

Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão

Prevalence of gestational and congenital syphilis in the municipality of Francisco Beltrão

Prevalencia de la sífilis gestacional y congenida en el municipio de Francisco Beltrão

Marcela Gonçalves Trevisan¹, Sheila Bechi², Géssica Tuani Teixeira³,
Aparecida Donizetti de Araújo Marchi⁴, Lediana Dalla Costa⁵

¹ Enfermeira, especialista em Saúde Pública com Ênfase na Atenção à Saúde da Mulher pela Universidade Paranaense, Brasil (2017). Responsável Técnica da Universidade Paranaense, Brasil.

² Enfermeira graduada pela Unipar - Universidade Paranaense, unidade de Francisco Beltrão, Brasil (2017).

³ Enfermeira, especialista em Saúde Pública com Ênfase na Atenção à Saúde da Mulher pela Universidade Paranaense, docente do curso de enfermagem da Unipar, unidade de Francisco Beltrão.

⁴ Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Beltrão - Paraná.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professora e Coordenadora do Departamento de Enfermagem da Universidade Paranaense. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de sífilis gestacional e congênita notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre os anos de 2011 e 2016, no município de Francisco Beltrão – Paraná. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, documental e retrospectivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de um roteiro estruturado e analisado estatisticamente. **Resultados:** Foram notificados 39 casos de sífilis gestacional e 8 casos de sífilis congênita. Dos casos de sífilis gestacional, prevaleceu a faixa etária entre os 20 e 29 anos (51,3%). O 3º trimestre gestacional apresentou o maior número de notificações 29 (74,3%). Quanto à classificação clínica, prevaleceu a forma primária com 15 casos (38,5%). **Conclusão:** Conclui-se que o município necessita de maior comprometimento dos profissionais de saúde para garantir a qualidade das notificações e assegurar as estratégias de educação, prevenção, detecção e tratamento precoce para os casos de sífilis gestacional e congênita.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis congênita. Cuidado pré-natal.

Autor de Correspondência:

*Lediana Dalla Costa. E-mail: lediana@prof.unipar.br

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of gestational and congenital syphilis reported in the System of Information of Notifiable Diseases between the years 2011 to 2016, in the municipality of Francisco Beltrão – state of Paraná. **Method:** This is an epidemiological, documentary and retrospective study with a quantitative approach. Data were collected through a structured script, and statistically analyzed. **Results:** Thirty nine cases of gestational syphilis, and 8 cases of congenital syphilis were reported. Of the cases of gestational syphilis, the age range between 20 and 29 years prevailed (51.3%). The third trimester of gestation presented the highest number of notifications (29, 74.3%). Regarding clinical classification, the primary form prevailed with 15 cases (38.5%). **Conclusion:** It is concluded that the municipality requires a greater commitment of the health professionals to guarantee the quality of the notifications, and to ensure strategies of education, prevention, detection and early treatment for cases of gestational and congenital syphilis.

Keywords: Syphilis. Congenital syphilis. Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: To identify the prevalence of gestational and congenital syphilis reported in the System of Information of Notifiable Diseases between the years 2011 to 2016, in the municipality of Francisco Beltrão - Paraná. **Method:** This is an epidemiological, documentary and retrospective study with a quantitative approach. The data were collected through a structured script and analyzed statistically. **Results:** 39 cases of gestational syphilis and 8 cases of congenital syphilis were reported. Of the cases of gestational syphilis, the age range between 20 and 29 years prevailed (51.3%). The third trimester presented the highest number of notifications 29 (74.3%). Regarding clinical classification, the primary form prevailed with 15 cases (38.5%). **Conclusion:** It is concluded that the municipality requires a greater commitment of the health professionals to guarantee the quality of the notifications and to assure the strategies of education, prevention

Palabras clave: Sífilis. Sífilis congénita. Atención prenatal.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma patologia infectocontagiosa, curável, exclusiva do ser humano, e que vem sendo negligenciada na atenção à saúde. É causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, uma bactéria transmitida por meio do contato direto via relação sexual, contato com sangue infectado ou por transmissão vertical, através da via placentária, nomeada sífilis congênita (SC). Quando a infecção

ocorre durante a gestação, denomina-se sífilis gestacional (SG)¹.

É classificada de acordo com o tempo de infecção (recente ou tardia) ou por meio de suas manifestações clínicas (primária, secundária, latente e terciária). A sífilis primária é caracterizada como cancro duro, lesão ulcerada, indolor de fundo limpo. A secundária é marcada pelo aparecimento de erupções cutâneas

que surgem entre seis semanas e seis meses após a infecção. Na fase latente não se observam sinais e sintomas clínicos, divide-se em latente recente (com menos de um ano de infecção) e latente tardia (com mais de um ano de infecção) e, terciária, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual².

