

# Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro

## *Gestational syphilis in a public maternity hospital in Brazilian Northeast region countryside*

Nathalia Cristina Pereira da Silva<sup>1</sup>, Katerine Bertoline Serafim de Carvalho<sup>1</sup>, Karlla Zolinda Cantão Chaves<sup>1</sup>

### Descritores

Sífilis; Gestantes; Cuidado pré-natal; Perfil de saúde; Notificação de doenças

### Keywords

Syphilis; Pregnant women; Prenatal care; Health profile; Disease notification

### Submetido:

04/08/2020

### Aceito:

03/12/2020

1. Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, MA, Brasil.

### Conflito de interesses:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Nathalia Cristina Pereira da Silva  
Rua Luís Domingues, 555, Centro,  
65901-430, Imperatriz, MA, Brasil.  
nath.cristinaa07@gmail.com

### Como citar?

Silva NC, Carvalho KB, Chaves KZ. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. *Femina*. 2021;49(1):58-64

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar características socioeconômicas, adesão ao pré-natal, diagnóstico, tratamento, repercussões para o conceito, notificação, coinfeção com outras ISTs e histórico reprodutivo de mulheres com sífilis gestacional em uma maternidade de referência, visando estimular políticas de saúde eficazes. **Métodos:** Foi realizada busca ativa dos casos de sífilis gestacional no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, entre outubro de 2018 e julho de 2019, obtendo-se 151 mulheres. Para a coleta dos dados, foi aplicado questionário próprio. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. **Resultados:** A média de idade das mulheres foi de 23,6 anos, e a maioria era parda, com ensino fundamental incompleto, renda familiar de até um salário mínimo e solteira. Quanto ao pré-natal, 76,1% o realizaram adequadamente; entre essas, 46% fizeram o tratamento adequado. O diagnóstico foi realizado predominantemente no pré-natal, com 91,4% das mulheres diagnosticadas na fase latente da doença. Em relação ao tratamento, 62 (41%) entrevistadas e 61 (40,4%) parceiros sexuais foram considerados adequadamente tratados. Quanto aos conceitos, 92,7% nasceram com sífilis congênita provável. O número médio de gestações foi de 2,7, e a maioria realizou parto normal; 33 (21,8%) possuíam abortos prévios. Foram detectados 4 casos de coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana e 87,4% dos casos foram notificados. **Conclusão:** Para combater a sífilis gestacional, é necessário atuar em diferentes esferas: prevenção, acesso à educação e serviços de saúde de qualidade, além de capacitação dos profissionais atuantes.

### ABSTRACT

**Objective:** To review social-economic features, adherence to prenatal care, diagnosis, treatment, consequences for the conceptus, reporting, co-infection with other STD and reproductive history of women with syphilis in pregnancy in a reference maternity hospital; aiming at fostering effective healthcare policies. **Methods:** An active search was performed on cases of syphilis in pregnancy in Imperatriz' Hospital Regional Materno Infantil, between October 2018 and July 2019, wherein 151 females were included. **Results:** The age average of subjects was 23.6 years, most of them were brown-skinned, had not completed elementary school, with a household income of up to one minimum wage, and single. As to prenatal care, 76.1% of them adhered to it properly, of which 46% had adequate treatment. Diagnosis was performed predominantly at prenatal care, with 91.4% of diagnosed women in the disease latent period. With respect to treatment, 62 (41%) out of those interviewed and 61 (40.4%) out of their sexual

partners were regarded as adequately treated. As to the concept, 92.7% were born with probable congenital syphilis. The average number of gestations was 2.7 and most of them had vaginal delivery; 33 (21.8%) had previous miscarriages. We detected 4 cases of co-infection with the human immunodeficiency virus and 87.4% of the cases were reported. **Conclusion:** In order to fight gestational syphilis, it is necessary to act in different areas: prevention, access to education and good healthcare services, in addition to training of practitioners.

