenção de nova infecção durante a gestação, porém, frequentemente esse tratamento não ocorre. Esses dados evidenciam a baixa qualidade da assistência pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou diretamente envolvidos no atendimento, têm dado à prevenção e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez [9, 10, 11].

Como estratégia de redução da prevalência da SC, o MS preconiza a realização de, no mínimo, dois testes sorológicos durante a gravidez, sendo o primeiro no início do acompanhamento pré-natal (idealmente no primeiro trimestre de gravidez) e o segundo no terceiro trimestre da gestação (em torno da 28 semana gestacional). É realizada ainda triagem para sífilis na admissão para o parto ou por abortamento [4, 12]. Tal fato se justifica pela alta prevalência da sífilis nas gestantes e pela facilidade de diagnóstico e tratamento, sobretudo porque o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado são premissas indispensáveis para a redução dessa prevalência, processo que ainda não vem se mostrando efetivo no país [5, 13].

A SC é considerada um agravo que quase sempre reflete questões relacionadas ao acesso e a utilização de serviços de saúde, atingindo prioritariamente a população mais desfavorecida [14]. A doença encontra-se inserida no quadro de causa perinatal evitável, visto que é possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo na gestação, ressaltando-se que a mortalidade infantil evitável está entre os indicadores mais sensíveis para o evento sentinela de qualidade dos serviços [15]. Dados indicam que significativa parcela dos casos de SC ocorrem em mulheres que receberam alguma assistência pré-natal e alertam para o fato de que oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento de sífilis materna com a consequente redução da incidência de SC estão sendo desperdiçadas [2, 16].

Justifica-se, portanto, uma busca urgente por soluções que auxiliem na melhoria dos Serviços de Saúde, de modo a garantir sua efetividade e resolutividade. Para tanto se faz necessária a formação contínua de profissionais competentes, a fim de obter resultados na promoção e proteção da saúde, desafio a ser enfrentado hoje pelos serviços e profissionais da saúde também em relação à sífilis [2, 13]. É necessário que as ações direcionadas à

eliminação da sífilis congênita no país transcorram, invariavelmente, pela melhoria dos Serviços de Saúde, onde se encontra envolvido fundamentalmente o profissional médico [17].

## **2. Métodos**

Durante o andamento da pesquisa, foi necessário submeter o projeto ao NAPES/FCM (Núcleo de Avaliação e Pesquisa em Educação na Saúde), uma vez que a pesquisa envolve participação de alunos e médicos residentes da FCM, só então, posteriormente à aprovação, pôde-se submeter à Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM e então, ao Comitê de Ética em Pesquisa/Unicamp. Devido à atrasos relacionados à aprovação pelo CEP, não houve, ainda, o passo de coleta de dados, pois somente após a aprovação pode-se aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário. Para o desenvolvimento deste projeto foi seguida a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de um estudo de corte transversal, tipo inquérito CAP (conhecimento, atitude e prática). A amostra será composta pelos médicos residentes e acadêmicos de medicina do 1º ao 6º ano da FCM/Unicamp, que totaliza 732 alunos e 965 médicos residentes, fixando-se o nível de significância em 5% e o erro amostral em 5%, considerando uma população finita de N=732 alunos de Medicina e de N=965 médicos residentes, e usando estimativa de prevalência na situação de falta de informação (50%)[17]. Pelos resultados, estima-se que uma amostra mínima de n=253 alunos de Medicina e n=275 médicos residentes será representativa para estimar a prevalência de conhecimento, atitude e prática de alunos de Medicina e de médicos residentes.

Durante a pesquisa, por meio da revisão bibliográfica, foi montado um questionário específico, estruturado, auto-aplicável e confidencial, contendo perguntas de múltipla escolha sobre conduta para rastreamento e tratamento de sífilis na gestação. O objetivo é de que abranja a adequação da conduta, para isso, utilizamos casos clínicos, de modo que será analisado se o médico ou acadêmico informou uma resposta adequada para a condução de determinada situação:

- Conhecimento adequado da epidemiologia da sífilis: será considerado adequado se o profissional informar que a sífilis apresenta alta prevalência em gestantes e tem situação epidêmica com relação à sífilis congênita;
- Conhecimento adequado sobre rastreamento de sífilis na gestação: será considerada atitude adequada se informar sobre a necessidade de VDRL no primeiro e terceiro trimestres e na admissão para parto/aborto.
- Conhecimento, atitude e prática a adequados em gestantes com VDRL 1/4 e 1/32, assintomáticas: se o profissional informar que se trata de fase latente com a necessidade de penicilina benzatina na dose total de 7.200.000 U, associado a tratamento do parceiro.

