



## NOTA TÉCNICA

### ANÁLISE DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE CARUARU: UM PANORAMA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E DA OCORRÊNCIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Lucicleide Odília do Nascimento Nunes

Paulo Guilherme Moreira de Melo Filho

#### 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. De acordo com as manifestações clínicas possui estágio primário, secundário e terciário e caracteriza-se principalmente por presença de úlceras na região genital que desaparecem sem deixar cicatrizes. A doença pode passar anos de forma assintomática dificultando, assim, o conhecimento e conseqüentemente a busca por tratamento (ANDRADE *et. al.* apud BRASIL, 2014).

Merece destaque a ocorrência dessa doença no grupo de gestantes, caracterizando a sífilis gestacional (SG), devido a possibilidade de ocorrência da sífilis congênita (SC). Esta é caracterizada pela infecção do feto, por via placentária e hematogênica da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada (LIMA *et. al.*, 2013). O quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento da sífilis congênita não divergem do período não gestacional, sendo considerada a patologia de maior transmissibilidade durante a gestação, podendo ocorrer em qualquer fase e ser responsável por ocorrências como morbidade perinatal, abortamento espontâneo, natimorto ou morte perinatal (LIMA *et.al.*, 2013 e TEIXEIRA *et. al.*, 2018).

A ocorrência da infecção no grupo de recém-nascidos pode ser considerada como um evento grave e de alerta, demonstrando uma falha na assistência pré-natal, uma vez que a



doença pode ser detectada e tratada durante atenção à gestante (SCHETINI *et. al.*, 2005). O agravamento nesses dois grupos, gestantes e recém-nascido, se caracteriza como doença de notificação compulsória, sendo a sífilis congênita notificada desde 1986 e a em gestante, desde 2005 (COSTA *et. al.*, 2017).

O tratamento desta infecção foi definido desde 1943 através do advento da Penicilina onde houve redução da incidência da mesma, chegando ao ponto de se prevê ainda na década de 60 que haveria erradicação. No entanto, apesar de todos os métodos diagnósticos e de tratamento estarem disponíveis na rede pública, esta infecção é atual e pode ser considerada reemergente (TOLDO; MENEGAZZO E SOUTO, 2018).

Devido essas características, a sífilis é considerada um grave problema de saúde, mesmo que na maioria dos casos o tratamento seja satisfatório (SCHETINI *et. al.*, 2005). A testagem da gestante no pré-natal é uma medida obrigatória e eficaz para diagnóstico e tratamento da infecção. O recém-nascido de uma gestante positiva de sífilis não é considerado, a princípio, um caso de sífilis congênita, desde que o tratamento materno tenha sido adequado (HEBMULLER, FLORI e LAGO, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a triagem sorológica para detecção da infecção, de preferência por meio do teste rápido, no primeiro e terceiro trimestre de gestação e quando da internação para o parto ou nos casos de curetagem. Para as gestantes com resultados reagentes, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado através do exame não-treponêmico VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory Test*) (BRASIL, 2019).

Entretanto, apesar do acesso diagnóstico disponível, tanto para a gestante quanto para seus parceiros, a incidência da infecção não tem diminuído conforme estimativas, justificando, assim, que somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantia do controle da mesma (SARACENI *et. al.*, 2017).

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo analisar o comportamento da Sífilis em Gestantes no Município de Caruaru/PE correlacionando dados com a assistência pré-natal e a ocorrência de transmissão vertical.



## 2 RESULTADOS

O presente estudo analisou os casos de Sífilis em Gestante no Município de Caruaru num espaço temporal de 05 anos, de 2014 a 2018, representando 305 casos para o período estudado. Na tabela 1 temos a prevalência dos casos por cada período analisado no Município e a prevalência no Estado de Pernambuco, considerando o mesmo espaço temporal.