A apresentação congênita pode ser dividida em precoce e tardia. A precoce estende-se até o segundo ano de vida e 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento. Nesta fase, o surgimento dos sintomas geralmente ocorre nos primeiros três meses, sendo eles a prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões de pele, sofrimento respiratório, icterícia, anemia, dentre outros. Na fase tardia, as manifestações clínicas são raras³.

Em 40% dos casos a SC pode evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal⁴. O diagnóstico para as duas formas é estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais⁵.

Julga-se que a prevalência da sífilis em gestantes esteja em torno de 1,4% a 2,8%, podendo comprometer o feto em 25,0% destas gestações. Entretanto, estima-se que possa haver uma subnotificação de até 67%. A sífilis é 4 vezes mais prevalente do que o HIV⁶.

Dados do Boletim Epidemiológico de 2016 revelam que, em 2015 foram notificados 19.228 casos de SC no Brasil, uma taxa de incidência de 6,5 por 1.000 nascidos vivos. O maior número de casos está na região Sudeste (56%), a mais desenvolvida do país⁷.

É válido salientar que os casos de SG e SC podem ser estabilizados e/ou evitados por meio de ações e medidas eficazes realizadas na atenção pré-natal, como a realização dos testes sorológicos no primeiro e terceiro trimestre e o tratamento correto da gestante e do parceiro por meio da administração de penicilina G benzatina como medicação de primeira escolha⁵.

Nesse contexto, em 2011 o governo brasileiro lançou a Rede Cegonha, provocando um aumento expressivo da capacidade de triagem para sífilis mediante a incorporação de testes sorológicos de execução ágil na atenção básica durante o acompanhamento pré-natal⁸. Para a implantação dessas ações, foi instituída a Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica, para detecção de HIV e sífilis⁹.

Frente ao cenário epidemiológico da sífilis gestacional e congênita, as subnotificações, a falta de adesão ao tratamento, ou tratamento inadequado com graves implicações relativas à morbimortalidade por esse agravo, justifica-se a relevância em descrever a prevalência dos casos de SG e SC com intuito de cooperar no desfecho favorável de uma assistência pré-natal de qualidade e adesão de ações e estratégias efetivas no controle e erradicação dessa condição patológica evitável e tratável.

Logo, este estudo teve como questões de pesquisa: Qual foi o número de casos notificados de sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão entre 2011 e 2016? Qual logo este estudo teve como questões de pesquisa? Qual foi o número de casos notificados de sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão entre 2011 e 2016? E, qual o impacto destes indicadores na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde às gestantes e recém-nascidos?

Portanto, tem-se como objetivo, identificar a prevalência de sífilis gestacional e congênita notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2011 e 2016, no município de Francisco Beltrão, Paraná, ao considerar que trata-se de infecções tratáveis e preveníveis por meio de ações e medidas eficazes realizadas na atenção pré-natal, como a realização dos testes sorológicos e o tratamento correto da gestante e do parceiro.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, documental, retrospectiva, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no município de Francisco Beltrão, localizado na Região Sudoeste do estado do Paraná, Brasil. O município possui área territorial de 731.731 km² e população estimada de 88.465 habitantes. No ano de 2016 não foram registrados óbitos maternos e a taxa de mortalidade infantil permaneceu em 12,45 para cada mil nascidos vivos¹⁰.

A coleta dos dados equivaleu aos casos de SG e SC em gestantes e recém-nascidos de mães que realizaram o pré-natal no local do estudo, notificados no Sistema de Informações e Agravos de Notificações (SINAN), no período de 2011 a 2016, sendo estes disponibilizados pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município, em junho de 2017.

Para o cálculo da estimativa da prevalência utilizou-se a fórmula a seguir:

$$\text{Taxa de prevalência} = \frac{\text{nº de casos existentes}}{\text{nº de pessoas expostas}} \times 1000$$

O levantamento dos dados deu-se por meio das variáveis socioculturais e clínicas das gestantes: idade, raça/cor, escolaridade, ocupação, trimestre de notificação, classificação clínica, teste não treponêmico, teste treponêmico, esquema de tratamento, unidade de saúde notificadora. Do(s) parceiro(s), as variáveis: tratamento realizado ou não, esquema de tratamento e o motivo para o não tratamento.

Dos recém-nascidos as variáveis: sexo, raça/cor, teste não treponêmico – sangue periférico, teste não treponêmico – líquido, radiografia de ossos longos, esquema de tratamento. Foram excluídas as notificações realizadas antes do ano de 2011 e as fichas preenchidas no decorrer de 2017.

