

Perfil epidemiológico de sífilis gestacional no hospital público-privado em um município do oeste do Paraná

Epidemiological profile of gestational syphilis in a public-private hospital in a municipality in western Paraná

Naura Tonin Angonese¹, Gustavo Andrade Derossi Guilherme¹

Descritores

Sífilis; Gestantes; Doenças sexualmente transmissíveis; Saúde pública; Saúde materno-infantil

Keywords

Syphilis; Pregnancy; Sexually transmitted diseases; Public health; Maternal and child health

Submetido:

21/03/2022

Aceito:

31/10/2022

1. Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar

Autor correspondente:

Gustavo Andrade Derossi Guilherme
Rodovia PR 182 km 320/321,
85919-899, Toledo, PR, Brasil
gustavo_adg@hotmail.com

Como citar:

Angonese NT, Guilherme GA. Perfil epidemiológico de sífilis gestacional no hospital público-privado em um município do oeste do Paraná; Femina. 2022;50(12):742-50.

RESUMO

Objetivo: Determinar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional em um hospital público-privado localizado no município de Toledo, Paraná, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, com forma de abordagem quantitativa, descritiva e indireta, a partir de uma pesquisa documental em um hospital público-privado e na 20ª Regional de Saúde do Paraná, localizados no município de Toledo, Paraná, Brasil. **Resultados:** Foram avaliadas 163 gestantes com sífilis gestacional. A média de idade foi 24,42 anos. Entre as gestantes, 47,24% são mulheres brancas, 39,88% têm ensino médio completo, 66,26% residentes na cidade de Toledo, 98,16% realizaram pré-natal, 65,64% foram diagnosticadas no primeiro trimestre. O tratamento adequado ocorreu em 45,40% das gestantes e em 53,99% o parceiro foi tratado em conjunto. **Conclusão:** A sífilis gestacional apresentou predomínio em gestantes na faixa etária de 20 a 29 anos, mulheres brancas, com ensino médio completo, residentes em Toledo, Paraná. Retratou-se boa cobertura de pré-natal, assim como apontou-se o tratamento do parceiro sexual como o maior obstáculo para a gestante ser tratada adequadamente e indicou-se que a sífilis em gestantes pode ser considerada uma causa importante da ocorrência de desfechos perinatais desfavoráveis.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of gestational syphilis in a public-private hospital, located in the city of Toledo, Paraná, from January 2017 to December 2019. **Methods:** Observational, retrospective study, with a quantitative, descriptive and indirect approach, based on a documentary research in a public-private hospital and in the 20th Regional Health of Paraná, located in the city of Toledo, Paraná, Brazil. **Results:** 163 pregnant women with gestational syphilis were evaluated. The average age was 24.42 years. 47.24% are white women, 39.88% have completed high school, 66.26% live in the city of Toledo. 98.16% had prenatal care, 65.64% were diagnosed in the 1st trimester. Appropriate treatment occurred in 45.40% of the pregnant women and in 53.99% the partner was treated together. **Conclusion:** Gestational syphilis was predominant in pregnant women aged 20 to 29 years, white women, with complete high school, living in Toledo, Paraná. It portrayed good prenatal coverage, as well as pointing out the treatment of the sexual partner as the biggest obstacle for the pregnant

woman to be treated properly and indicated that syphilis in pregnant women can be considered an important cause of the occurrence of unfavorable perinatal outcomes.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico, exclusiva de seres humanos, cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*. Esse patógeno é uma bactéria espiralada, Gram-negativa, com aproximadamente 8 micrômetros de comprimento e possui baixa resistência ao meio ambiente, com impossibilidade de cultivo *in vitro*.⁽¹⁾

A sífilis é um importante agravamento em saúde pública, afetando indivíduos como um todo. Quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica, desenvolver lesões de pele e mucosas, e acometer sistemas como o nervoso, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e ósseo.^(2,3) Além disso, a sífilis adquirida durante a gravidez pode resultar em aborto, natimorto, malformação, crescimento intrauterino restrito, prematuridade, placentomegalia, placente, hidropisia fetal não imune ou sequelas pós-natais variáveis, como cegueira, surdez, deficiência mental e malformações de apresentação precoce ou tardia. Adicionalmente, a sífilis congênita é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal.⁽⁴⁾

A doença é de notificação compulsória⁽⁵⁾ e conceituada como uma IST (infecção sexualmente transmissível), por ter como principal via de disseminação a via sexual, embora a transmissão possa ocorrer de forma vertical e, raramente, por transfusão de sangue ou derivados.⁽³⁾ No período intraútero, a infecção possibilita uma taxa de transmissão de até 80% e pode ocorrer em qualquer estágio da doença e idade gestacional.⁽⁶⁾ No final da gestação, está relacionada a maior dano fetal, ainda que corresponda ao estágio em que o feto possui maior competência imunológica.⁽⁷⁾ Além disso, é importante mencionar que o risco para o feto também é diretamente proporcional à treponemia materna.⁽⁶⁾