**Tabela 1.** Taxa de Sífilis em Gestante em Caruaru x Pernambuco por 1000 nascidos vivos de gestantes com sífilis, segundo o ano avaliado

Local avaliado	Ano de notificação				
	2014	2015	2016	2017	2018
Caruaru	6,6	5,1	9,0	14,1	18,5
Pernambuco	5,2	5,8	6,8	12,1	22,1

Fonte: DataSus

É possível verificar que o município de Caruaru apresentou taxa de contaminação por 1000 nascidos vivos maior que o estado de Pernambuco nos anos de 2014, 2016 e 2017.

Na tabela 2 temos a distribuição do perfil pessoal relacionado aos casos de Sífilis em Gestante no Município de Caruaru.

**Tabela 2.** Distribuição do perfil pessoal das gestantes avaliadas

Fator avaliado	n	%
<b>Ano</b>		
2014	39	12,8
2015	30	9,8
2016	49	16,1
2017	81	26,6
2018	106	34,8
<b>Idade</b>		
12 a 18 anos	64	21,0
19 a 24 anos	139	45,6
25 ou mais anos	102	33,4
<b>Raça</b>		
Branca	62	20,3
Parda	181	59,3
Outros	53	17,4



Ignorado	9	3,0
<b>Escolaridade</b>		
Até fundamental incompleto	133	43,6
Fundamental completo	17	5,6
Outros	47	15,4
Ignorado	108	35,4

Fonte: Elaboração própria

É possível observar que houve um aumento gradual a cada ano com relação a prevalência dos casos, com exceção de 2014 a 2015, e um aumento considerável no ano de 2018. A prevalência de 45,6% dos casos de sífilis em gestantes ocorreu em mulheres adultas jovens (19 a 24 anos) o que também é identificado nos estudos nacionais que demonstram que a maior incidência da infecção está entre as mulheres jovens (PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

Quanto ao critério de raça, 59,3% da amostra foram consideradas pardas semelhantes a resultados de outros estudos com o mesmo público de gestante (ALBUQUERQUE, LIMA, ALBUQUERQUE, 2020). E com relação a escolaridade, 43,6% possuem ensino fundamental incompleto. A escolaridade representa um importante fator sociodemográfico que representa situação de vulnerabilidade. A falta de conhecimento contribui significativamente na tomada de decisões, influenciando na ocorrência de problemas de saúde (MACEDO, 2015).

A tabela 3 apresenta a caracterização da situação clínica das pacientes avaliadas.

Os dados da tabela nos auxiliam a identificar características clínico-laboratoriais da amostra estudada. 61,3% das gestantes estavam no terceiro trimestre de gestação quando notificadas.

**Tabela 3.** Caracterização da situação clínica das gestantes notificadas.

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Período da Gestação</b>		
1º Trimestre	35	11,5
2º Trimestre	58	19,0
3º Trimestre	187	61,3
Ignorado	25	8,2



<b>Resultado teste treponêmico (rápido)</b>		
Reagente	287	94,1
Não reagente	6	2,0
Não realizado	10	3,3
Ignorado	2	0,7
<b>Esquema de tratamento</b>		
Penicilina GB 2400UI; 4800UI; 7200UI	222	72,8
Outro esquema	10	3,2
Não realizado	49	16,1
Ignorado	24	7,9
<b>Parceiro tratado concomitantemente à gestante</b>		
Sim	36	11,8
Não	54	17,7
Ignorado	215	70,5

Fonte: Elaboração própria

Para diagnóstico da sífilis é recomendado a realização de um teste treponêmico (teste rápido) mais um não treponêmico (laboratorial), sendo classificados em duas etapas: triagem e confirmatório. A Nota Técnica 391/2012 define que a realização do teste rápido deve ser realizada ainda na Atenção Básica tanto para a gestante quanto para seus parceiros (BRASIL, 2012.1). No entanto, ainda é possível observar a não realização do exame com 3,3% da amostra, demonstrando falha de diagnóstico.

Com relação ao tratamento, 72,8% das gestantes fizeram com a Penicilina G Benzantina. O uso deste antibiótico é a única opção segura e eficaz para tratamento das gestantes, variando somente a dosagem da medicação conforme classificação clínica da infecção. No entanto, ainda foi possível observar que em 3,2% da amostra houve realização de outro tratamento e 16,1% não realizou nenhum tratamento, dados extremamente significativos dado as evidências científicas. O tratamento da sífilis gestacional é de extrema importância para prevenir soroconversão, visto que a maioria dos casos de sífilis congênita acontece porque a gestante não teve diagnóstico durante o pré-natal, realizou tratamento inadequado ou não realizou tratamento (BRASIL, 2019).



