

CARACTERÍSTICAS DE GESTANTES COM SÍFILIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PARANÁ

Characteristics of pregnant women with syphilis at a University Hospital of Paraná

Tamara Cristina Gobatto Bertusso¹, Phalcha Luízar Obregón², Juliana Gerhardt Moroni³, Emanuelle Bianchi da Silva⁴, Taline Alisson Artemis Lazzarin Silva⁵, Leandro Davi Wagner⁶, Thamara Piazza⁷

1. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5217-7981>.
2. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4344-6435>
3. Mestre em Ensino nas Ciências de Saúde. Docente do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8354-7797>
4. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4801-8931>
5. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7544-6897>
6. Graduando do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1799-6003>.
7. Graduanda do Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, campus de Cascavel, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8438-6697>

CONTATO: Phalcha Luízar Obregón | Rua Bento Munhoz da Rocha Neto 2143 | La Salle | Toledo-PR | E-mail: phalcha@terra.com.br

COMO CITAR: Bertusso TCB, Obregón PL, Moroni JG, Silva EB, Silva TAAL, Wagner LD, et al. Características de gestantes com sífilis em um hospital universitário do Paraná. R. Saúde Públ. 2018 Dez;1(2):129-140



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A sífilis em gestante constitui uma importante causa evitável de morbimortalidade neonatal. O objetivo do estudo foi estimar a magnitude e características de gestantes com sífilis atendidas em um hospital universitário da região oeste do Paraná. Foi realizado um estudo descritivo, conduzido com revisão de prontuários e fichas de notificação de gestantes diagnosticadas com sífilis, no período de 2010 - 2016. Os resultados referem-se a 121

casos, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi 5,96 casos por mil nascidos vivos. Mostrou-se mais frequente em mulheres com idade ≥ 20 anos e escolaridade ≤ 8 anos. O tratamento foi inadequado em 68,7% das gestantes e 14,9% dos recém-nascidos foram notificados com sífilis congênita. Recomenda-se melhorar a qualidade do pré-natal, dos registros de notificação e providenciar educação continuada para os profissionais de saúde.

RESUMO Cuidado pré-natal. Notificação de doença infecciosa. Sífilis.

ABSTRACT Syphilis in pregnant woman is an important preventable cause of neonatal morbidity and mortality. The objective of this study was to estimate the magnitude and characteristics of pregnant women with syphilis treated at a university hospital in the western region of the state of Paraná. A descriptive study was carried out with a review of medical records and reports of pregnant women diagnosed with syphilis in the period between 2010-2016. The results refer to 121 cases; the rate of detection of syphilis in pregnant women was 5.96 cases per a thousand live births. It was more frequent in women aged ≥ 20 years and with level of education of ≤ 8 years. The treatment was inadequate in 68.7% of the pregnant women, and 14.9% of the newborns were notified with congenital syphilis. The improvement of prenatal care quality, notification reports, and continuing education of health professionals are recommended.

KEYWORDS: Prenatal care. Notification of infectious disease. Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual, embora também possa ser transmitida verticalmente, por via placentária ou, mais raramente, por transfusão sanguínea e por via indireta - tatuagem, objetos contaminados¹ - e, quando assume um curso crônico, há possibilidade de comprometer praticamente todos os órgãos e sistemas². Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical) ocasionando implicações sérias para a gestante e seu concepto. Assim, pode evoluir com abortamento espontâneo, óbito fetal ou neonatal, parto prematuro ou

com baixo peso ao nascer, com manifestações congênicas precoces ou tardias do recém-nascido³.

Como se evidencia, a sífilis, considerada uma doença passível de ser evitada por medidas como acesso ao pré-natal, diagnóstico precoce e tratamento adequado de gestantes e parceiros, uso regular de preservativos, redução do número de drogas, tratamento de coinfeções como HIV, entre outros, ainda constitui um desafio para muitos países, entre eles, o Brasil⁴. Em vista disso, estudos mostraram⁵⁻⁶ uma tendência ao aumento da incidência da sífilis no mundo, com aproximadamente 1 milhão de casos por ano entre as gestantes⁶ e cerca de meio milhão de crianças

com sífilis congênita⁵. De acordo com as estatísticas, o Continente Americano possui a segunda maior prevalência de sífilis durante o período gestacional e o terceiro maior número de casos⁴. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estabeleceram metas para a redução da taxa de sífilis congênita para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos e 1 caso por 1.000 nascidos vivos de sífilis em gestante⁵, sendo tais metas também adotadas pelo Ministério da Saúde⁷.