Para o tratamento dos dados empregou-se estatística

descritiva com análise de frequência para dados categorizados, a fim de verificar a prevalência de casos. As análises foram desenvolvidas com a utilização do software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPEH) da Universidade Paranaense – UNIPAR e preservou todos os aspectos éticos e legais, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS

Em Francisco Beltrão, foram notificados 39 casos entre os anos de 2011 e 2016 de SG em pacientes que realizaram o pré-natal no município. Observa-se que durante o período estudado houve um comportamento crescente até 2015 nos números de casos por ano, sendo que somando 2011 e 2012 houve apenas 2 casos de notificação (2,6%), em 2013 ocorreram 3 casos (7,7%), em 2014 elevou-se para 5 (12,8%), em 2015 foram 16 (41%) e, por fim, em 2016 foram 13 notificações (33,3%). Em relação à SC, constatou-se um total de 8 casos. Não houve notificações nos anos de 2011 a 2012, mas ocorreram 1 (12,5%) em 2013, 4 (50%) em 2015 e, decrescendo para 3 (37,5%), em 2016.

Em relação à idade das mães desta pesquisa, prevaleceu a faixa etária dos 20 aos 29 anos (51,3%). Quanto à raça/cor da pele, 22 (56,4%) se autodeclararam brancas. No item escolaridade, predominaram 24 gestantes (61,5%) que haviam estudado até o ensino fundamental. Na variável ocupação observa-se que 13 (33,3%) intitularam-se do lar.

Dentre os 39 casos de SG notificados, o maior grupo de gestantes, 17 (43,6%) estavam no 3º trimestre. No que se refere à classificação clínica, prevaleceu a forma primária, com 15 casos (38,5%).

Na Tabela 1, é possível notar as características sociais maternas dos casos notificados de SG.

Tabela 1 – Distribuição das características maternas dos casos notificados de sífilis na gestação entre 2011 e 2016. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil, 2017.

Características	N	%
Idade (em anos)		
10 – 14 anos	2	5,10
15 – 19 anos	9	23,1
20 – 29 anos	20	51,3
30 ou mais	8	20,5
Raça/Cor		
Branca	22	56,4
Preta	2	5,10
Amarela	1	2,60
Parda	14	35,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	24	61,5
Ensino Médio	8	20,5
Superior	1	2,60
Ignorado	6	15,4
Ocupação		
Do Lar	13	33,3
Estudante	6	15,4
Autônoma	4	10,3
Assalariadas	8	20,5
Ignorado	8	20,5
Trimestre de Notificação		
1º Trimestre	6	15,4
2º Trimestre	4	10,3
3º Trimestre	29	74,3
Classificação Clínica		
Primária	15	38,5
Secundária	5	12,8
Latente	6	15,4
Ignorado	13	33,3

Fonte: SINAN, 2017.

No que diz respeito aos testes não-treponêmicos em sangue periférico, apresentaram-se reagentes em 36 casos, (92,3%) dos quais os testes treponêmicos foram reativos em 26 (66,7%). O esquema de tratamento mais utilizado foi Penicilina G benzatina 2.400.000 UI em 20 mulheres (51,3%), seguido de Penicilina G benzatina 7.200.000 UI em 10 (25,6%).

Em relação à Unidade de saúde notificadora observou-se que a atenção básica teve maior número de notificações: 20 (51,4%). No entanto, a atenção terciária também apresentou número significativo

de notificações: 19 (48,7%).

A Tabela 3 mostra que 19 (48,7%) dos parceiros foram tratados. O esquema de tratamento disposto na presente pesquisa revela que 15 parceiros (38,5%) foram tratados com a Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, e que em 15 parceiros (38,5%) o tratamento não foi realizado. Quanto ao motivo do não tratamento, houve predomínio de 4 casos (26,7%) por não tratar-se de parceria fixa ou, devido a não participação do companheiro nas consultas de pré-natal em consonância, a ausência de busca ativa.

Tabela 2 – Distribuição das características assistenciais, diagnósticos e notificações de sífilis gestacional entre 2011 e 2016. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil, 2017.

Variável	N	%
Teste não-treponêmico gestante		
Reativo	36	92,2
Não Reativo	1	2,60
Não Realizado	1	2,60
Ignorado	1	2,60
Teste treponêmico gestante		
Reativo	26	66,7
Não Reativo	2	5,10
Não Realizado	8	20,5
Ignorado	3	7,70
Esquema de tratamento gestante		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	20	51,3
Penicilina G benzatina 4.800.00 UI	5	12,8
Penicilina G benzatina 7.200.000	10	25,6
Não Realizado	4	10,3
Unidade de Saúde Notificadora		
Atenção Básica	20	51,4
Atenção Terciária	19	48,6

Fonte: SINAN, 2017.

Tabela 3 – Distribuição das características de acompanhamento e tratamento dos parceiros das gestantes, entre 2011 e 2016. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil, 2017.