## INTRODUÇÃO

A sífilis gestacional é um problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que aproximadamente 2 milhões de casos ocorram por ano, e menos de 10% são diagnosticados e tratados efetivamente. Algumas condições vêm sendo associadas ao alto número de gestantes acometidas por essa patologia, sendo elas: fatores socioeconômicos, comportamentais, demográficos e relacionados à assistência à saúde. A maior taxa de incidência de sífilis se concentra nas Américas, sendo responsável por até 25% dos casos que ocorrem no mundo anualmente.<sup>(1-3)</sup>

No Brasil, entre 2010 e 2017, a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes, passando de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos, sendo a região Nordeste responsável por 16% dos casos registrados em 2017. Esses números, porém, podem ser ainda maiores, visto que a subnotificação é uma realidade brasileira, como demonstrado em estudos realizados em Palmas (Tocantins) e no estado de São Paulo, os quais, por meio da busca ativa, verificaram que o número de casos ocorridos era o triplo dos casos notificados. Apesar dessa realidade alarmante da subnotificação, a maioria dos estudos publicados é baseada em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).<sup>(4,5)</sup>

Ainda que maioria dos casos ocorra em países com menos recursos financeiros e sociais e menos de 10% dos casos sejam relatados em países desenvolvidos, houve um crescimento das taxas de detecção em mulheres grávidas nos Estados Unidos da América de 153,3% entre 2013 e 2017.<sup>(6-8)</sup>

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de evolução crônica e dividida em fases, sendo elas: primária, secundária, latente e terciária. Tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical, sendo esta última de tamanha importância que o exame diagnóstico, o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), deve ser realizado três vezes durante o pré-natal – no primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre e na ocasião do parto –, devendo ser solicitado também em casos de aborto. Esse rastreio é feito a fim de diagnosticar e tratar a doença materna por causa não só dos riscos inerentes à mulher, mas também pela possibilidade de transmissão ao feto e da ocorrência de complicações associadas, como abortamento, parto pré-termo e de-

envolvimento de sífilis congênita, que pode ter manifestações precoces ou tardias.<sup>(5,9-13)</sup>

O tratamento com penicilina G benzatina, tanto da progenitora como de seu parceiro sexual, é o melhor método de prevenção da sífilis congênita, que é considerada, em termos epidemiológicos, indicador da qualidade da assistência pré-natal de uma população. Além das complicações próprias da doença para a mãe e o concepto, a sífilis também pode facilitar a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aumenta cerca de quatro vezes o risco de contrair esse vírus.<sup>(2,5,9-13)</sup>

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como casos de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares. Recém-nascidos com resultado de teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições, a despeito do tratamento materno, também são considerados casos de sífilis congênita, devendo ser notificados, investigados, tratados e acompanhados quanto a aspectos clínicos e laboratoriais.<sup>(13)</sup>

Diante do exposto, fica clara a importância da sífilis gestacional na saúde pública, tanto em custos financeiros quanto sociais. O objetivo desta pesquisa foi, portanto, analisar as características socioeconômicas, adesão ao pré-natal, dados sobre diagnóstico e tratamento, repercussões para o concepto, notificação, coinfeção com outras ISTs e histórico reprodutivo das mulheres acometidas por essa mazela em uma maternidade de referência, visando estimular o desenvolvimento de políticas de saúde eficazes para o controle dessa doença.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo clínico-epidemiológico e transversal. A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) de Imperatriz-MA, segunda maior maternidade do estado, que alcança 43 municípios do sul do Maranhão e dos estados do Pará e Tocantins. A população de estudo constituiu-se de 151 mulheres que realizaram seu parto nessa instituição no período entre outubro de 2018 e julho de 2019 e com diagnóstico de sífilis gestacional.