Em relação à realidade brasileira, em 2005, foi estimada uma prevalência de 1,6% de casos de sífilis em gestantes, com 50 mil casos da doença em parturientes e aproximadamente 12 mil casos de sífilis congênita⁸. O aumento no número de casos e nos coeficientes de sífilis em gestantes e crianças foi observado em diferentes estudos. Assim, foram apontadas diferenças entre as macrorregionais do Brasil, no período 2010 - 2011, com valores de prevalência de 0,73% (Sudeste), 0,48% (Sul), 1,05% (Norte), 1,14% (Nordeste) e 1,20% (Centro-Oeste) para sífilis em gestantes. Estas taxas sofreram elevação no período de 2012 a 2013, observando-se, no Paraná, um acréscimo em mais de 50% do seu valor⁹. Em 2014, para o Brasil, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi 7,4 casos por mil nascidos vivos⁸. De modo geral, no período de 2011 a 2016 observou-se um aumento considerável no número de casos notificados de sífilis em gestantes (129,757 casos) em todo o país, concentrando-se em todas as capitais¹⁰.

O Ministério da Saúde tem instituído, por intermédio de portarias¹¹, ações de controle e monitoramento da sífilis no país, tais quais: a notificação compulsória de sífilis congênita (desde 1986), a notificação de sífilis em gestante (desde 2005) e, a partir de 2010, a notificação da sífilis adquirida. Ainda, estabeleceu protocolos para diagnóstico e tratamento da sífilis, recomendando na investigação da doença em gestante, a realização do Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) na primeira consulta pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez e no início do terceiro trimestre

(28ª semana), além de repetir na admissão para o parto ou curetagem por abortamento. Em adição, no tratamento adequado para sífilis em gestante, o protocolo prevê a realização da terapêutica completa, adequada ao estágio da doença, por meio da penicilina, e finalizada pelo menos 30 dias antes do parto, além de o parceiro ser tratado concomitantemente¹². Em vista disso, o tratamento da gestante com penicilina benzatina é considerado eficaz e, se realizado de forma oportuna, obtém uma redução da transmissão vertical em até 97% dos casos⁴.

Na última década, as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde, entre elas, o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação da distribuição de testes rápidos para o diagnóstico de sífilis, propiciaram um aumento no número de notificações de casos de sífilis em gestante. Entretanto, as dificuldades no controle da doença se mostraram diversificadas, pois estão relacionadas à subnotificação de casos, à falha no diagnóstico e tratamento da gestante e do companheiro, à extensão do território do Brasil e ao tamanho de sua população¹³, além do desabastecimento de penicilina benzatina devido à falta mundial de matéria-prima¹⁰. No caso da sífilis congênita, um dos fatores que influenciaram na variação dos dados foi a alteração dos critérios de notificação¹⁴.

No Paraná, a taxa de detecção de gestantes com sífilis, em 2005, foi 0,9 por mil nascidos vivos (n.v), passando a 2,4 em 2010, e 11,7 em 2015, de acordo com os dados disponibilizados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação¹⁵, entretanto, as estatísticas variam conforme a área geográfica. No Brasil, apesar de publicações acerca de muitos estudos sobre o tema, poucos deles avaliaram as gestantes da região Oeste do Paraná. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi estimar a magnitude e as principais características de gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas em um hospital universitário da região Oeste do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e retrospectiva, com revisão de fichas de notificação e prontuários de internação de gestantes diagnosticadas com sífilis e atendidas por ocasião do parto no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), no período de 2010 a 2016. Como se verifica, o HUOP, localizado no município de Cascavel, é o principal hospital público de referência para o atendimento de gestantes e crianças de risco dos municípios da região Oeste e Sudeste do Paraná, e conta com 44 leitos disponíveis para atendimento ginecológico e obstétrico, além de 10 leitos destinados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

Neste contexto, foi utilizada a definição de sífilis em gestante do Ministério da Saúde, que inclui a gestante que durante o pré-natal apresenta evidências clínicas e/ou sorologia não treponêmica reagente com teste treponêmico positivo ou não realizado^{10,12}. Por conseguinte, considerou-se caso de sífilis na gestação a puerpera que apresentou uma das seguintes situações: registro de infecção pela sífilis no prontuário hospitalar; registro de diagnóstico de sífilis congênita no prontuário do recém-nato.