A sífilis é uma doença que tem seu tratamento baseado no uso de penicilina G benzatina por via intramuscular.⁽⁷⁾ A ação benéfica da penicilina nos diferentes estágios da infecção foi demonstrada no ano de 1943 por Mahoney e permanece como escolha nos dias de hoje.⁽²⁾ Os esquemas terapêuticos dependem da fase clínica e julga-se que a sífilis foi adequadamente tratada na gestação se o tratamento for feito de maneira completa, em um período maior que 30 dias antes do parto, efetuado com o fármaco penicilina, e se o parceiro sexual foi tratado em conjunto.⁽⁷⁾

As ISTs como a sífilis são consideradas um problema de saúde pública no mundo.⁽⁸⁾ No Brasil, observou-se que, com o passar dos anos, o número de casos de sífilis em gestantes foi crescente. Entre 2008 e 2011,

ocorreram 39.491 casos de sífilis em gestantes, de 2012 a 2015 foram 96.739 casos e de 2016 até junho de 2019 aconteceram 176.457 casos no país.⁽⁸⁾ No estado do Paraná, também houve aumento: foram notificados 2.269 casos de sífilis gestacional no ano de 2016, em 2017 ocorreu um acréscimo de 13,35% em relação ao ano anterior, e em 2018 ampliou 10,26%, em comparação a 2017.⁽⁹⁾

Devido à relevância da temática, o objetivo do estudo foi determinar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional em um hospital público-privado, localizado no município de Toledo, Paraná, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza observacional, retrospectivo, com forma de abordagem quantitativa, descritiva e indireta, a partir de uma pesquisa documental em um hospital público-privado (HOESP – Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná) e na 20ª Regional de Saúde – Secretaria da Saúde do Paraná, localizados no município de Toledo, Paraná, Brasil.

A 20ª Regional de Saúde do Paraná contempla 18 municípios: Assis Chateaubriand, Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguazu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi.⁽¹⁰⁾ O hospital público-privado coparticipante é referência para o atendimento da região.

Como a sífilis na gestação possui notificação compulsória, foram reunidos e confrontados os dados a partir das duas instituições por meio de fichas de notificação e banco de dados da 20ª Regional de Saúde e prontuários disponibilizados pelo hospital. Os casos foram identificados por intermédio do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), do Sinasc (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos) e do SIM (Sistema de Informação Sobre Mortalidade) disponíveis na 20ª Regional de Saúde e, posteriormente, foram complementados dados pelos prontuários do hospital.

A população do estudo foram as gestantes residentes nos municípios abrangidos pela 20ª Regional de Saúde, internadas para desfecho obstétrico (abortamento/partos) com diagnóstico positivo para sífilis e que utilizaram o serviço de maternidade do hospital público-privado, no tempo transcorrido da pesquisa, entre os meses de janeiro de 2017 e dezembro de 2019.

As variáveis contempladas pela pesquisa foram: idade, raça, escolaridade, procedência, realização e número de consultas de pré-natal na gestação atual, idade gestacional do diagnóstico de sífilis agrupada por trimestre, realização de teste treponêmico e não

treponêmico, classificação do estágio da sífilis, esquema de tratamento prescrito para a gestante, tratamento em conjunto do parceiro, alterações fetais diagnosticadas durante a gravidez, condições do produto conceptual ao nascimento, diagnóstico de sífilis no produto conceptual, tratamento no recém-nascido. O procedimento relacionado à coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR), segundo o parecer consubstanciado do CEP número 3.630.989, CAAE 20116519.2.0000.0102.

Para determinar a distribuição conforme a faixa etária, as gestantes com sífilis foram categorizadas em quatro grupos segundo a idade em anos (≤ 19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, ≥ 40 anos). Em relação à idade gestacional do diagnóstico, foram agrupadas conforme o trimestre (primeiro trimestre, segundo trimestre, terceiro trimestre).

Na identificação do desfecho perinatal, foram observadas as seguintes características: aborto, recém-nascido vivo, óbito fetal/natimorto, óbito neonatal, idade gestacional do nascimento (agrupada em três categorias: < 20 semanas, 20 semanas a 36 semanas e 6 dias, > 37 semanas), peso ao nascer (disposto em cinco classes: < 1.000 gramas, 1.001 a 2.000 gramas, 2.001 a 2.500 gramas, 2.501 a 3.000 gramas, > 3.000 gramas), presença ou não de malformação. Por fim, observou-se a taxa de casos congênitos de sífilis em gestantes que receberam o tratamento de modo adequado (parceiro tratado e dose de penicilina adequada).