Variável	N	%
Tratamento do (s) parceiro (s) das gestantes		
Sim	19	48,7
Não	15	38,5
Ignorado	5	12,8
Esquema de Tratamento para o parceiro		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	15	38,5
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	1	2,56
Penicilina G benzatina 7.200.000	3	7,69
Não Realizado	15	38,5
Ignorado	5	12,8
Motivo para o não tratamento		
Não teve mais contato com o parceiro	4	26,7
Parceiro não orientado para o tratamento	2	13,3
Parceiro não compareceu para o tratamento	2	13,3
Parceiro com sorologia reagente	3	20,0
Outros motivos	4	26,7

Fonte: SINAN, 2017.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das características sociais, assistenciais e diagnósticas relativas aos casos de recém-nascidos, apresentando 4 casos de SC nos recém-nascidos do sexo feminino (50%) seguido por 3 (37,5%) do sexo masculino. Para raça/cor da pele 6 crianças (75%) eram brancas.

Quanto aos exames laboratoriais e imagem, o teste

treponêmico em sangue periférico foi reagente em 6 (75%) dos casos. Não foi realizado o teste treponêmico em líquido em 4 (50%) dos casos. A radiografia de ossos longos foi feita em 5 crianças (62,5%).

No quesito esquema de tratamento houve predomínio de outros esquemas diferentes do estipulado pela ficha de notificação em 4 (50%) dos casos.

Tabela 4 – Distribuição das características sociais, assistenciais e diagnósticas relativas aos casos de recém-nascidos notificados entre 2011 e 2016. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil, 2017.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	3	37,5
Feminino	4	50,0
Ignorado	1	12,5
Raça/Cor		
Branca	6	75,0
Preta	1	12,5
Ignorado	1	12,5
Teste Não-treponêmico – Sangue periférico		
Reagente	6	75,0
Não Reagente	2	25,0
Teste Não-treponêmico – Líquor		
Não Reagente	2	25,0
Não Realizado	4	50,0
Ignorado	2	25,0
Radiografia de ossos longos		
Sim	5	62,5
Não	1	12,5
Ignorado	2	25,0
Esquema de tratamento – RN		
Penicilina G cristal 100.000 a 150.000 UI Kg/dia/10dd	1	12,5
Penicilina G procaína 50.000 UI Kg/dia/10dd	4	50,0
Outro esquema	2	25,0
Tratamento não realizado	1	12,5

Fonte: SINAN, 2017.

DISCUSSÃO

A prevalência de SG no município em questão portou-se de maneira crescente entre os anos de 2011 e 2015, havendo um leve declínio no ano de 2016. Pode-se relacionar no aumento da detecção dos casos a

incorporação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tais quais as Estratégias Saúde da Família (ESF), avanço nas notificações e apuração dos casos, como também as melhorias no acompanhamento

dos pré-natais realizados na atenção básica, e um salutar aumento da sensibilidade do sistema e ações de vigilância.

Nota-se que o aumento da prevalência de SG se dá de modo semelhante em outros estados do país, como no município de Palmas – TO, em pesquisas similares feitas entre os anos de 2007 e 2014. O ano de 2014 apresentou o maior número de casos notificados de sífilis gestacional, com coeficiente de prevalência de 7,5/1.000 nascidos vivos, significando um aumento de 38,8% em relação ao ano anterior e de 78,5% em relação à média dos anos anteriores (4,2/1.000 nascidos vivos)¹¹.

Dentre as medidas preconizadas pelos órgãos e autoridades de saúde para diminuir a prevalência, podemos citar a necessidade de estratégias de saúde direcionadas à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a gravidez na adolescência¹².

Embora a prevalência tenha diminuído sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 40, na década de 80 observou-se uma propensão mundial no recrudescimento da sífilis entre a população em geral e, de forma peculiar, dos casos de SC, conduzindo-a como um dos mais laboriosos problemas de saúde pública¹³. Do ponto de vista da saúde pública, a sífilis é uma doença que une estigma social, desinformação, desigualdade de gênero e baixos investimentos na área da saúde pública¹⁴.

Em pesquisa realizada em Rondonópolis – MT (2017) a faixa etária entre 18 e 25 anos predominou com 56,74% das mulheres que apresentavam SG. Os autores relatam que mulheres nessa fase encontram-se com a vida social e sexual ativa e estão no melhor período biológico para a concepção¹⁵.

Quanto ao padrão raça/cor da pele, este estudo vai de encontro aos citados na amostra de pesquisa na capital do Paraná, Curitiba, entre os anos de 2007 e 2011, cuja maior predominância foi entre mães autodeclaradas brancas, 72,3%¹⁶.

Dados estes que confirmam o último censo do IBGE 2010, que revela que a raça branca constitui 53,7%

da população, o que pode ser justificado devido ao fato de no Sul e Sudeste existirem maior percentual de grupos de origem alemã, polonesa, ucraniana, italiana, japonesa e portuguesa¹⁷.

Em contrapartida, em amostra de pesquisa com parturientes em regiões do Brasil, sobressaiu a raça parda com 50,3% da amostra, e em relação a isso o próprio autor relata que no Brasil as pessoas que declaram sua raça ou cor como preta ou parda tendem a possuir uma renda inferior e menor escolaridade. Uma hipótese para tal fato são as desigualdades sociais¹⁸.