Quanto ao tratamento dos parceiros das gestantes somente 11,8% realizaram representando um índice baixo dada a importância da necessidade de tratamento tanto da gestante quanto do parceiro diante de uma infecção sexualmente transmissível. Para intensificar as ações voltadas ao atendimento do público masculino, o Ministério da Saúde (2019) implementou a política do pré-natal também para o homem e definiu como uma das metas a maior adesão ao tratamento da sífilis e HIV para redução de transmissão para o bebê.

Na análise dos dados de sífilis congênita foi considerado apenas os casos de soroconversão, ou seja, os recém nascidos cujas mães também estavam notificadas no banco de dados de sífilis em gestante, totalizando 139 dos casos em gestantes (45,6%).

Na tabela 4 temos o percentual de casos de sífilis congênita em Caruaru, segundo o ano avaliado.

**Tabela 4.** Número de casos de sífilis em gestante, sífilis congênita e percentual de sífilis congênita, segundo o ano avaliado.

Comorbidade	Ano de notificação					Total
	2014	2015	2016	2017	2018	
Sífilis em gestante	39	30	49	81	106	305
Sífilis congênita	13	6	27	45	48	139
Percentual de Sífilis congênita (%)	33,3	20,0	55,1	55,6	45,3	45,6

**Fonte:** Banco da pesquisa.

**Nota:** O cálculo percentual (%) é feito dividindo-se o número de casos de sífilis congênita pelo número de casos de sífilis multiplicado por 100.

A tabela 5 apresenta a caracterização dos pacientes com sífilis congênita.

As notificações de sífilis congênita mostraram que com relação a variável sexo houve prevalência quase que 50% para ambos os sexos.

Com relação a realização do pré-natal pela gestante 81,3% o realizaram. No entanto, estudos apontam que a maioria dos casos de ocorrência da sífilis congênita está associado com a qualidade da assistência pré-natal e não com a ausência do mesmo (TOLDO, MENEGAZZO E SOUTO, 2018).

**Tabela 5.** Caracterização dos pacientes sífilis congênita.

<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	68	48,9
Feminino	69	49,7
Ignorado	2	1,4
<b>Gestante realizou pré-natal</b>		
Sim	110	79,3
Não	14	10,0
Ignorado	15	10,7
<b>Diagnóstico de sífilis materna</b>		
Durante o pré-natal	47	33,8
No momento do parto/ Após o parto	82	59
Ignorado	10	7,2

Fonte: o autor

A realização do diagnóstico de sífilis materna acontece de forma tardiamente com 59% sendo realizado somente no momento do parto. Domingues e Leal (2016) enfatizam que o manejo adequado da sífilis envolve identificação precoce da gestante infectada e do tratamento adequado.

Na tabela 6 temos a distribuição das gestantes quanto a ocorrência da transmissão vertical associada também a realização ou não do pré-natal.

**Tabela 6.** Distribuição das gestantes quanto a realização do pré-natal e ocorrência de soroconversão.

<b>Fator avaliado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realizaram pré-natal</b>		
Houve soroconversão	110	41,8
Não houve soroconversão	153	58,2
<b>Não realizaram pré-natal</b>		
Houve soroconversão	14	51,9
Não houve soroconversão	13	48,1

Fonte: O autor



É possível observar que entre as gestantes que realizaram pré-natal 41,8% apresentaram transmissão vertical, ou seja, houve ocorrência da sífilis congênita.

### **3 RECOMENDAÇÕES**

Os resultados deste estudo demonstraram o comportamento da sífilis em gestante no município de Caruaru e possibilitou a correlação dos dados com as características da assistência pré-natal e ocorrência da transmissão vertical.