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores. Quando necessário, foram utilizados os programas Microsoft Excel e RStudio para realizar cálculos estatísticos. As informações foram descritas por intermédio do uso de estatística descritiva; tabelas, gráficos, medidas de tendência central e dispersão (quando os dados foram quantitativos), enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas em percentuais. Quando pertinente, realizou-se o teste de associação (qui-quadrado) utilizando nível de significância de 5%.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019, foram identificadas 163 gestantes diagnosticadas com sífilis. Do total, 34 casos (20,86%) ocorreram no ano de 2017, 74 casos (45,40%), em 2018 e 55 casos (33,74%), em 2019. A prevalência foi de 32 casos a cada 1.000 gestantes no ano de 2018 e de 27 casos a cada 1.000 gestantes no ano de 2019. Não foi possível determinar a prevalência de sífilis no ano de 2017 devido a uma mudança de sistema no hospital nesse período. A média da idade das gestantes foi de 24,43 anos, com desvio-padrão de $\pm 5,81$. Sobre o perfil sociodemográfico, foi observada predominância de gestantes na faixa etária de 20 a 29 anos (62,58%), mulheres brancas (47,24%), com ensino médio completo (39,88%) e residentes na

cidade de Toledo (66,26%) (Tabela 1). De acordo com os documentos analisados, 160 gestantes (98,16%) tiveram acompanhamento pré-natal durante a gestação; dessas, 90,80% realizaram seis ou mais consultas. Em três casos (1,84%) não houve registro de acompanhamento pré-natal (Tabela 1). A média do número de consultas de pré-natal foi de 9,89 consultas, com desvio-padrão de $\pm 3,56$. O diagnóstico pré-natal ocorreu em 65,64% no primeiro trimestre, 17,79% no segundo trimestre, 12,27% no terceiro trimestre e 2,45% no momento do parto. No momento da assistência ao parto, 98,77% dos testes treponêmicos e 77,30% dos testes não treponêmicos foram reagentes. A classificação na ficha de notificação em relação ao estágio da sífilis apresentou 19,02% como primária, 5,52% terciária, 4,29% secundária e 3,68% latente, e em 67,48% não houve registro dessa informação. O esquema de penicilina G benzatina 7.200.000 UI foi prescrito em 71,78% dos casos, e em 53,99% o parceiro da gestante foi tratado em conjunto (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas das gestantes atendidas no hospital

| Características | n (%) |
|---|-------------|
| Idade | |
| ≤ 19 anos | 30 (18,40) |
| 20-29 anos | 102 (62,58) |
| 30-39 anos | 28 (17,18) |
| ≥ 40 anos | 3 (1,84) |
| Ignorado | 0 (0) |
| Raça/Cor | |
| Branca | 77 (47,24) |
| Preta | 9 (5,52) |
| Outra | 76 (46,63) |
| Ignorado | 1 (0,61) |
| *Detalhamento categoria "Outra" (Raça/Cor) | |
| Amarela | 3 (1,84) |
| Indígena | 1 (0,61) |
| Parda | 72 (44,17) |
| Escolaridade | |
| Analfabeta | 2 (1,23) |
| Ensino fundamental incompleto | 18 (11,04) |
| Ensino fundamental completo | 40 (24,54) |
| Ensino médio incompleto | 27 (16,56) |
| Ensino médio completo | 65 (39,88) |
| Ensino superior incompleto | 5 (3,07) |
| Ensino superior completo | 3 (1,84) |
| Ignorado | 3 (1,84) |

| Procedência | |
|-------------------------|-------------|
| Assis Chateaubriand | 4 (2,45) |
| Diamante do Oeste | 2 (1,23) |
| Entre Rios do Oeste | 0 (0) |
| Guaíra | 11 (6,75) |
| Marechal Cândido Rondon | 2 (1,23) |
| Maripá | 2 (1,23) |
| Mercedes | 3 (1,84) |
| Nova Santa Rosa | 3 (1,84) |
| Ouro Verde do Oeste | 3 (1,84) |
| Palotina | 2 (1,23) |
| Pato Bragado | 2 (1,23) |
| Quatro Pontes | 0 (0) |
| Santa Helena | 8 (4,91) |
| São José das Palmeiras | 0 (1,23) |
| São Pedro do Iguaçu | 4 (2,45) |
| Terra Roxa | 5 (3,07) |
| Toledo | 108 (66,26) |
| Tupãssi | 2 (1,23) |
| Ignorado | 0 (0) |

| Realizou pré-natal nesta gestação | |
|-----------------------------------|-------------|
| Sim | 160 (98,16) |
| Não | 0 (0) |
| Ignorado | 3 (1,84) |

| Idade gestacional do diagnóstico de sífilis | |
|---|-------------|
| 1º trimestre | 107 (65,64) |
| 2º trimestre | 29 (17,79) |
| 3º trimestre | 20 (12,27) |
| Momento do parto | 4 (2,45) |
| Ignorado | 3 (1,84) |

| Teste treponêmico | |
|-------------------|-------------|
| Reagente | 161 (98,77) |
| Não reagente | 1 (0,61) |
| Ignorado | 1 (0,61) |

| Teste não treponêmico | |
|-----------------------|-------------|
| Reagente | 126 (77,30) |
| Não reagente | 33 (20,25) |
| Ignorado | 4 (2,45) |

| Classificação do estágio da sífilis | |
|-------------------------------------|-------------|
| Primária | 31 (19,02) |
| Secundária | 7 (4,29) |
| Latente | 6 (3,68) |
| Terciária | 9 (5,52) |
| Ignorado | 110 (67,48) |