Dessa forma, a população de estudo compreendeu todos os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita registrados nas fichas de notificação do HUOP, arquivados no Núcleo de Epidemiologia do HUOP e que se encontravam acessíveis para a análise.

As variáveis estudadas foram distribuídas de acordo com as seguintes características: a) sociodemográficas (idade materna em anos, escolaridade em anos de estudo, cor da pele, situação conjugal, ocupação e município de procedência); b) antecedentes obstétricos (número de gestações, antecedente de parto prematuro, de aborto e/ou de natimorto); c) comportamentais (uso de drogas ilícitas, infecções sexualmente transmissíveis (IST), exceto sífilis; além de outras doenças – exceto IST.); d) assistência pré-natal

(realizou ou não pré-natal, número de consultas realizadas no pré-natal, quando iniciou o pré-natal, idade gestacional do diagnóstico de sífilis, teste não treponêmico na gestação, teste treponêmico na gestação, classificação da sífilis, qualidade do tratamento recebido pela gestante, se foi ou não realizado tratamento do parceiro sexual e desfecho da gestação).

Ademais, a coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro a abril de 2017, com a obtenção do número de casos das notificações de sífilis em gestante no Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do HUOP e, a seguir, com a busca de informações no prontuário eletrônico (Sistema Tasy®) da população em estudo.

Quanto à organização e tabulação dos dados, utilizou-se planilha do Microsoft Software Excel® 2010. As variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa. Além disso, calculou-se a taxa de detecção de sífilis em gestantes para cada mil crianças nascidas vivas, obtida pela divisão do número de casos com sífilis de determinado ano pela quantidade de nascidos vivos no mesmo ano e multiplicação por 1000. Acerca das informações sobre o número de nascidos vivos por ano, foram coletadas dos registros nos livros do Centro Obstétrico do HUOP e os resultados obtidos foram comparados com as estatísticas de sífilis divulgadas pela 10ª Regional de Saúde do Paraná, do estado do Paraná e do Brasil¹⁰. Com base nessas informações, construiu-se um gráfico a fim de apresentar as tendências existentes nas diversas unidades geográficas – nacional, estadual, regional, municipal e unidade hospitalar. Diante de tal procedimento, a comparação de gestantes, com e sem sífilis, ficou prejudicada devido à ausência de informações sobre gestantes sem sífilis no HUOP.

O hospital conta com o Núcleo de Epidemiologia, cuja equipe tem, entre outras funções, a notificação de doenças e/ou agravos de interesse. Porém, foi verificado que nem todas as fichas de notificação de gestante com sífilis do HUOP foram submetidas ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, acessado por

meio do SINAN-net, possivelmente decorrente do insuficiente número de funcionários no setor, o que acarreta uma diferença entre os casos notificados no SINAN e as fichas de notificação existentes no setor do núcleo. Ainda, na falta de dados, não foi possível fazer a análise dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita. Soma-se a isso, a carência de fichas de notificação do ano 2012, visto que, na época da coleta de dados, se encontravam extraviadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) de Cascavel - PR sob o parecer nº 1.134.675 de 25 de junho de 2015.

RESULTADOS

No período de 2010 a 2016, no núcleo de epidemiologia do HUOP, foram registrados 121 casos de sífilis em gestantes. A distribuição de casos por ano e as taxas de incidência de sífilis em gestantes no HUOP é apresentada na Tabela 1, na qual se observa uma tendência crescente no número de casos no período de 2010 a 2015, com uma queda no ano de 2016. A taxa média de incidência no período de estudo foi 5,96 por mil n.v, sendo que o maior valor anual foi observado em 2015 (10,42 por mil n.v) e o menor valor em 2010 (1,55 por mil n.v). Entre os anos 2014 e 2016, o número de casos referente ao município de Cascavel não foi disponibilizado no SINAN-Net.

Tabela 1. Casos e taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos. HUOP, Cascavel-PR, por ano de notificação.

Ano	Nascidos vivos HUOP nº	Gestantes com sífilis – HUOP nº	SINAN* Gestantes com sífilis – Cascavel nº	Taxa de incidência de sífilis em gestantes do HUOP por 1.000 n.v**
2010	3.224	3.224	3.224	3.224
2011	3.028	3.028	3.028	3.028
2012***	3.157	3.157	3.157	3.157
2013	3.348	3.348	3.348	3.348
2014	3.482	3.482	3.482	3.482
2015	3.551	3.551	3.551	3.551
2016	3.351	3.351	3.351	3.351
Taxa média				5,96

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Nota: * Casos notificados no SINAN-Net para o município de Cascavel. **n.v = nascidos vivos ***Sem informações.