A coleta de dados foi realizada por meio de busca ativa em visitas semanais ao HRMI, com aplicação de questionário específico desenvolvido para o estudo às puérperas internadas na instituição e com exame sorológico positivo para sífilis realizado durante o pré-natal e/ou na ocasião do parto. A inclusão das pacientes no estudo se deu após a obtenção do consentimento livre e esclarecido por escrito e, se menor de idade, do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas as pacientes com gestações que resultaram em natimorto, óbito fetal ou aborto e aquelas que se recusaram a participar da pesquisa. Não foram incluídas as pacientes com sífilis gestacional que não estavam internadas nos períodos de visita para a coleta de dados.

O questionário utilizado incluiu as seguintes variáveis: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, cidade de residência, profissão, renda familiar mensal, momento do diagnóstico, adequação do pré-natal, fase da doença em que foi feito o diagnóstico, realização de tratamento da paciente e do parceiro, notificação do caso, existência de repercussão para o conceito, presença de coinfeção, paridade e tipo de parto.

Para obtenção do *status* de notificação de cada paciente, foi analisado, ao fim da coleta de dados, o caderno de registro de notificações do hospital, localizado no setor de epidemiologia.

Considerou-se pré-natal adequado aquele em que foram realizadas seis ou mais consultas, critério utilizado pelo Ministério da Saúde (MS). O tratamento, por sua vez, foi considerado adequado quando iniciado até 30 dias antes do parto, com administração de penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), em dose única na sífilis primária e penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas, na sífilis latente com duração indeterminada.<sup>(13,14)</sup>

A amostra estimada para a pesquisa, calculada por meio da fórmula para população finita e variáveis qualitativas, foi de 114 pacientes, valor ultrapassado pelo estudo, que incluiu 151 mulheres.<sup>(15)</sup>

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel®, versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, foi realizada análise descritiva estatística por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas e clínicas.

Para avaliar possíveis associações entre as variáveis qualitativas, foram utilizados testes de Qui-quadrado ou de Fisher-Freeman-Halton, dependendo do comportamento dos dados. Todos os testes foram realizados a 5% de significância, utilizando o programa IBM SPSS®.

Foram assegurados os aspectos éticos, garantindo sigilo e impessoalidade dos participantes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa do HRMI e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob parecer nº 2.638.726 e CAAE 82950218.9.0000.5087. Logo, a coleta de dados teve início somente após a aprovação nas duas esferas.

## RESULTADOS

De acordo com os critérios de seleção, 151 mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional foram incluídas neste estudo.

Os dados demográficos e o perfil socioeconômico estão descritos na tabela 1. A média de idade das participantes foi de 23,6 anos, variando entre 14 e 43 anos; sendo a faixa etária mais acometida entre 20 e 29 anos, na qual se incluíam 81 (53,6%) mulheres. Os resultados mostram que as pacientes se autointitularam predominantemente pardas (64,2%) e que a maioria possuía

ensino fundamental incompleto (33,1%), com apenas 4 (2,6%) mulheres com ensino superior completo.

Além disso, 97 (64,2%) possuíam renda familiar mensal de até um salário mínimo. A maioria das entrevistadas era solteira, totalizando 78 (51,7%) mulheres; e 36,4% não possuíam profissão.

Com relação ao número de consultas de pré-natal, 115 (76,1%) mulheres realizaram o pré-natal adequadamente, 35 (23,2%), inadequadamente e apenas 1 (0,7%) não realizou o pré-natal.

Foram entrevistadas mulheres de 30 cidades diferentes; 141 (93,4%) moravam no estado do Maranhão, sendo 73 (48,3%) residentes em Imperatriz, cidade onde se localiza a maternidade na qual foi realizado o estudo, 8 (5,3%) residentes no Tocantins e 2 (1,4%), no Pará.