A SG tem sido fortemente ligada às classes menos favorecidas da população, com baixo nível socioeconômico e escolaridade. Apesar de não ser um agravamento exclusivamente restrito a essa classe, pode servir como marcador favorável ao difícil acesso aos serviços de saúde¹⁹.

Dados redigidos em pesquisa realizada na cidade de Tangará da Serra, em estudo sobre perfil epidemiológico de sífilis nas gestantes e crianças de 2007 a 2014, afirmaram essa preposição com dominância de 64,2% de gestantes sífilíticas com ensino fundamental²⁰. Considerando a ocupação, o trabalho realizado em Santa Maria – RS verificou maior número de mulheres (56,8%) donas de casa, número este que equivale a este trabalho²¹.

Fica evidente perante todos os estudos analisados que fatores de risco individuais como gestantes adolescentes, múltiplos parceiros e baixa renda podem ter estreita relação com a disseminação da patologia nas classes com maior risco de vulnerabilidade, contribuindo com a evasão escolar e a redução de oportunidades empregatícias que essas pessoas terão ao longo da vida, sugerindo como justificativa a prevalência de mulheres donas de casa²².

A falta de conhecimento e informação sobre os riscos da doença, formas de prevenção e contágio vem colaborando para a reinfecção. Nas gestantes torna-se ainda mais complicada a infecção ou reinfecção

da sífilis pelo efeito do contágio, já que esta bactéria transpõe a barreira transplacentária²³.

Toda população deve ser substancialmente informada, orientada, questionada sobre os riscos de uma vida social e sexual sem segurança advinda da falta de métodos preventivos e suas consequências.

No que concerne ao trimestre de notificação da SG, em consonância ao estudo realizado em Cachoeira do Sul – RS (2017), 65% do total de notificações ocorreram no terceiro trimestre gestacional²⁴. Ressalta-se aqui a necessidade da ampliação de disponibilização dos diagnósticos para gestantes e parceiros, com maior efetividade do acolhimento e atendimento humanizado nas redes de atenção primária, e a realização da busca ativa perseverante destes casos.

Na variável classificação clínica, a maior parte das portadoras deste estudo encontrava-se na fase primária da doença, resultado este que corrobora estudo realizado em Palmas – TO (2007 a 2014), com 36,8% da amostra¹¹.

Em conformidade com o MS, a maioria dos portadores de sífilis tende a ter desconhecimento da infecção, elevando as chances de transmiti-la aos seus contatos sexuais. Realidade que ocorre devido à ausência ou escassez de sintomatologia, conforme o estágio da infecção. Se não tratada, a sífilis é capaz de evoluir para formas mais severas, habitualmente comprometendo o sistema nervoso e cardiovascular²⁵.

No tocante aos dados de detecção laboratorial, nota-se na dissertação de pesquisa semelhante, no município de Natal – RN, a realização do teste não-treponêmico reagente em 89,1% da pesquisa, coincidindo com a referida pesquisa. Pode-se relacionar a questão ao aumento da capacitação de profissionais na realização dos testes, tal como melhores investimentos e distribuição dos mesmos nas UBSs que acompanham o pré-natal²⁶. No documento desempenhado na cidade de Pelotas - RS constatou-se que, com a amplificação do diagnóstico através dos testes rápidos, houve progressão na

taxa de detecção de SG e SC em nível de Brasil, subsequente à melhoria do diagnóstico e da vigilância epidemiológica²⁷.

Na variável teste treponêmico da gestante, no estudo realizado no Rio de Janeiro, na maior parte (46,6%) o resultado encontrado foi reagente⁶, corroborando este estudo. Toda gestante deverá ser testada para a sífilis no primeiro momento que faz a visita ao serviço de saúde com o diagnóstico de gravidez, como também no segundo e terceiro trimestre, e na admissão para o parto ou curetagem²⁸.

No que compete ao esquema de tratamento da gestante, nosso estudo é equivalente ao realizado em Belo Horizonte – MG (2010 – 2013)²², pois o tratamento predominante foi com penicilina G benzatina de 2.400.000 UI. Segundo informes do Guia Prático Estadual para Multiplicadores, as parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI)²⁸.

Pode-se justificar o esquema não realizado nas parcerias sexuais com a discrepância de conhecimento dos profissionais sobre os esquemas de tratamento para cada situação, lembrando também que a falta de capacitações e educação permanente por parte desses profissionais e instituições contribuem para possíveis erros.

Enfatizam-se como determinantes a documentação e o registro na caderneta da gestante dos resultados de sorologia, bem como a notificação dos casos. Essas anotações clínicas permitem o acompanhamento sistemático da gestante e subsidiam a atuação dos diversos profissionais de saúde envolvidos no atendimento²⁹.