Será construído, então, um banco de dados de forma automática por meio da própria plataforma utilizada para a coleta (Google Forms). Nessa coleta, as variáveis quantitativas (idade, sexo e tempo de formado ou ano da graduação) serão tratadas de forma articuladas às qualitativas (conhecimento sobre a situação epidemiológica da sífilis durante a gravidez e da sífilis congênita; conduta para rastreamento rotineiro de sífilis em uma gestante de pré-natal de baixo risco; conduta mais provável frente a uma gestante com VDRL de baixa titulação e de alta titulação e adequação da conduta frente aos casos

clínicos propostos), buscando-se evidenciar elementos que expressem possíveis correlações entre o fator médico e a incidência de SC.

Os dados, uma vez que finalizada a coleta, serão avaliados através de médias, desvio-padrão, mediana, frequências absolutas (n) e relativas (%). A relação entre as atitudes consideradas corretas e idade e sexo serão avaliadas através de teste T de Student e Qui-quadrado. Os dados serão analisados segundo a razão de chances (OR) com intervalos a 95%. O nível de significância será de 5%. O Software utilizado para análise será o SAS versão 9.2. Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas. Os questionários incompletos ou inadequadamente preenchidos serão eliminados.

### 3. Resultados

Ainda não há resultados preliminares da pesquisa para que se possa prever conhecimento, atitude e prática dos acadêmicos de Medicina e médicos residentes da FCM/Unicamp devido ao atraso em se conseguir aprovação do CEP para aplicação do questionário aos alunos e médicos residentes. Espera-se, com os resultados, a possibilidade de se propor melhorias no método de ensino e aprendizagem sobre sífilis congênita, doença prevenível e evitável.

### 4. Referências bibliográficas

1. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *Campion EW*, editor. *New England Journal of Medicine*. 2020 Feb 27;382(9):845–54.
2. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Agosto de 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>>.
3. Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. Diagnosis and Treatment of Sexually Transmitted Infections: A Review. *JAMA [Internet]*. 2022 Jan 11;327(2):161–72. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2787903>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). 2022. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_atecao\\_integral\\_ist.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf)>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita*. Brasília, 2005.
6. GENÇ, M.; LEDGER, W.J. *Syphilis in pregnancy*. *Sexually Transmitted Infections*, 76(2);73-9, Apr 2000.
7. DE LORENZI, D.R.S; MADI, J.M. *Congenital Syphilis as a Prenatal Care Marker*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, 23(10): 647-652, 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis: Boletim Epidemiológico. Outubro de 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>>
9. Soares R, Domingues M, Saraceni V, Zulmira I, De M, Hartz A. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147–57. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n1/19.pdf>
10. PAZ, L.C.; PEREIRA, G.F.; et al. *New case definition of congenital syphilis for epidemiological surveillance purposes in Brazil, 2004*. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, 38(5):446-7, Set-Out 2005.
11. SARACENI, V.; et al. *Perinatal mortality due to congenital syphilis: a quality-of-care indicator for women's and children's healthcare*. *Cad. Saúde Pública*, 21(4):1244-50, 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico. *Assistência Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília, 2005.
13. RODRIGUES, C; GUIMARAES, M.; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SIFILIS CONGENITA. Syphilis positivity in puerperal women: still a challenge in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, 16(3):168-75, 2004.

14. BORNIA, R.B.G.; AS, R.M.A.; et al. *Syphilis and Pregnancy- Estimate of occurrence and risk factors in pregnant women under the care of Maternidade Escola- UFRJ*. DST- J Bras Doencas Sex Transm, 13(4):6-8, 2001.
15. LEAL, M.C.; SARACENI, V. *Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação de sífilis congênita do município do Rio de Janeiro*. Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.
16. WARNER, L.; ROCHAT, R.W.; FICHTNER, R.R.; et al. *Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an urban southeastern hospital*. Sexually Transmitted Diseases, 28(2):92-8, Feb 2001.
17. LENZ, M.L.M.; VARELLA, I.; et al. *Prevenção, Diagnóstico e Acompanhamento da Sífilis Congênita no Serviço de Saúde Comunitário e Hospital Conceição*. Mom. & Perspec. Saúde - Porto Alegre, 15(2):45-53, 2002.
18. Fonseca, J. S. & Martins, G. A. (1994), Curso de Estatística. São Paulo: Atlas, 5a ed, pp: 177-179.