| Esquema de tratamento prescrito | |
|---------------------------------|-------------|
| PGB 2.400.000 UI | 18 (11,04) |
| PGB 3.600.000 UI | 3 (1,84) |
| PGB 4.800.000 UI | 4 (2,45) |
| PGB 7.200.000 UI | 117 (71,78) |
| PC 2.400.000 UI | 1 (0,61) |
| PC 5M + PC 2,5M 4/4h | 2 (1,23) |
| Ignorado | 18 (11,04) |

| Parceiro tratado em conjunto | |
|------------------------------|------------|
| Sim | 88 (53,99) |
| Não | 52 (31,90) |
| Ignorado | 23 (14,11) |

| Número de consultas de pré-natal | |
|----------------------------------|------------|
| 1 consulta | 2 (1,23) |
| 2 consultas | 1 (0,61) |
| 3 consultas | 3 (1,84) |
| 4 consultas | 1 (0,61) |
| 5 consultas | 5 (3,07) |
| 6 consultas | 14 (8,59) |
| 7 consultas | 14 (8,59) |
| 8 consultas | 23 (14,11) |
| 9 consultas | 16 (9,82) |
| 10 consultas | 14 (8,59) |
| 11 consultas | 17 (10,43) |
| 12 consultas | 13 (7,98) |
| 13 consultas | 9 (5,52) |
| 14 consultas | 11 (6,75) |
| 15 consultas | 6 (3,68) |
| 16 consultas | 5 (3,07) |
| 17 consultas | 2 (1,23) |
| 18 consultas | 3 (1,84) |
| 19 consultas | 1 (0,61) |
| Ignorado | 3 (1,84) |

PGB: penicilina G benzatina; PC: penicilina cristalina; UI: unidade internacional; M: milhões.

Em relação aos desfechos perinatais, observou-se a presença de 162 (98,18%) recém-nascidos vivos, 2 (1,22%) abortos e 1 (0,61%) óbito fetal; 85,45% ocorreram com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e 12,73% foram classificados como baixo peso ao nascer (<2.500 gramas). Em 92,73% dos casos, não foram encontradas alterações fetais ou gestacionais diagnosticadas durante a gestação, 96,37% não possuíram malformações aparentes, e 5,45% foram encaminhados para a UTI (unidade de terapia intensiva) neonatal (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos conceitos das gestantes com sífilis atendidas no hospital

| Características | n (%) |
|--|-------------|
| Alterações fetais ou gestacionais diagnosticadas durante a gravidez | |
| Não | 153 (92,73) |
| Síndrome de Potter | 1 (0,61) |
| Macrossomia | 1 (0,61) |
| Acretismo placentário | 1 (0,61) |
| Crescimento intrauterino restrito | 1 (0,61) |
| Saco gestacional sem embrião | 1 (0,61) |
| Oligodrâmnio severo + corioamnionite | 1 (0,61) |
| Ignorados | 6 (3,64) |
| Condições do produto – Vida | |
| Aborto | 2 (1,22) |
| RN vivo | 162 (98,18) |
| Fetal/natimorto óbito | 1 (0,61) |
| Óbito neonatal | 0 (0) |
| Condições do produto – Idade gestacional de nascimento | |
| <20 semanas | 1 (0,61) |
| 20 semanas a 36 semanas e 6 dias | 22 (13,33) |
| ≥37 semanas | 141 (85,45) |
| Ignorados | 1 (0,61) |
| Condições do produto – Peso | |
| <1.000 gramas | 2 (1,21) |
| 1.001 a 2.000 gramas | 8 (4,85) |
| 2.001 a 2.500 gramas | 11 (6,67) |
| 2.501 a 3.000 gramas | 33 (20) |
| >3.000 gramas | 109 (66,06) |
| Ignorado* | 2 (1,21) |
| Condições do produto – Malformações | |
| Não aparente | 159 (96,37) |
| Mal formação MSE + pé esquerdo | 1 (0,61) |
| Acrania | 1 (0,61) |
| Ignorado | 4 (2,42) |
| Teste não treponêmico | |
| Reagente | 85 (51,52) |
| Não reagente | 44 (26,67) |
| Ignorado | 36 (21,82) |
| Condições do produto – Localização | |
| Alojamento conjunto | 89 (53,94) |
| UTI neonatal | 9(5,45) |
| Ignorado | 67(40,61) |

RN: recém-nascido; MSE: membro superior esquerdo; UTI: unidade de terapia intensiva. * 1 caso de aborto retido e 1 curetagem pós-abortamento.