No contexto da notificação da sífilis, o registro correto das informações referentes à assistência prestada à gestante e ao recém-nascido configura um excelente meio para garantir acesso dos profissionais às descrições, o que facilita os meios de intervenção e a avaliação sobre o controle do agravo. De modo

geral, como se observa com outras doenças, a sífilis é descrita como um agravo que sofre um número considerável de subnotificações em várias localidades²⁶.

No tangente à unidade de saúde notificadora, observamos que a atenção básica teve o maior número de notificações, totalizando 51,4% da variável. Entende-se que é atribuição das categorias profissionais médicos e enfermeiros que compõem as equipes da atenção primária, a responsabilidade pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com o de exame de VDRL²⁶.

Relacionados aos parceiros, 48,7% foram tratados, resultando, na maioria, dados que corroboram o estudo realizado em Chapadão do Sul – MS, no qual 50% realizaram tratamento concomitantemente com as gestantes³⁰, e não se assemelham ao estudo no município de Porto Velho (2017) revelando que 60,1% dos parceiros não o realizam³¹.

Estudo realizado em Tangará da Serra (2007 a 2014) assegura o papel do enfermeiro como primordial nas ações de prevenção e tratamento da sífilis, atuando desde a notificação oportuna até constituir-se como instrumento de controle social, incentivando o uso de preservativos, tratamento dos parceiros e educação em saúde em relação às ISTs. Portanto, ressalta-se que o profissional deve ser capacitado a realizar aconselhamento pré e pós-teste, para identificação dos exames sorológicos²⁰.

A maioria dos parceiros não se sujeita a exames para diagnóstico, nem ao menos conclui o tratamento conforme preconizado para as gestantes, o que ocasiona a elas, a reinfecção e o aumento na transmissão vertical. Recomenda-se, então, que seja feita a abordagem interdisciplinar das famílias, com o objetivo de garantir o desfecho dos casos de sífilis e adesão completa ao tratamento³².

Todos os contatos sexuais da gestante com teste rápido treponêmico reagente, deverão ser testados com teste rápido treponêmico e, caso reagente, deverão ser encaminhados para realizar coleta

venosa para pesquisa laboratorial de sífilis, conforme Portaria GM/MS nº 3.242 de 30/12/2011³³.

Para justificar o não tratamento do parceiro, em similaridade ao presente estudo, encontra-se um estudo em cidade do Rio Grande do Sul, referindo que a gestante não teve mais contato com o parceiro ou está sem informação/outros motivos como prevalentes³⁴.

Em investigações realizadas sobre o tema no Brasil, verifica-se que é baixo o número de parceiros que comparece aos serviços de saúde para efetivar o tratamento, isto acontece devido ao fato da grande parte da sociedade ser preconceituosa e ter uma visão machista de que a gravidez e a criação dos filhos são de responsabilidade exclusivamente feminina, e também pelos parceiros não terem estabilidade no relacionamento com as gestantes, não se sentindo responsáveis pela relação³⁵.

Recentemente, gestores de saúde vêm buscando alternativas para introduzir o parceiro da gestante desde o início, no pré-natal, trazendo-o à responsabilidade quanto à sua saúde, à da parceira e dos filhos, atuando de forma a criar vínculo com esses homens e as unidades de saúde para que se estabeleça um elo e cuidado entre os envolvidos.

Considera-se a SC um evento sentinela da qualidade da assistência no pré-natal. A sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde. Acreditamos que a melhoria da vigilância epidemiológica, avanço no diagnóstico, tratamento correto e capacitação da equipe da atenção primária são medidas essenciais e insubstituíveis para a eliminação da mesma³⁶.

O MS, através de seus programas, estabelece que para o controle da transmissão vertical da sífilis, são necessárias estratégias que incentivem financeiramente os órgãos de saúde pública responsáveis pela assistência pré-natal. Espera-se nesse sentido o declínio dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, com melhoria no acolhimento, qualidade e acesso no acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério²⁹.

Em pesquisa efetuada em Canoas – RS, de 2013 a 2014, 58% dos recém-nascidos (RN) eram do sexo feminino³⁶. Segundo pesquisa realizada em Porto Velho – RO, a raça/cor parda predominou entre os RNs com 63,6% da amostra, dados opostos ao desse estudo³².

Referindo-se ao teste não-treponêmico – líquor, nossos resultados são similares à pesquisa executada nas nove macrorregiões do estado de Santa Catarina, onde 50,9% dos RNs não o realizaram³⁷. Para as variáveis teste não-treponêmico – sangue periférico e realização de exame radiológico de ossos longos nos RNs, nossos dados corroboram o estudo realizado em Cascavel – PR, com resultados reagentes em 95,5%, realizados em 54,5% da amostra, respectivamente³⁸.