Os dados sobre diagnóstico e tratamento (Tabela 2) mostraram que o diagnóstico foi realizado principal-

**Tabela 1. Dados demográficos e perfil socioeconômico**

Variáveis	n (%)	
<b>Idade</b>	Menor de 15 anos	1 (0,7)
	15-19 anos	45 (29,8)
	20-29 anos	81 (53,6)
	30-40 anos	23 (15,2)
	>40 anos	1 (0,7)
<b>Raça/cor</b>	Parda	97 (64,2)
	Branca	20 (13,2)
	Morena	15 (10)
	Preta	8 (5,3)
	Negra	5 (3,3)
	Amarela	5 (3,3)
	Indígena	1 (0,7)
<b>Estado civil</b>	Solteira	78 (51,7)
	União estável	53 (35,1)
	Casada	17 (11,2)
	Divorciada	3 (2)
<b>Grau de escolaridade</b>	Ensino fundamental completo	33 (21,9)
	Ensino fundamental incompleto	50 (33,1)
	Ensino médio completo	29 (19,2)
	Ensino médio incompleto	26 (17,2)
	Ensino superior completo	4 (2,6)
	Ensino superior incompleto	8 (5,3)
	Outro: pós-graduada	1 (0,7)
<b>Renda familiar mensal</b>	Até 1 salário mínimo	97 (64,2)
	De 1 a 3 salários mínimos	45 (29,8)
	De 3 a 6 salários mínimos	3 (2)
	Não informado	6 (4)
<b>Profissão</b>	Não possui	55 (36,4)
	Do lar	39 (25,8)
	Lavradora	18 (11,9)
	Estudante	14 (9,3)
	Outras	25 (16,6)

**Tabela 2.** Dados sobre diagnóstico e tratamento

Variáveis		n (%)
<b>Momento do diagnóstico</b>	Na ocasião do parto	59 (39,1)
	2º trimestre de gestação	37 (24,5)
	1º trimestre de gestação	28 (18,5)
	3º trimestre de gestação	27 (17,9)
<b>Fase da doença na qual foi realizado o diagnóstico</b>	Sífilis latente	138 (91,4)
	Sífilis primária	8 (5,3)
	Sífilis secundária	5 (5,3)
<b>Tratamento da gestante</b>	Tratamento adequado	62 (41)
	Não tratada	61 (41)
	Tratamento inadequado (menos doses do que o preconizado)	13 (8,6)
	Tratamento inadequado (mais doses do que o preconizado)	13 (8,6)
	Tratamento inadequado (eritromicina)	1 (0,7)
	Não informado	1 (0,7)
<b>Tratamento do parceiro sexual</b>	Não realizou	78 (51,6)
	Realizou	61 (40,4)
	Não informado	9 (6)
	Realizou tratamento incompleto	3 (2)

mente durante o pré-natal, porém com um número importante de casos verificados no momento da internação na maternidade para o parto (39,1%). Quanto à fase da doença em que se realizou o diagnóstico, 138 (91,4%) pacientes apresentavam sífilis latente.

Em relação ao tratamento, 62 (41%) mulheres e 61 (40,4%) parceiros sexuais foram considerados adequadamente tratados. E apenas 30 (19,9%) casais (pacientes e respectivos parceiros sexuais) submeteram-se ao tratamento correto.

Ao avaliar as repercussões para o conceito, verificou-se que 92,7% nasceram com sífilis congênita provável (Figura 1). Além disso, ocorreram repercussões menos frequentes, porém dignas de nota. São elas: uma criança nascida com fâcies síndrômica e ânus imperfurado, uma morte neonatal precoce, 2 recém-nascidos com sepse, 3 com baixo peso e 4 com icterícia.

Os antecedentes obstétricos mostraram que o número médio de gestações foi de 2,7, variando de 1 a 14, e 43 (28,5%) tinham apenas 1 gestação, 1 parto e nenhum aborto; 37 (24,5%) tinham 2 gestações, 2 partos e 0 aborto; e 26 (17,2%) tinham 3 gestações, 3 partos e 0 aborto. Verificou-se também que 33 (21,8%) mulheres possuíam um ou mais abortos prévios.