Dos 165 conceitos das gestantes, o teste não treponêmico foi realizado em 129 casos (78,18%), com resultado reagente em 65,89% (n = 85) e não reagente em 34,11% (n = 44). Em 36 casos (21,82%), não houve registro da realização desse teste. A equipe neonatal diagnosticou 54 casos como sífilis congênita (32,72%) durante o período da internação, 47 foram tratados com esquema de penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, e em 7 houve registro de tratamento, mas não foi descrito o esquema usado. Não foi objetivo do presente trabalho avaliar os critérios utilizados para diagnóstico e tratamento de sífilis congênita. Entre as 163 gestantes, 74 (45,40%) receberam o tratamento adequado e 89 (54,60%) obtiveram tratamento inadequado. No grupo com o tratamento adequado ocorreu 24 casos (32,43%) de sífilis congênita, e no grupo com tratamento inadequado, 30 casos (33,71%). O diagnóstico da sífilis gestacional no primeiro trimestre foi a única variável que apresentou associação significativa com a sífilis congênita (p = 0,0206) (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre características pré-natais e sífilis congênita

| Características | Não | | p-value* |
|---------------------------------------|-----------|-----------|----------|
| | Infectado | infectado | |
| Número de consultas pré-natais | | | 1 |
| ≥6 | 52 | 72 | |
| <6 | 2 | 3 | |
| Tratamento da sífilis materna | | | 1 |
| Adequado | 24 | 34 | |
| Inadequado | 30 | 41 | |
| Parceiro tratado | | | 0,1752 |
| Sim | 34 | 37 | |
| Não | 20 | 38 | |
| Diagnóstico de sífilis na mãe | | | 0,0206 |
| No 1º trimestre | 43 | 44 | |
| Após o 1º trimestre | 11 | 31 | |
| Idade da mãe | | | 0,7317 |
| <20 | 10 | 11 | |
| ≥20 | 44 | 64 | |
| Escolaridade materna** | | | 0,4348 |
| Analfabeta/ensino fundamental | 22 | 24 | |
| Ensino médio/superior | 32 | 50 | |

* Teste qui-quadrado de Pearson com correção de Yates. ** O total difere das demais variáveis devido à exclusão de dado ignorado de escolaridade.

DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde orienta que as gestantes precisam ser testadas para sífilis em pelo menos três ocasiões: na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto/aborto;⁽⁶⁾ assim como ter um acompanhamento mínimo de seis consultas durante o pré-natal.⁽¹¹⁾ No Paraná existe a Linha Guia Rede Mãe Paranaense, a qual possui diversos conceitos e princípios de atenção voltados para gestantes e crianças menores de 1 ano de idade, em especial ao pré-natal e puerpério, com o intuito de diminuir a mortalidade infantil e materna e proporcionar uma rede de atenção de qualidade no estado. Algumas de suas recomendações são a realização da detecção precoce da gestação, a execução dos exames pré-natais de rotina e a efetivação de um mínimo de sete consultas (seis no pré-natal e uma no puerpério).⁽¹²⁾ Além disso, deve ocorrer o rastreamento para sífilis de forma integral no grupo das mulheres no início da gestação.⁽¹³⁾

No presente estudo o acompanhamento pré-natal foi realizado em 98,16% das gestantes; entre elas, a maior parte dos casos (90,80%) fez seis ou mais consultas, bem como a maioria das gestantes teve diagnóstico para sífilis no primeiro trimestre (65,64%). Esses achados estão em conformidade com as normativas da Rede Mãe Paranaense e do Ministério da Saúde, sugerindo que ocorre o cumprimento das suas recomendações na população estudada. Realizar o pré-natal com o mínimo de seis consultas e os exames durante a gestação é um pilar básico para efetuar o diagnóstico da sífilis gestacional. A importância desse seguimento adequado é que a transmissão vertical da sífilis é passível de prevenção com o diagnóstico e tratamento adequados da gestante durante a gravidez.⁽¹⁴⁾

Alguns estudos apresentaram grande porcentagem de diagnóstico da sífilis no momento do parto, como o de Lima *et al.*,⁽¹⁵⁾ com aproximadamente 40% das gestantes em Sobral, município de médio porte do Ceará, e o de Lafetá *et al.*,⁽¹⁶⁾ em que a maioria dos diagnósticos ocorreu no momento do parto na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais. Em contrapartida a isso, Padovani *et al.*⁽¹⁷⁾ demonstraram um diagnóstico de 78,23% durante o pré-natal na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, corroborando o observado no presente trabalho, em que 95,7% das gestantes foram diagnosticadas antes do parto, evidenciando boa qualidade na detecção da sífilis gestacional na localidade. A divergência entre as regiões do Brasil pode demonstrar a existência de um serviço de pré-natal heterogêneo, com ocorrência de diagnósticos tardios dos casos de sífilis em gestantes e aumento de taxas de incidência de sífilis congênita no território brasileiro.⁽¹⁸⁾

Sobre a faixa etária das gestantes acometidas por sífilis, a categoria com maior frequência foi a de 20 a 29 anos de idade (62,58%), dado em conformidade com os estudos de Mélo *et al.*,⁽¹⁹⁾ realizado no Nordeste

brasileiro, de Slutsker *et al.*,⁽²⁰⁾ realizado na cidade de Nova York, e de Aho *et al.*,⁽²¹⁾ realizado no Canadá entre 2011 e 2020, e com a série histórica no Brasil, realizada entre 2005 e 2018, a qual apresentou 52,5% na mesma faixa etária.⁽⁸⁾ Maschio-Lima *et al.*⁽²²⁾ também encontraram predominância nessa categoria de idade em São José do Rio Preto no estado de São Paulo e indagaram sobre a possibilidade de esse ser o período da vida sexual mais ativo e a importância da prevenção em saúde direcionada ao sexo seguro associado ao planejamento familiar.