A figura 1 apresenta a tendência temporal das taxas de incidência de sífilis em gestantes em diferentes unidades geográficas, considerando a unidade nacional (Brasil), estadual (estado do Paraná), regional (10ª Regional de Saúde, constituída por 25 municípios), municipal (Cascavel) e unidade

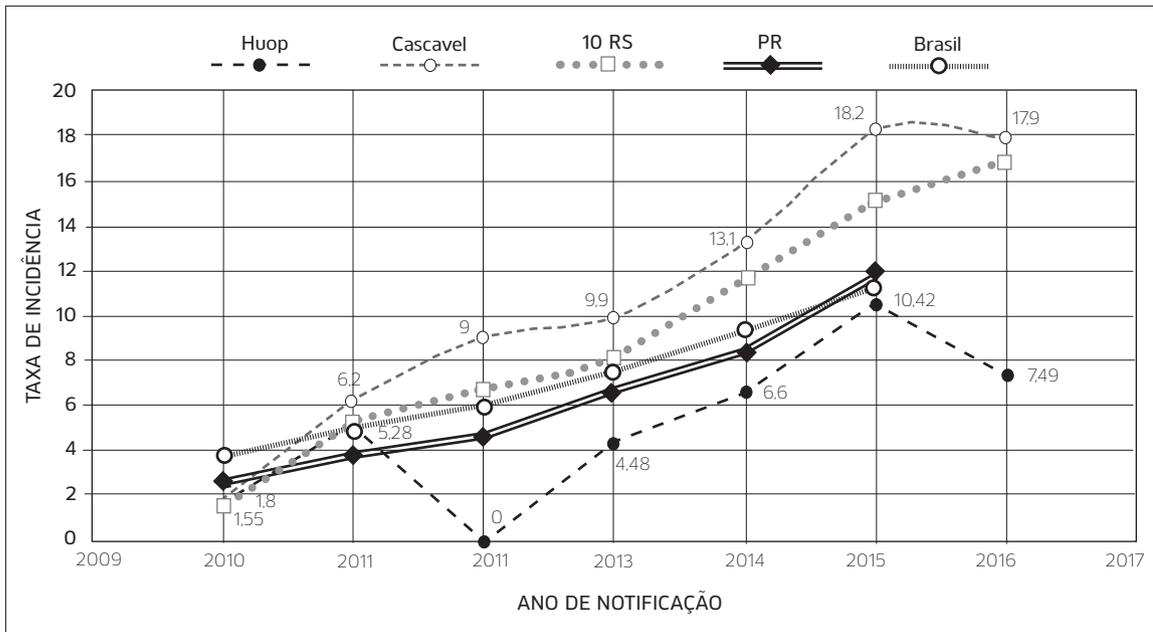
hospitalar local (HUOP). De uma forma geral, observa-se uma tendência crescente na maioria dos grupos, à exceção do HUOP, que embora crescente no período de 2010 a 2015, identifica-se uma queda nos seus valores no ano de 2016. Além disso, as taxas do HUOP são as menores quando

comparadas com as outras unidades geográficas. Na comparação por grupos, observa-se que as maiores taxas são apresentadas pelo município de Cascavel, seguida dos municípios da 10ª Regional de Saúde e, sobre isso, constata-se que os valores das taxas estão acima dos observados no âmbito estadual e nacional.

A média da idade materna das gestantes foi de 23,8 anos com idade mínima de 14 anos e máxima de 40 anos. As características sociodemográficas, comportamentais e os antecedentes obstétricos das gestantes são apresentados na Tabela 2. Os resultados mostram que houve predomínio daquelas com mais de 20 anos (66,9%). A maioria (80,2%) declarou ser de cor branca, com escolaridade ≤ 8

anos de estudo (50,4%), vivendo com companheiro (55,4%), com ocupação no lar (62,0%) e residência no município de Cascavel (76,0%). Quanto aos aspectos comportamentais de risco, uma pequena parcela das gestantes declarou fazer uso de drogas ilícitas (3,3%), ter apresentado infecções sexualmente transmissíveis, com exceção de sífilis (4,1%) e apresentar outras doenças, exceto IST (13,2%). Em relação aos antecedentes obstétricos, praticamente metade das gestantes (45,5%) indicaram duas ou mais gestações anteriores. Quanto aos resultados adversos nas gestações anteriores, uma parcela significativa referiu parto prematuro (4,1%), aborto (11,6%) e natimorto (2,5%), somando 18,2%.