A análise do tipo de parto na gestação atual mostrou predomínio de partos normais, com um total de 94 (62,3%) em relação aos 57 (37,7%) partos cesáreos.

Em relação às coinfeções, foram identificadas 4 (2,6%) pacientes com diagnóstico de HIV e 2 (1,4%), de hepatite B. Portanto, 145 (96%) possuíam apenas sífilis.

Sífilis congênita provável	128
Parto pré-termo e sífilis congênita provável	12
Parto pré-termo	4
Não informado	5
Nenhuma	2

**Figura 1.** Gráfico sobre as repercussões para o conceito

Entre aquelas coinfectadas pelo HIV, uma realizou tratamento adequado, uma realizou tratamento inadequado, uma recebeu número de doses maior que o preconizado e uma não foi tratada.

Analisou-se também a realização da notificação e foi observado que a maioria dos casos, 132 (87,4%), havia sido notificada.

Na avaliação de associações entre variáveis, obtiveram-se valores estatisticamente significativos no que tange à relação entre estado civil e tratamento do parceiro ( $p = 0,05$ ), com resultados demonstrando maior adesão ao tratamento por aqueles parceiros que possuíam união estável (Tabela 3).

A correlação entre tratamento das gestantes e adequação do pré-natal, por sua vez, não apresentou significância estatística, com  $p = 0,37$ , indicando que não há associação entre variáveis. No entanto, analisando as mulheres com pré-natal adequado, percebeu-se que 53 (46%) realizaram tratamento adequado e 19 (16,6%) foram tratadas inadequadamente. Enquanto, entre aquelas com pré-natal inadequado, apenas 11 (31,4%) realizaram tratamento adequado e 9 (25,7%) foram tratadas inadequadamente (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A meta de eliminação da sífilis congênita até 2015, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e de controle, estabelecida pelo MS do Brasil, está atrasada e longe de ser alcançada. Assim, este estudo propôs dimensionar as variáveis relacionadas ao problema, so-

**Tabela 3.** Associação entre estado civil e o tratamento do parceiro sexual

Variáveis	Tratamento do parceiro sexual			
	Não n (%)	Não informado n (%)	Tratamento incompleto n (%)	Sim n (%)
Casada	8 (47)	1 (5,9)	2 (11,8)	6 (35,3)
Divorciada	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)
Solteira	45 (57,7)	5 (6,4)	0 (0)	28 (35,9)
União estável	23 (43,4)	2 (3,8)	1 (1,9)	27 (50,9)

**Tabela 4.** Associação entre o tratamento da gestante e adequação do pré-natal

		Adequação do pré-natal		
		Adequado (6 ou mais consultas) n (%)	Inadequado (menos de 6 consultas) n (%)	Não realizou pré-natal n (%)
<b>Tratamento da gestante</b>	Não informado	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)
	Tratamento inadequado (eritromicina)	1 (0,9)	0(0)	0 (0)
	Tratamento inadequado (mais doses do que o preconizado)	11 (9,6)	2 (5,7)	0 (0)
	Tratamento adequado	53 (46)	11 (31,4)	0 (0)
	Tratamento inadequado (menos doses do que o preconizado)	7 (6,1)	7 (20)	0 (0)
	Não tratada	42 (36,5)	15 (42,9)	1 (100)
	<b>Total</b>	<b>115 (100)</b>	<b>35 (100)</b>	<b>1 (100)</b>

bretudo em razão dos altos índices de subnotificação encontrados no Brasil.<sup>(5)</sup>

Quanto aos dados socioeconômicos, a faixa etária mais acometida foi de 20 a 29 anos, em concordância com a literatura. Características como raça/cor parda e baixo nível de escolaridade são variáveis que se mostraram predominantemente associadas à sífilis gestacional, assim como evidenciado nos estudos de Bampi *et al.*,<sup>(2)</sup> Lafetâ *et al.*,<sup>(5)</sup> Garbin *et al.*<sup>(16)</sup> e Domingues e Leal.<sup>(17)</sup>