Em relação ao tratamento do RN, em artigo pesquisado sobre dados de seis unidades federativas no Brasil, revelou que houve prevalência da penicilina cristalina em todas, sendo Amazonas (73,0%), Ceará (77,9%), Distrito Federal (60,2%), Espírito Santo (69,0%), Rio de Janeiro (64,4%) e Rio Grande do Sul (59,1%)³⁹, resultados que se diferem do artigo em questão, onde prevaleceu a opção outro esquema.

A penicilina cristalina e procaína têm sido as drogas de escolha para o tratamento da SC. A penicilina benzatina tem pouca penetração líquórica, podendo não atingir ou manter níveis treponemicidas em sistema nervoso central. Além disso, relatos de falha terapêutica com o uso de penicilina benzatina na sífilis congênita são constatados frequentemente⁴⁰.

A remissão espontânea da infecção no RN é improvável e o tratamento apropriado viabiliza em poucos dias a remissão dos sintomas. Porém, a evolução da doença não tratada causa lesões deformantes, com destruição de tecido cutaneomucoso e ósseo, além das graves sequelas neurológicas²⁹.

CONCLUSÕES

Conclui-se que, nos últimos anos vem ocorrendo um sensível, porém significativo aumento de

notificações por parte da atenção primária e terciária de saúde. Com o fato atual de classificar a sífilis como epidemia nacional, espera-se que as metas e ações preconizadas pela gestão em saúde em exercício, bem como as subsequentes, apresentem-se com maior resolutividade, reduzindo os índices de morbimortalidade por esse agravo.

A sífilis, tanto gestacional quanto a congênita, é evitável e pode ter seu quadro estabilizado por meio do tratamento, que por sua vez é simples e gratuito. Além disso, a adequada atenção da equipe, a adesão efetiva da gestante ao pré-natal e a participação ativa do companheiro são fatores que contribuem para o diagnóstico precoce a tratamento correto, prevenindo recidivas e agravos de saúde.

Destaca-se como limitação do estudo, o preenchimento por vezes inconsistente das notificações pelos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [cited oct 20]. 120 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis: Relatório de Recomendação. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [cited oct 10]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf
3. Barbosa RJ, Santos MHS, Vianna PVC. Sífilis congênita: mães de uma cidade paulista de grande porte relatam suas vivências e relação com a rede de saúde. XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência. São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba; 2016 [cited 2017 Sep 20] 6 p. Available from: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2016/anais/arquivos/0670_0443_01.pdf
4. Silveira L. Sífilis congênita. Rev Uniplac [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 05];5(1). Available from: <http://revista.uniplac.net/ojs/index.php/uniplac/article/view/2606>
5. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares

- MSC. Epidemiological profile of cases of congenital syphilis in a mid-sized municipality of Brazilian northeast. *J. Health Biol Sci* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 04];5(1):56-61. Available from: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1012/406>
6. Calás JES. Sífilis gestacional em municípios selecionados da região metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2011 a 2013. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015 [cited 2017 Sep 29]. 77 p. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13477/1/90.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2016. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2017 Oct 05];47(35):32 p. Available from: file:///D:/Downloads/2016_030_sifilis_publicao2_pdf_51905.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 24 jun. 2011. [cited 2017 Sep 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário Oficial da União, Brasília, 12 jan. 2012. Seção 1, p. 1-92.
10. Paraná. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico: Município de Francisco Beltrão. [cited 2018 Jan 12]. Available from: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85600>
11. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiologia Serv Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 27];26(2):255-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00255.pdf>
12. Araújo TME de, Araújo Filho ACA de, Feitosa KVA. Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital Nordeste. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 06];17(4):1-11. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a13.pdf>
13. Furtado TRP. Sífilis congênita: um desafio à saúde pública. [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014 [cited 2016 Sep 24]. 25 p. Available from: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/173228/T%C3%82NIA%20ROBERTA%20PEREIRA%20FURTADO_MATERNO_TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Alves WA, Cavalcanti GR, Nunes FA, Teodoro WR, Carvalho LM de, Domingos RS. Sífilis congênita: epidemiologia dos casos notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. *Revist Port Saúde e Sociedade* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 01];1(1):27-41. Available from: [file:///D:/Downloads/2375-10576-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/2375-10576-1-PB%20(1).pdf)
15. Siqueira MLB, Aquino LMM, Silva RA, Mendes SO, Alves SM, Medeiros MO. Prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* em gestantes atendidas pela unidade municipal de saúde de Rondonópolis – MT. *Biodiversidade* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 07];16(1):210-17. Available from: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/article/view/4985/3363>
16. Tabisz L, Bobato CT, Carvalho MFU, Takimura M, Reda S, Pundek MRZ. Sífilis, uma doença reemergente. *Rev Méd Resid* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 22];14(3):1-7. Available from: <file:///D:/Downloads/263-1015-1-PB.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Diagnóstico da Sífilis. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Oct 11] 13 p. Available from: http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22192/mod_resource/content/2/S%C3%ADfilis%20-%20Manual%20Aula%201_SEM.pdf
18. Cunha ARC, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited Oct 02];38(6):479-86. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18563/v38n6a7_479-486.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Domingues RMS, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 12];32(6):1-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>
20. Rocha RPS, Terças ACP, Nascimento VF do, Silva JH da, Gleriano JS. Análise do perfil epidemiológico de sífilis nas gestantes e crianças, em Tangará da Serra, de 2007 a 2014. *Rev Nort Min Enf* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 23];5(2):03-21. Available from: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/147/163>
21. Santos TD dos, Lock NC, Lnza SS, Santos AB dos, Beck ST, Anversa ETR, et al. Perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Santa Maria – RS: vivências multidisciplinares para troca de saberes. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 11];42(2):215-24. Available from: <file:///D:/Downloads/20691-119085-1-PB.pdf>
22. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte – MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 24];24(4):681-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00681.pdf>
23. Mascarenhas LEF, Araújo MSS, Gramacho RCCV. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. *Bahiana: Escola de Medicina e Saúde Pública*; 2017 [cited 2017 Oct 02] 11 p. Available from: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/735/1/DESAFIOS%20NO%20TRATAMENTO%20DA%20S%C3%8DFILIS%20GESTACIONAL.pdf>
24. Bordignon RP, Cardoso K, Barreto CN. Sífilis na gestação e sífilis congênita: os desafios para a saúde pública. *Revistas dos*