Figura 1 Taxas de detecção de sífilis em gestantes (por mil nascidos vivos), Brasil, Paraná, 10ª Regional de Saúde, Cascavel e HUOP, 2010 – 2016.



Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Tabela 2. Características sociodemográficas, comportamentais e antecedentes obstétricos de gestantes com sífilis atendidas no HUOP no período de 2010 – 2016, Cascavel – PR.

Características	Sífilis em Gestante	
	nº	%
1) SOCIODEMOGRÁFICAS		
Idade materna (anos)		
<20	38	31,4
≥ 20	81	66,9
Não informado	2	1,7
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 8	61	50,4
> 8	44	36,4
Não informado	16	13,2
Cor da pele		
Branca	97	80,2
Parda	21	17,3
Preta	1	0,8
Não branca (não especificado)	2	1,7
Situação Conjugal		
Com companheiro	67	55,4
Sem companheiro	48	39,7
Não informado	6	4,9
Ocupação		
Do lar	75	62,0
Outra	32	26,4
Estudante	6	5,0
Não informado	8	6,6
Município de procedência		
Cascavel	92	76,0
Outro	29	24,0
2) COMPORTAMENTAL		
Uso de drogas ilícitas		
Sim	4	3,3
Não	88	72,7
Ignorado	29	24,0
Infecções sexualmente transmissíveis (exceto sífilis)		
Sim	5	4,1
Não	94	77,7
Ignorado	22	18,2
Outras doenças (exceto IST)		
Sim	16	13,2
Não	76	62,8
Ignorado	29	24,0
3) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Número de gestações		
1	40	33,0
2	22	18,2
≥ 3	33	27,3
Ignorado	26	21,5
Antecedente de parto prematuro		
Sim	5	4,1
Não	38	31,4
Ignorado	78	64,5
Antecedente de Aborto		
Sim	14	11,6
Não	57	47,1
Ignorado	50	41,3
Antecedente de natimorto		
Sim	3	2,5
Não	60	49,6
Ignorado	58	47,9

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Na tabela 3 são apresentadas as características da assistência pré-natal, e observou-se que 92% das participantes realizaram o pré-natal, sendo que 47,1% indicaram quatro ou mais consultas e 15,7% referiram início do pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação. Quanto ao diagnóstico de sífilis em gestante, 71%, foi realizado no terceiro trimestre de gestação. O teste não treponêmico (VDRL) foi positivo na maioria das gestantes no pré-natal (61,1%), sendo que no dia do parto foi positivo em 28% dos casos. Já o teste treponêmico foi positivo para 19% das gestantes durante o

pré-natal e 4,1% no dia do parto. Em relação à classificação da sífilis, a forma primária (36,4%) foi a mais frequente. Quanto ao tratamento recebido, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, foi considerado inadequado em 68,6% das gestantes, sendo que pouco mais da metade (52,1%) dos parceiros sexuais não recebeu tratamento. No desfecho da gestação 14,9% dos recém-nascidos foram notificados com sífilis congênita, sendo a taxa de detecção total de tal doença, em todo período estudado, de 0,9 casos por mil nascidos vivos.

Tabela 3. Características da assistência pré-natal de gestantes com sífilis atendidas no HUOP no período 2010 – 2016, Cascavel – PR.

Características	Sífilis em Gestante	
	nº	%
Realização de pré-natal		
Sim	112	92,6
Não	4	3,3
Não informado	5	4,1
Número de consultas		
< 4	12	10,0
≥ 4	57	47,1
Não informado	48	39,6
Não realizado	4	3,3
Início do pré-natal		
1º trimestre	19	15,7
2º trimestre	16	13,2
3º trimestre	2	1,7
Não informado	80	66,1
Não realizado	4	3,3
Idade gestacional do diagnóstico de sífilis		
1º trimestre	2	1,7
2º trimestre	2	1,7
3º trimestre	86	71,0
Não informado	31	25,6
Teste não treponêmico na gestação:		
Reagente no pré-natal	74	61,2
Reagente no dia do parto	34	28,0
Não reagente no dia do parto	6	5,0
Não realizado	5	4,1
Não informado	2	1,7
Teste treponêmico na gestação		
Reagente no pré-natal	23	19,0
Reagente no dia do parto	5	4,1
Não reagente no pré-natal	12	9,9
Não reagente no dia do parto	1	0,8
Não realizado	55	45,5
Ignorado	25	20,7