Quanto à raça/cor, o Boletim Epidemiológico de Sífilis relata que o Brasil, de 2005 a junho de 2019, apresentou que a sífilis acometeu 29,7% gestantes brancas, 48% pardas e 12,2% pretas.⁽⁸⁾ Já no estado do Paraná, no período de 2010 a 2017, a população de gestantes com sífilis foi de 67,9% mulheres brancas, 22,1% pardas e 6% negras.⁽²³⁾ Nesta pesquisa, observou-se na população abordada a ocorrência de uma proporção de 47,24% mulheres brancas, 44,17% pardas e 5,52% negras, sugerindo que mantém semelhança com o parâmetro encontrado no estado em que está inserida; provavelmente esses resultados estão de acordo com o padrão étnico local esperado.

Para a escolaridade, foi observado que a maior parcela das gestantes se enquadra na categoria de ensino médio completo (39,88%). Ao avaliar todas as gestantes, encontra-se que 61,35% possuíam escolaridade superior a oito anos. Os estudos de Soares *et al.*⁽²⁴⁾ e Lafetá *et al.*⁽¹⁶⁾ também demonstraram acometimento maior em gestantes nessa mesma categoria, enquanto Maschio-Lima *et al.*⁽²²⁾ e Lima *et al.*⁽¹⁵⁾ apontaram escolaridade menor. Essa variação revela uma dificuldade em determinar uma população de risco e vai ao encontro do fato de que a prevenção primária da sífilis (prática de sexo seguro) não está diretamente relacionada a escolaridade; desse modo, enfatiza-se a necessidade de campanhas de conscientização direcionadas para diferentes níveis de instrução e conhecimento.

O município de Toledo apresentou a maior quantidade de casos, com um número de 108 (66,26%) gestantes com sífilis no período analisado. Isso ocorreu, possivelmente, devido ao fato de o hospital coparticipante da pesquisa possuir sua matriz nesse município, assim, a predominância de ocorrências nessa cidade sugere-se pela facilidade de referenciar a gestante ao serviço hospitalar para gestação de alto risco como determinado pela Rede Mãe Paranaense.⁽¹²⁾

Neste estudo, observou-se que apenas 53,99% dos parceiros foram tratados em conjunto com as gestantes, fator crucial, uma vez que o não tratamento do parceiro representa uma ameaça de reinfecção à mulher, bem como a terapêutica adequada do casal é uma medida de prevenção para a sífilis congênita.⁽¹⁴⁾ O conceito atual de sexo seguro abrange uma ação ampla tanto pela equipe de saúde quanto pela gestante e seu parceiro, consistindo no uso de preservativo e imunizações, no

conhecimento e testagem regular para ISTs da gestante e parcerias sexuais, e na realização de exames preventivos e profilaxias, quando indicados.⁽⁶⁾ A aplicação desse conceito à gestante e ao parceiro sexual é fundamental para a prevenção da sífilis e outras infecções congênitas.

Ao observar a classificação do estágio da sífilis, percebe-se que em 110 casos (67,48%) não houve o preenchimento do estágio da doença. Em 74 (67,27%) deles, foi realizado o tratamento da gestante com penicilina G benzatina na dose total de 7.200.000 UI, atitude que pode ser considerada uma forma de abranger os esquemas terapêuticos para os diferentes estágios da sífilis, exceto a neurosífilis; lembrando que o recomendado para tratar a sífilis recente (primária, secundária, latente recente) são 2,4 milhões UI de penicilina benzatina em dose única, para sífilis tardia (terciária, latente tardia, duração ignorada) são 7,2 milhões UI, valor fracionado em três vezes de 2,4 milhões durante três semanas, e para neurosífilis recomenda-se benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI por dia, durante 14 dias.⁽⁶⁾

Julga-se que a sífilis foi adequadamente tratada na gestação se o tratamento for feito de maneira completa, em um período maior que 30 dias antes do parto, com dose apropriada de penicilina ao estágio da doença, e o parceiro sexual for tratado em conjunto.⁽⁷⁾ A pesquisa apresentou que 89 gestantes (54,6%) receberam tratamento inadequado, na maior parte desses casos (84,27%) não houve o tratamento em conjunto do parceiro ou não ocorreu a sua documentação (Figura 1). Vários estudos corroboram com essa causa ser a mais comum para o não tratamento adequado das gestantes.^(17,22,25,26) Campos *et al.*⁽²⁷⁾ realizaram um estudo acerca dos aspectos da parceria sexual, no qual concluíram que os parceiros são avisados sobre o diagnóstico de sífilis na gestante, mas poucos realmente realizam o tratamento adequado.