Tccs e Semanas Acadêmicas da ULBRA [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 11];1(1). Available from: <http://www.ulbracds.com.br/index.php/rtccsa/article/view/1029>

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 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; 2016 [cited 2017 Oct 02]. Available from: <file:///D:/Downloads/protocolo%20IST.pdf>

26. Oliveira, SIM. Notificações de sífilis gestacional e congênita: uma análise epidemiológica. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016 [cited 2017 Oct 05] 78 p. Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/22613/1/SamaraIsabelaMaiaDeOliveira_DISSERT.pdf

27. Muller VS, Silveira DS, Lutz BH, Fonseca JRW. Ações do programa DST/HIV/AIDS em Pelotas: Parceria com a liga acadêmica de medicina da comunidade e epidemiologia. Expressa Extensão [Internet] 2016 [cited 2017 Sep 23];21(1):133-146. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/7866/6972>

28. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária em Saúde. Guia Prático Estadual para Multiplicadores: Prevenção, controle e redução da sífilis. Curitiba: Secretaria de Estado Saúde; 2017 [cited 2017 Oct 06] 76 p. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaterialSfilis_MaraChico.pdf

29. Martins CAM. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal de gestantes com sífilis. [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2014 [cited 2017 Sep 25]. 97 p. Available from: https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disserracoes/2014_UVA_Keila%20Maria%20Carvalho%20Martins.pdf

<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/265/152>

30. Teixeira SRS, Queiroz AP. Prevalência de sífilis em gestantes no município de Chapadão do Sul - MS. Visão Universitária [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 26];2:13-26. Available from: <http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/53/34>

31. Moreira KFA, Oliveira DM de, Alencar LN de, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. Cogitare Enf [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 11];22(2). Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949/pdf>

32. Souza AP. Coinfecção HIV e sífilis: prevalência e fatores de risco. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015 [cited 2017 Oct 10]. 92 p. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/>

[iah/online/?IsisScript=iah/iah. xis&src=google&base=LI-LACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=782549&index-Search=ID](http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/265/152)

33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.242, 30 de dezembro de 2011 que determina o fluxo laboratorial da sífilis e utilização de testes rápidos em situações especiais. Diário Oficial da União, Brasília, 30 dez. 2011. [cited 2017 Sep 30]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html

34. Bagatini CLT, Ceccin RB, Machado RZ, Bavaresco CS. Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. Saúde em Redes [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 02];2(1):81-95. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148371/001001412.pdf?sequence=1>

35. Vasconcelos MIO, Oliveira KMC, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares MSC, Queiroz MVO, et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros na atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. Rev Bras Promoc Saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 24];29:85-92. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409/5216>

36. Chinazzo LK, Leon CA de. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. Boletim Científico de Pediatria [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 14];4(3): 65-69. Available from: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234110bcped_v4_n3_a4.pdf

37. Silva HCG, Souza TO de, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012. Arq Catarin Med [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 12];16(2):15-25. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/265/152>

38. Cardoso A, Griep R. Epidemiological profile of congenital syphilis in the municipality of cascavel/pr in the year 2015. Rev Thêma et Scientia [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 03]; 7(1):143-155. Available from: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/501/520>

39. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF da, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 10];41:1-7. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44/pt>

40. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Programa Estadual DST/Aids de São Paulo. [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016 [cited 2017 Oct 05] 112 p. Available from: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf

DATA DE SUBMISSÃO: 17/08/2018 | DATA DE ACEITE: 23/11/2018