Características	Sífilis em Gestante	
	nº	%
Classificação da sífilis		
Primária	44	36,4
Secundária	9	7,4
Terciária	5	4,1
Latente	9	7,4
Não informado	54	44,7
Tratamento materno		
Pré-natal	11	9,1
Hospital (por ocasião do parto)	38	31,4
Pré-natal e hospital	44	36,4
Não informado	28	23,1
Qualidade do tratamento recebido pela gestante		
Adequado	29	24,0
Inadequado	83	68,6
Indeterminado	9	7,4
Tratamento do parceiro sexual		
Sim	26	21,5
Não	63	52,1
Não informado	32	26,4
Desfecho da Gestação		
Nascido a termo	76	62,8
Nascido pré-termo	11	9,1
Natimorto	7	5,8
Aborto	3	2,5
Sífilis congênita	18	14,9
Não informado	6	4,9

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

DISCUSSÃO

A taxa de detecção de sífilis em gestantes, encontrada neste estudo, foi cinco vezes superior à meta do Ministério da Saúde e da OPAS - UNICEF, que considera valores inferiores a 1,0 caso por 1000 nascidos vivos, demonstrando distância da meta pretendida. Ao correlacionar a presente pesquisa com dados nacionais, observou-se que o resultado foi inferior ao descrito para o Brasil, em 2015, na época com taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, sendo tal taxa superada pelas regiões Sul (15,1) e Sudeste (12,6)¹⁰. Entretanto, o resultado desta análise mostrou-se próximo do resultado obtido em estudo local, que estimou uma taxa de detecção de 6,4 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos para o ano de 2013, no município de Cascavel¹⁶ e de outro estudo, que estimou uma prevalência de 2,25%

(2012 a 2016) de sífilis em gestantes, num Centro de referência do Oeste do Paraná¹⁷. Além disso, um estudo nacional de base hospitalar, no período de 2011-2012, verificou taxas de detecção de sífilis em gestantes com valores que variam entre 14 e 107 casos por mil n.v¹⁸; no Hospital de Niterói, Rio de Janeiro, no intervalo de 2002-2004, foi estimada uma taxa de 21,8 casos por mil n.v¹⁹; e em hospital de Palmas, Tocantins, no período de 2007-2014, foi apontada uma taxa de 4,7 casos por mil n.v²⁰. Diante disso, tais diferenças podem ser explicadas pelas características locais e/ou regionais onde se realizaram os estudos.

Perante esse pressuposto, não existe um consenso na literatura sobre a influência das características sociodemográficas das gestantes como fatores de risco para a sífilis. Nesse sentido, a

idade tem sido descrita, em algumas investigações, com predomínio nas adolescentes ou mulheres com menos de 20 anos²¹, enquanto que em outros estudos e no presente trabalho, mostrou-se mais frequente em mulheres com mais de 20 anos²¹⁻²³. Outro fator descrito na literatura é a escolaridade da mulher, sendo que os resultados desta pesquisa confirmam o apontado na maioria dos estudos, em que gestantes com pouca escolaridade apresentam maior frequência de sífilis^{13,20-21}. No entanto, também há estudos em que o predomínio da doença está em gestantes com escolaridade maior ou igual a 8 anos^{4,23}. Dessa forma, a baixa escolaridade poderia dificultar o acesso das gestantes aos serviços de saúde e, assim, realizar o pré-natal. Na literatura^{3,21} há referência à relação do baixo nível socioeconômico da gestante com a doença, no entanto, neste estudo, este fator não foi avaliado.

Vale lembrar que o Ministério da Saúde considera adequada uma oferta de serviços de assistência pré-natal com frequência mínima de seis consultas^{10,12}, entretanto, o início precoce da assistência pré-natal não necessariamente assegura um desfecho mais favorável, como demonstrado em um estudo em Minas Gerais, que constatou que 44,9% de gestantes com mais de 6 consultas foram consideradas inadequadamente tratadas. Além disso, o início tardio do pré-natal ou a ausência de pré-natal também foram descritos em outros estudos^{4,13,20-21,24}. Dessa forma, algumas pesquisas sugerem que o número mínimo de consultas pode não ser suficiente para assegurar uma assistência de qualidade^{4,23}.