No que se refere aos casos de sífilis em gestantes foi possível observar que há uma prevalência considerável no Município, visto que o mesmo apresentou índices muito próximos ao do Estado e até maiores em alguns anos da pesquisa. Além disso, há registros de não realização do exame para diagnóstico assim como de não tratamento tanto da gestante quanto dos parceiros.

Evidenciou-se também a presença de transmissão vertical com prevalências crescentes ao longo dos anos. A ausência de registros com muitas informações ignoradas impossibilita o estudo de avaliar características importantes com relação aos recém-nascidos.

Quanto aos registros de saúde com relação ao pré-natal entendemos que há uma boa cobertura, no entanto o diagnóstico ainda é tardio ocorrendo na maioria dos casos no momento do parto e com gestantes já no terceiro trimestre de gestação, além de esquema de tratamento materno inadequado.

A partir dessas análises, entendemos que se faz necessário melhorar as ações e processos de trabalho com detecção precoce das gestantes, diagnósticos e tratamento oportunos e captação dos parceiros, atendendo assim as metas preconizadas pelas políticas públicas de saúde. Além disso, o fator mais importante na atuação eficaz desse agravo, sífilis em gestante, é prevenir a ocorrência de sífilis congênita, meta já definida por órgãos competentes, porém ainda não alcançada. Por isso, é necessária definição de protocolo voltado à assistência pré-natal com objetivo de traçar estratégias a serem seguidas por todas as unidades de saúde alcançando assim os itens definidos nas políticas públicas e desfechos favoráveis dos casos.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E.A. de; LIMA, M.B.R.B.; ALBUQUERQUE, T.T. de: Implementação das práticas obstétricas preconizadas pelo programa de humanização no pré natal e nascimento em uma maternidade de risco habitual do interior de PE. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 1422-1436 mar/abr. 2020.

ANDRADE, L.D.F.; FARIAS, K.E.E.; ARAÚJO, G.H.; COSTA, G.O.M.; NUNES, P.C.; SARAIVA, A.M.: Promovendo ações educativas sobre sífilis entre estudantes de uma escola pública: relato de experiência. **Ver Bras de Ciências da Saúde**. 2014. 8(2):157-160.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Depto Vigilância, Prevenção e Controle das infecções sexualmente transmissíveis. Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS. Disponível em [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf). Acessado em 15 de novembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional de Saúde. Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2013 – IDB2013. Disponível em <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm>. Acessado em 05 de dezembro 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.1. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

COSTA, C.V.; SANTOS, I.A.B. dos; SILVA, J.M. da; BARCELOS, T.F.; GUERRA, H.S. da : Sífilis Congênita: repercussões e desafios. **Arq. Catarin Med**. 2017 jul-set; 46(3):194-202.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C.: Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(6):e00082415, jun, 2016.

HEBMULLER, M.G.; FLORI, H.H.; LAGO, E.G.: Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul, 2015;

LIMA, G.K.; DIAS, I.C.X.; ARAÚJO, F.M.; SOUZA, S.B.; SALES, D.S.; FERREIRA, A.G.N.: Educação em saúde sobre sífilis com um grupo de gestantes: um relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem. **Sanare**. 2013.V12, n.2, p.59-62, jun./dez.

MACEDO, Vilma Costa de: Sífilis Gestacional: fatores de risco sociodemográfico, comportamentais e assistenciais. 136 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife: O autor, 2015.



PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R. de; PELLOSO, S.M.: Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2018;26:e3019.

SARACENI, V; PEREIRA, G.F.M.; SILVEIRA; M.F. da; ARAUJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E.: Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 41, 2017.

SCHETINI, J.; FERREIRA, D.C.; PASSOS, M.R.L.; SALLES, E.B.; SANTOS, D.D.G.; RAPOZO, D.C.M.: Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói – RJ. DST – **J Bras Doenças Sex Transm.** 2005. 17(1): 18-23.

TEIXEIRA, L.O. et. al.: Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (8): 2587-2597, 2018.

TOLDO, M.K.S; MENEGAZZO, L.S.; SOUTO, A.S: A recrudescência da Sífilis Congênita. **Arq. Catarin Med.** 2018 jan-mar; 47(1):02-10.