Além disso, 36,4% das entrevistadas não possuíam profissão e, na maioria, elas eram solteiras, em concordância com resultados de outros dois estudos brasileiros. A renda familiar, por sua vez, foi predominantemente de até um salário mínimo. Tais resultados evidenciam que a sífilis acomete principalmente mulheres de baixa renda, muitas vezes com acesso precário ao serviço de saúde e com baixo nível de escolaridade, o que dificulta a adesão ao tratamento. Deve-se levar em consideração o fato de o estudo ter sido realizado em serviço público e que pode representar viés nessa variável.<sup>(5,18)</sup>

Nesta pesquisa, 76,2% de mulheres com número de consultas no pré-natal maior que seis, portanto com pré-natal considerado adequado pelo MS, foram identificadas. Entre essas, porém, apenas 46% foram tratadas adequadamente. Esse resultado chama atenção para um fato de extrema importância: o número de consultas, por si só, não é o suficiente para garantir a efetividade do pré-natal em prevenir e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal. Muito além de consultas, essas gestantes precisam de: fácil acesso a medicações; informação acessível, com compreensão da doença e da importância do tratamento adequado; vigilância ativa do tratamento dela e do parceiro; início precoce e seguimento adequado no pré-natal, com possibilidade de consultas mais próximas se necessário. Por outro lado, o sistema de saúde necessita de cobertura ampla para que a vigilância seja possível e o maior número de gestantes possa ser atingido, para que essas mulheres e

seus parceiros se sintam incluídos e acolhidos pelos serviços de saúde. Por fim, é necessário também que os profissionais de saúde sejam constantemente atualizados e capacitados.<sup>(14,18,19)</sup>

Um número expressivo (39,1%) dos diagnósticos ocorreu no parto, ao contrário do encontrado em estudos realizados em Portugal e nos Estados Unidos da América (EUA), que detectaram, respectivamente, apenas 7,4% e 4,1% das pacientes com diagnóstico nessa ocasião. Em pesquisa realizada no estado de Minas Gerais, porém, os resultados foram ainda mais alarmantes que no estudo atual, com 62,4% dos diagnósticos no momento do parto ou curetagem. Tal discrepância pode ser espelho das diferenças socioeconômicas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que afeta diretamente no processo saúde-doença e no acesso aos serviços, e corrobora as questões já discutidas, visto que, embora a maioria das entrevistadas tenha realizado pré-natal considerado adequado, tal fato não foi suficiente para que o diagnóstico fosse realizado precocemente e o tratamento correto fosse instituído.<sup>(5,7,8)</sup>

Quanto à fase da doença, identificou-se que a maioria das gestantes foi diagnosticada na fase assintomática da doença (91,4%), semelhante aos 80% encontrados por Garbin *et al.*<sup>(16)</sup> e Liu *et al.*<sup>(20)</sup> Por outro lado, Cardoso *et al.*<sup>(21)</sup> relataram apenas 4% das gestantes nessa fase, mas essa estimativa foi realizada por análise das fichas de notificação compulsórias, e 38,9% delas tiveram esse campo ignorado.<sup>(16,20,21)</sup>

Apesar de possuir um tratamento relativamente simples e de baixo custo, menos da metade das gestantes (apenas 46%) foram tratadas corretamente, estatísticas essas reafirmadas por outros dois estudos. Quando se analisa o tratamento correto do casal, esses valores são ainda mais preocupantes, correspondendo a 19,9% nessa pesquisa e 13,8% segundo Torres *et al.*<sup>(10)</sup> Existe uma divergência estatística sobre essa variável quando comparamos com um estudo realizado no interior do Para-

nã, o qual relata que 50% dos casais foram devidamente tratados, no entanto essa pesquisa analisou somente 40 casos.<sup>(10,18,22)</sup>

Um achado intrigante corresponde ao fato de que os parceiros em união estável, proporcionalmente, aderiram mais ao tratamento do que aqueles em situação de casamento, e solteiros e casados tiveram uma adesão muito semelhante.