Ressalta-se que, neste estudo, 71% das mulheres receberam o diagnóstico de sífilis no 3º trimestre de gestação. Isso significa que retardar o diagnóstico de tal doença em gestantes, no 3º trimestre, possivelmente está relacionado ao momento tardio em que as gestantes procuram o pré-natal, à baixa qualidade da assistência à gestante e à falta de tratamento dos parceiros. De acordo com tal situação está o estudo em municípios da 10ª Regional de Saúde (2016), que verificou resultados insatisfatórios em relação ao

início do pré-natal e à realização de testes para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis²⁵. Estudo nacional, em 2015, mostrou que 32,8% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no 3º trimestre da gestação, principalmente na região Norte, enquanto que na região Sul (38,7%) e Sudeste (36,8%) a maior parte das gestantes foi diagnosticada no 1º trimestre¹⁰.

Quanto à classificação da sífilis, neste estudo houve predomínio da forma primária. Em estudo nacional¹⁰, a maioria dos casos notificados foi classificada como sífilis primária (31,6%), seguida de sífilis latente (23,6%), terciária (10,7%) e secundária (5,8%), o percentual de ignorados foi de 28,3%. Além disso, há a possibilidade de haver uma classificação inadequada em relação à sífilis primária, pois alguns casos poderiam corresponder à sífilis latente de duração ignorada.

Em relação ao tratamento da gestante, considera-se adequado quando é realizado com penicilina e concluído 30 dias antes do parto, utilizando a dose da medicação conforme o estágio da doença, além de o parceiro sexual ser devidamente medicado concomitantemente^{10,12}. O tratamento inadequado parece ser comum, como verificado neste trabalho e por vários estudos anteriores^{10,23,26}. Também se constatou, na presente pesquisa, que a maioria das gestantes recebeu penicilina, porém não há registro do número de doses, apenas a informação sobre tratamento inadequado ou adequado. Entre as irregularidades, vários estudos^{10,20-21,23} tem apontado a falta ou tratamento incorreto do parceiro. Portanto, a inclusão do parceiro no pré-natal constitui uma estratégia importante para o controle do agravo. Nesse sentido, há necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde para os homens, assim como incentivar a valorização do cuidado da saúde destes. Vale lembrar que a sífilis em gestantes, quando tratada inadequadamente, pode acarretar desfechos adversos para o conceito como abortamento, prematuridade, óbito e sífilis congênita. Nesse aspecto, estudos apontaram a presença destes desfechos em gestantes com

sífilis – em um hospital de Niterói, Rio de Janeiro, registraram-se uma taxa de 11,36% a 17,31% de natimortos; 5,77% a 9,09% de aborto; e 3,85% de óbito¹⁹. Já em maternidades de Montes Claros, Minas Gerais, 16,1% evoluíram para abortamento ou natimortos²³. Contudo, valores próximos aos descritos na literatura não foram observados na presente pesquisa.

Ainda, neste estudo, 14,9% dos recém-nascidos apresentaram sinais clínicos de infecção congênita por sífilis, sendo este valor maior do que o descrito em outra análise²¹, que constatou 6%. Ressalta-se que o diagnóstico e o tratamento de sífilis congênita são mais complexos do que os de sífilis materna, visto que envolve maior tempo de hospitalização bem como a realização de exames mais dispendiosos¹². Além disso, o seguimento do recém-nascido com sífilis congênita deve ser realizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Entretanto, estudos têm constatado dificuldades para seguir o protocolo devido, entre outras razões, à falta de recursos tecnológicos e humanos²³. Neste trabalho, a falta de informações nos prontuários e fichas de notificação limitou a avaliação de sífilis congênita no HUOP e o seguimento do recém-nascido após a alta hospitalar.

Nesse contexto, a carência de informações nos prontuários e fichas de notificação das mães têm sido descritas em alguns estudos^{21,23}. É preocupante a constatação, em nosso trabalho, de considerável percentual de variáveis com o campo ignorado nas fichas de notificação de sífilis gestacional. Isso denota uma baixa qualidade no preenchimento de tais documentos, o que limita a análise da situação dos casos com os dados disponíveis. Diante disso, é essencial que qualquer serviço de saúde possua boa qualidade de seus registros para a implantação adequada das ações de vigilância em saúde.

Ressalta-se que a subnotificação da sífilis em gestante tem sido frequentemente descrita na literatura. Assim, estudos em Tocantins e São Paulo, ao realizarem busca ativa, verificaram o triplo de casos identificados, em comparação com os casos

notificados²⁰. Já em Minas Gerais, constatou-se que apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes foram notificados²³. Neste estudo, foi observado o atraso na atualização do banco de dados do SINAN e a baixa qualidade no preenchimento das fichas de notificação.