Foram observados 30 casos de sífilis congênita no grupo de gestantes tratadas inadequadamente e 24

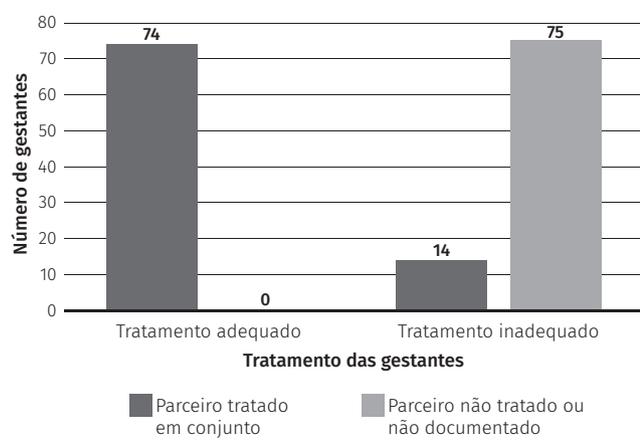


Figura 1. Distribuição do tratamento dos parceiros pelo número de gestantes tratadas adequada e inadequadamente

casos entre as gestantes que receberam tratamento adequado. Ao avaliar que houve um congruente número de consultas durante o pré-natal, que a maioria das doses de penicilina foi abrangente para o tratamento da sífilis materna, que houve associação da sífilis congênita com o diagnóstico no primeiro trimestre e que o maior motivo de tratamento inadequado foi o parceiro não tratado em conjunto, o estudo sugere uma provável reativação ou reinfeção das gestantes. Existem critérios para retratamento de sífilis gestacional em casos de reativação ou reinfeção; são eles: permanência ou recidiva de sinais e sintomas clínicos; acréscimo da titulação em no mínimo duas diluições; não diminuição da titulação no período de seis meses ou um ano após tratamento adequado.⁽⁶⁾ Entretanto, essa análise não foi objetivo do presente estudo. Diante do exposto, no acompanhamento de mulheres com diagnóstico de sífilis no pré-natal, a orientação e constante reforço sobre o sexo seguro, com ênfase no uso do preservativo masculino/feminino, e a integração das parcerias sexuais são fundamentais.

Entre os 162 recém-nascidos vivos abordados pelo estudo, em 34 (20,98%) não houve registro da realização do teste não treponêmico. Segundo o Ministério da Saúde, o teste não treponêmico deve ser efetuado em todos os filhos de gestantes com diagnóstico de sífilis, independentemente do tratamento materno.⁽⁶⁾ O resultado desse exame é importante para o manejo e a avaliação da criança na maternidade para sífilis congênita.⁽⁶⁾ O diagnóstico dessa infecção exige uma correlação entre a epidemiologia e o exame físico, clínico e laboratorial, levando em consideração o histórico da gestante durante a gravidez, os sinais e sintomas da criança, a comparação do resultado do teste não treponêmico do filho com o da mãe e a solicitação de exames complementares como hemograma, líquido, radiografia de ossos longos, entre outros, caso necessário. Por fim, é recomendado realizar um seguimento clínico da criança, que pode ser feito nas consultas ambulatoriais de puericultura.⁽⁶⁾

Consideram-se desfechos desfavoráveis: abortos, óbitos fetais, crescimento fetal restrito, prematuridade (idade gestacional de nascimento < 37 semanas), presença de infecção congênita, encaminhamento para UTI e baixo peso ao nascer (<2.500g).^(28,29) Ao contabilizar esses acontecimentos, foram obtidos 80 casos (48,48%) com desfecho desfavorável na gestação. Em similaridade a esse dado, Henz⁽²⁹⁾ encontrou que 50% das gestantes com sífilis atendidas em um centro obstétrico na cidade de Porto Alegre apresentaram desfecho desfavorável. Isso corrobora a preocupação de a sífilis gestacional ainda ser uma causa importante de desfechos perinatais desfavoráveis.

A partir dos casos de sífilis gestacional e congênita identificados pela pesquisa, a taxa de transmissão detectada da mãe para o filho foi de 32,72%, dado em conformidade com estudos existentes que apresentaram

índices similares.^(28,30) Esse contágio poderia ser inferior, pois, além de a Organização Mundial de Saúde buscar a eliminação mundial da transmissão vertical da sífilis,⁽³¹⁾ o Boletim Epidemiológico de sífilis do Paraná⁽²³⁾ refere que, com a detecção da sífilis durante a gestação e o tratamento disponível e gratuito na rede pública, associados à utilização do tratamento adequado, a transmissão vertical da sífilis torna-se um agravo 100% evitável. Além disso, nos Estados Unidos da América, alguns dos motivos para o aumento dos casos de sífilis congênita e em mulheres na idade reprodutiva nos últimos anos consistiram na redução nas atividades públicas de saúde direcionadas para a saúde sexual, poucas orientações para os profissionais e dificuldade no acompanhamento do tratamento das gestantes.⁽³²⁾ Assim, ressalta-se a importância da assistência ao pré-natal na atenção primária, associada a um plano de monitoramento e investigação dos casos para o enfrentamento da sífilis.⁽³³⁾