Ainda sobre o tratamento, é importante citar que todas as 61 (40,4%) mulheres consideradas não tratadas receberam tratamento no puerpério. Além disso, todas as entrevistadas receberam mais duas doses de penicilina G benzatina na maternidade, independentemente da adequação do tratamento no pré-natal, o que não seria necessário se os parâmetros de sucesso do tratamento fossem averiguados. Esses critérios são avaliados por meio da redução de dois títulos no VDRL após três meses do fim do tratamento ou três títulos após seis meses.<sup>(10)</sup>

Além do tratamento da mulher e do parceiro, é essencial, também, garantir o seguimento de todas as crianças expostas à sífilis, com a doença excluída ou confirmada em uma avaliação inicial, visto que elas podem desenvolver sinais e sintomas tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou do tratamento na maternidade. Por isso, o serviço avaliado neste estudo opta por considerar todas as crianças com VDRL positivo como sífilis congênita provável, administrando tratamento na internação pós-parto, em razão da dúvida quanto ao seguimento adequado dessas crianças, sobretudo por constituir-se de uma população carente, como já citado. Considerando essa particularidade, este estudo identificou 92,7% dos conceptos com sífilis congênita provável, valor acima do encontrado nas publicações, que variam de 30% a 61,2%, o que é devido ao modo de diagnóstico referido anteriormente.<sup>(5,10,13,17,22)</sup>

De acordo com os antecedentes reprodutivos, observou-se que as gestantes com sífilis, na maioria das vezes, eram multiparas, e cerca de um quinto delas relatava abortos prévios, perfil esse similar ao encontrado em outras pesquisas com metodologia semelhante.<sup>(10,18,22)</sup>

Apesar do baixo número de coinfeções identificado, sabe-se que a sífilis pode aumentar a transmissão sexual, vertical e perinatal do HIV. Além disso, o HIV pode alterar o curso clínico da doença, com a ocorrência de manifestações atípicas ou mais agressivas, e compromete a probabilidade de efetividade do tratamento da sífilis no adulto. Por isso, é possível que as gestantes coinfectadas se beneficiem de esquemas de tratamento mais longos com penicilina benzatina, o que foi realizado com uma das mulheres desta pesquisa. Entretanto, a literatura atual não preconiza a recomendação de um esquema diferenciado. Ademais, é preciso ter maior cuidado com as gestantes coinfectadas.<sup>(13,23)</sup>

Na literatura, a subnotificação é retratada como uma grande mazela brasileira. No entanto, ainda existem poucas pesquisas com metodologia baseada na busca

ativa que quantifiquem o grau de subnotificação. No local deste estudo, identificou-se que 12,6% dos casos não foram registrados no caderno de registros de doenças de notificação compulsória do HRMI. Enquanto isso, em estudo realizado em Montes Claros, município do estado de Minas Gerais, foram encontrados dados alarmantes, com apenas 6,5% dos casos de sífilis em gestantes notificados. Considerando, como já exposto, que a sífilis gestacional é avaliada como indicador da qualidade do pré-natal, uma realidade subnotificada resulta em estratégias insuficientes, o que se evidencia pelo fato de a meta de eliminação da sífilis congênita não ter sido atingida conforme proposto.<sup>(5,12,18)</sup>