Devido ao fato de terem sido utilizados dados secundários, este estudo não tem a pretensão de apresentar associações explicativas e estatisticamente significativas. No entanto, visa contribuir para a discussão de fatores que contribuem com o aumento dos casos de sífilis em gestantes na região Oeste do Paraná.

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que a sífilis em gestantes foi alta e permaneceu elevada no período estudado, apontando, assim, que o controle da sífilis na gestação é deficiente. Além disso, mais de 90% das mulheres incluídas neste estudo receberam assistência pré-natal, evidenciando a baixa qualidade deste cuidado para a identificação e tratamento das gestantes com sífilis, sendo que o não tratamento do parceiro foi uma das causas de tratamento inadequado. Ainda, a maioria dos recém-nascidos expostos foi assintomática.

Diante disso, tais resultados reafirmam a importância do diagnóstico e do tratamento oportuno da gestante e de seu(s) parceiro(s). Dessa forma, são necessárias medidas de conscientização tanto da mãe quanto de seu(s) companheiro(s) sobre as formas de transmissão da doença e suas repercussões, tanto para a saúde materna quanto fetal. Somado a isso, é de extrema importância a atualização dos profissionais da saúde sobre o assunto, para que haja um manejo adequado dos casos e uma melhor notificação, com o objetivo de acompanhar de forma correta o comportamento de tal doença e, assim, fazer um planejamento efetivo para seu tratamento e prevenção e, sobretudo, para a melhoria da assistência. Também se

recomenda a melhoria das informações registradas nos prontuários e fichas de notificação por meio do treinamento adequado dos profissionais envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP); Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):768-772.
2. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-126.
3. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):168-75.
4. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016 [citado 2017 out 22]; 32(6):e00082415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002&lng=en
5. Pires ACS, Oliveira DD, Rocha GMNM, Santos A dos. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade - revisão de literatura. *Rev Uningá Review*. 2014;19(1):58-64.
6. Araújo CL de, Shimizu HE, Souza AIA de, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):479-86.
7. Pan-American Health Organization (PAHO). Elimination of congenital syphilis. *Bul Pan Am Health Organ*. 1995;29:364-8.
8. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013 [citado 2017 out 24]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173.pdf>
9. Boletim epidemiológico Sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Ano 4, n. 01, 2015. [citado 2015 dez 28]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/88>
10. . Boletim Epidemiológico [Internet] Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 47, Nº. 35.
11. Legislação básica do Sistema Único de Saúde (SUS) [homepage na internet]. Brasília: Portal da Saúde; [citado 2017 Out 24]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>
12. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014 Out;48(5):766-774.
14. Rede interagencial de informações para a saúde - RIPSAs. Indicadores e dados básicos. Brasil [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado 2017 Set 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>
15. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Paraná: Sífilis em gestantes. Brasil [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005-2016. [citado 2017 Set 29]. Disponível em: <http://http://indicadorestsfilis.aids.gov.br>
16. Lago ACO, Gomes DS. Perfil epidemiológico e transmissão materno-fetal da sífilis de gestantes em Cascavel (PR). *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2016 Mar; 28(1): 29-35.
17. Malizan JA, Nascimento BL, Malizan JM, Horvath JD, Silva CM da, Peder LD de. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas em um centro de referência no Oeste do Paraná. In: Anais do 6º Congresso de Ciências Farmacêuticas do Mercosul e 6º Simpósio em Tecnologia de Alimentos do Mercosul, 2016; Cascavel.
18. Domingues RMSM, 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 Jun. [citado 2017 Fev 04];32(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X0008241>.
19. Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Rapozo DCM. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói - RJ. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2005 Mar;17(1): 8-23.
20. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017 Abr-Jun;26(2):255-264.
21. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2017 Abr-Jun;26(2):255-264.
22. Nascimento MI do, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Fev;34(2):56-62.
23. Lafeta KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 Mar;19(1):63-74.
24. Martinelli KG, Santos Neto ET dos, Gama SGN da, Oliveira AE. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014 Fev;36(2):56-64.
25. Baggio MA, Pereira FC, Guimarães ATB, Caldeira S, Viera CS. Programa rede mãe paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. *Cogitare Enferm*. 2016 Jul-Set;21(3):01-10.
26. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010 Set;26(9):1747-55.

RECEBIDO: 07/08/2018

ACEITO: 19/10/2018