CONCLUSÃO

A sífilis gestacional apresentou predomínio em gestantes na faixa etária de 20 a 29 anos, mulheres brancas, com ensino médio completo, residentes em Toledo, Paraná. Houve boa cobertura de pré-natal em que a maioria das gestantes foi testada para sífilis no início do pré-natal e no momento do parto e realizou um número adequado de consultas. Apontou-se o tratamento do parceiro sexual como o maior obstáculo para a gestante ser tratada adequadamente, sugerindo a possibilidade de reativação ou reinfecção da doença e indicando que a sífilis em gestantes pode ser considerada uma causa importante da ocorrência de desfechos perinatais desfavoráveis. Apesar do amplo conhecimento sobre fisiopatologia e da existência de protocolos bem estabelecidos para o diagnóstico e tratamento da sífilis, ainda é um desafio eliminar a transmissão vertical dessa infecção, como preconiza a Organização Mundial de Saúde. Conhecer a realidade epidemiológica local e identificar possíveis causas para não atingir essa meta é medida fundamental para propiciar ações mais efetivas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
2. Avelaira JC, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-26. doi: 10.1590/S0365-05962006000200002
3. 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]. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2021 Dec 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
4. Couto JC, Tonelli E, Andrade GQ. Infecções perinatais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/10/2020-Ministerio-da-Saude-Protocolo-IST.pdf>
7. Montenegro CA, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia fundamental. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
8. Boletim Epidemiológico: Sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. Número Especial.
9. Boletim Epidemiológico: Sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018;49(45).
10. Governo do Estado do Paraná. Secretaria da Saúde. 20ª Regional de Saúde – Toledo [Internet]. 2019 [cited 2019 May 18]. Available from: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/20a-Regional-de-Saude-Toledo>
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; n° 32).
12. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Linha-Guia Rede Mãe Paranaense. 7ª ed. Curitiba: SESA; 2018.
13. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The modern epidemic of syphilis. N Engl J Med. 2020;382(9):845-54. doi: 10.1056/NEJMra1901593
14. Trinh T, Leal AF, Mello MB, Taylor MM, Barrow R, Wi TE, et al. Syphilis management in pregnancy: a review of guideline recommendations from countries around the world. Sex Reprod Health Matters. 2019;27(1):69-82. doi: 10.1080/26410397.2019.1691897
15. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. J Health Biol Sci. 2017;5(1):56-61. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1012.p56-61.2017
16. Lafetá KR, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LM. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006
17. Padovani C, Oliveira RR, Peloso 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
18. Seabra I, Ferreira GR, Sorensen W, Oliveira C, Parente AT, Gir E, et al. Spatial scenery of congenital syphilis in Brazil between 2007 and 2018: an ecological study. BMJ Open. 2022;12(4):e058270. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058270
19. Mélo KC, Santos AG, Brito AB, Aquino SH, Alencar ET, Duarte EM, et al. Syphilis among pregnant women in Northeast Brazil from 2008 to 2015: a trend analysis according to sociodemographic and clinical characteristics. Rev Soc Bras Med Trop. 2020;53:e20190199. doi: 10.1590/0037-8682-0199-2019
20. Slutsker JS, Hennessy RR, Schillinger JA. Factors contributing to congenital syphilis cases – New York City, 2010-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67(39):1088-93. doi: 10.15585/mmwr.mm6739a3
21. Aho J, Lybeck C, Tetteh A, Issa C, Kouyoumdjian F, Wong J, et al. Rising syphilis rates in Canada, 2011-2020. Can Commun Dis Rep. 2022;48(23):52-60. doi: 10.14745/ccdr.v48i23a01
22. Maschio-Lima T, Machado IL, Siqueira JP, Almeida MT. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2019;19(4):873-80. doi: 10.1590/1806-93042019000400007

23. Boletim Epidemiológico do Estado do Paraná: Sífilis [Internet]. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2018 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/boletim_sifilis_0611.pdf
24. 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):791-9. doi: 10.1590/1806-93042017000400010
25. Lima MG, Santos RF, Barbosa GJ, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(2):499-506. doi: 10.1590/S1413-81232013000200021
26. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007;16(3):165-73. doi: 10.5123/S1679-49742007000300003
27. Campos AL, Araújo MA, Melo SP, Andrade RF, Gonçalves ML. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(9):397-402. doi: 10.1590/S0100-72032012000900002
28. Domingues RM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(6):e00082415. doi: 10.1590/0102-311X00082415
29. Henz C. Sífilis na gestação e desfechos adversos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
30. Domingues RM, Saracen V, Hartz ZM, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147-57. doi: 10.1590/S0034-89102013000100019
31. World Health Organization. Governance guidance for the validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: an overview of validation structures and responsibilities at national, regional and global levels. Geneva: WHO; 2020.
32. Nelson R. Congenital syphilis increases in the USA. *Lancet Microbe*. 2022;3(3):e171. doi: 10.1016/S2666-5247(22)00041-6
33. Rocha MA, Dos Santos MM, Fontes RS, Melo AS, Cunha-Oliveira A, Miranda AE, et al. The text mining technique applied to the analysis of health interventions to combat congenital syphilis in Brazil: the case of the “Syphilis No!” project. *Front Public Health*. 2022;10:855680. doi: 10.3389/fpubh.2022.855680