## CONCLUSÃO

Neste estudo foi encontrado que as gestantes acometidas pela sífilis, na grande maioria, são jovens e multiparas e possuem baixa renda familiar e baixa escolaridade; e muitas delas receberam tratamento inadequado. A partir desses resultados, evidencia-se, portanto, que, para combater a sífilis gestacional, é necessário atuar em diferentes esferas. A prevenção é um ponto essencial, tendo a educação sexual papel primordial, pois leva a maior conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e de proteção contra ISTs. O acesso à educação também é necessário, uma vez que age diretamente no processo saúde-doença, levando não só ao maior entendimento da necessidade de prevenção, como também à melhor compreensão da doença, de suas complicações e de seu tratamento, com maior adesão ao pré-natal e maior aderência ao tratamento, inclusive do parceiro. Na área da saúde, faz-se necessária cobertura mais ampla com maior inclusão da população, acesso fácil aos serviços e maior disponibilidade de medicações, exames e profissionais. É imprescindível também a capacitação constante dos profissionais atuantes, a instituição de protocolos bem definidos, a ocorrência de vigilância ativa do tratamento das pacientes e de seus parceiros e a realização de campanhas para disseminação do conhecimento acerca da sífilis na gestação e suas potenciais consequências. Por fim, porém de grande importância, é extremamente necessária a notificação compulsória da doença, pois só conhecendo a real dimensão do problema é possível combatê-lo com ações direcionadas e efetivas.

## AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa recebeu apoio do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, que autorizou a coleta de dados na enfermaria do hospital.

## REFERÊNCIAS

1. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controlado. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:78. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007066

2. Bampi JVB, Correa ME, Bet GMS, Marchioro SB, Simionatto S. Descriptive analysis of syphilis cases reported in Mato Grosso do Sul, Brazil identifies failure in treatment. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019;52:e20180026. doi: 10.1590/0037-8682-0026-2018
3. Arnesen L, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(6):422-9.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2018;49(45):1-48. Available from: [http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66163/boletim\\_sifilis\\_04122018.pdf?file=1&type=node&id=66163&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66163/boletim_sifilis_04122018.pdf?file=1&type=node&id=66163&force=1)
5. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006
6. Milanez H. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(9):425-7. doi: 10.1055/s-0036-1593603
7. Magalhães M, Basto L, Areia AL, Franco S, Malheiro ME, Afonso ME, et al. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: reality in a Portuguese Central University Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(6):265-72. doi: 10.1055/s-0037-1603646
8. Stafford IA, Berra A, Minard CG, Fontenot V, Kopkin RH, Rodrigue E, et al. Challenges in the contemporary management of syphilis among pregnant women in New Orleans, LA. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2019;2019:2613962. doi: 10.1155/2019/2613962
9. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis monitoring [Internet]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2017 [cited 2019 Sep 4]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf?sequence=1>
10. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in pregnancy: the reality in a public hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(2):90-6. doi: 10.1055/s-0038-1676569
11. Marques JVS, Alves BM, Marques MVS, Arcanjo FPN, Parente CC, Vasconcelos RL. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. *Sanare*. 2018;17(2):13-20. doi: 10.36925/sanare.v17i2.1257
12. Couto MS, Costa LS, Bolzan P, Dela Libera PB, Dias JB, Quatrin LB. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita do município de Santa Maria/RS entre os anos de 2007 e 2016. *Discipl Sci*. 2018;19(3):415-23.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Sep 5]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Sep 10]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
15. Fontelles MJ. Bioestatística: aplicada à pesquisa experimental. São Paulo: Livraria da Física; 2012.
16. Garbin AJI, Martins RJ, Belila NM, Exaltação SM, Garbin CAS. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019;52:e20180226. doi: 10.1590/0037-8682-0226-2018
17. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the birth in Brazil study. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(6):e00082415. doi: 10.1590/0102-311X00082415
18. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
19. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(3):257-63. doi: 10.1590/S1519-38292011000300006
20. Liu H, Chen N, Yu J, Tang W, He J, Xiao H, et al. Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):292. doi: 10.1186/s12879-019-3896-4
21. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(2):563-74. doi: 10.1590/1413-81232018232.01772016
22. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(4):781-9. doi: 10.1590/1806-93042017000400010
23. Kalichman SC, Pellowski J, Turner C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention. *Sex Transm Infect*. 2011;87(3):183-90. doi: 10.1136/sti.2010.047514