










# Casos de sífilis em gestantes em um município da Bahia: Estudo ecológico

Taiane Pereira da Silva <sup>1</sup>, Silas Santos Carvalho <sup>2,\*</sup>, Rana Alves dos Santos <sup>3</sup>, Rafael Gonçalves de Souza <sup>4</sup>, Thaynara Sampaio de Oliveira <sup>5</sup>, Camila Rodrigues da Paixão <sup>5</sup>, Elton Lopes da Paixão <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade Ateneu, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>5</sup> Faculdade de Santa Cruz da Bahia (FSC), Itaberaba, Bahia, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A sífilis gestacional é uma doença evitável, através da prestação de serviços de saúde juntamente com a população. Seu diagnóstico tardio favorece a infecção da mãe para o feto ocasionando vários desfechos desfavoráveis.

**Objetivo:** Descrever os casos de sífilis em gestantes notificados em Feira de Santana, Bahia, no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** A frequência de sífilis em gestante apresentou uma tendência crescente. Sociodemograficamente, a faixa etária de 20-34 anos foi a mais susceptível ao acometimento pela enfermidade. A maior parte foi diagnosticada no segundo trimestre gestacional e o esquema de tratamento teve como maior frequência a Penicilina G Benzatina com três doses. **Conclusão:** A atenção específica à gestante é de extrema importância para um tratamento adequado, pois a sua falta ou instituição tardia pode culminar com transmissão vertical. A busca pelo tratamento adequado à gestante e ao parceiro, bem como um pré-natal eficaz e uma equipe de saúde atualizada e treinada são necessários para a redução nas taxas de gestante com sífilis e, conseqüentemente, a transmissão ao concepto.

**Palavras-chave:** Doenças sexualmente transmissíveis; Sífilis; Gravidez; Perfil de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Gestational syphilis is a preventable disease, through the provision of health services together with the population. Its late diagnosis favors the mother's infection to the fetus causing several unfavorable outcomes. **Objective:** To describe the cases of syphilis in pregnant women notified in Feira de Santana, Bahia, in the period from 2013 to the first semester of 2018. **Methods:** Epidemiological, descriptive study, with a quantitative approach, based on secondary data obtained from the Information System on Diseases of Notification (SINAN). **Results:** The frequency of syphilis in pregnant women showed an increasing trend. Sociodemographically, the 20-34 age group was the most susceptible to being affected by the disease. Most of them were diagnosed in the second trimester of pregnancy and the treatment regimen was more frequent with Penicillin G Benzatin with three doses. **Conclusion:** Specific attention to pregnant women is extremely important for proper treatment, as its lack or late institution can culminate in vertical transmission. The search for

\*Correspondência:

Praça Saló Cardoso, 568, Ruy Barbosa, Bahia, Brasil. CEP 46.800-000.

E-mail: ssc.academico@hotmail.com

Received: Dec 29, 2020 Approved: Jan 23, 2021

adequate treatment for the pregnant woman and her partner, as well as an effective prenatal care and an updated and trained health team are necessary to reduce the rates of pregnant women with syphilis and, consequently, transmission to the fetus.

**Keywords:** Sexually transmitted diseases; Syphilis; Pregnancy; Health profile.

## INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias e outros microrganismos através do contato sexual (oral, vaginal ou anal) desprotegido por indivíduos infectados. Além dessa forma, a transmissão ocorre também da mãe para a criança durante a gravidez, trabalho de parto, parto ou na amamentação. É considerado um problema de saúde pública devido à ampla incidência e prevalência em uma grande parte da sociedade [1-3]. Observa-se que a sífilis adquirida teve sua taxa de detecção de 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018, em gestantes a taxa de sífilis foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade por sífilis congênita foi de 8,2/100.000 nascidos vivos [4].

Destaca-se entre as IST com grande prevalência a sífilis, que é uma doença infectocontagiosa de caráter sistêmico que, não sendo tratada precocemente, pode agravar o quadro infeccioso, levando à cronificação. É causada pelo *Treponema Pallidum*, específica do ser humano. Esta bactéria é um microrganismo espiralado, fino, que gira em torno do seu maior eixo, cujos movimentos característicos facilitam a penetração nos tecidos do organismo hospedeiro. O diagnóstico e tratamento dessa infecção podem ser realizados com baixo custo e sem dificuldade operacional [5,6].

Nas gestantes identificadas com essa infecção, a sífilis é totalmente tratável, através da prestação de serviços de saúde à população. Seu diagnóstico tardio favorece a infecção da mãe para o feto ocasionando vários desfechos desfavoráveis, pois a bactéria atravessa a barreira placentária. Esses desfechos podem ocorrer em qualquer fase da gestação levando ao aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal, ou sequelas como cegueira, surdez, retardo mental e deformidades físicas [1,5].

Entretanto, com diagnóstico precoce da sífilis e com o tratamento adequado da gestante e do(s) parceiro(s), é possível reduzir este agravo. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), para o rastreamento da sífilis na gravidez, devem ser realizados testes na primeira consulta de pré-natal, no primeiro trimestre, na 30<sup>a</sup> semana de gestação e no momento do internamento para o parto. Os testes para diagnósticos são os não-treponêmicos e os treponêmicos [7].

Os não-treponêmicos podem ser qualitativos ou quantitativos e podem detectar anticorpos IgM e IgG. O mais conhecido é o *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL), utilizado rotineiramente no imunodiagnóstico, devido ao baixo custo e praticidade na sua realização. Os testes treponêmicos são os primeiros a darem reagentes, nessa categoria o mais utilizado é o teste rápido,

que faz a leitura e interpretação do resultado em 30 minutos, sendo também os mais utilizados nas consultas de pré-natal [6,7].

Vale salientar o impacto social e econômico da sífilis não-tratada em gestantes e conseqüentemente, a ocorrência de transmissão vertical. Assim, considerando-se a necessidade de diminuição dos casos, é importante que os envolvidos direta e indiretamente na assistência à saúde tenham acesso a informações demonstrativas da magnitude do problema na sua região, para, então, dispor de subsídios para o reconhecimento das dificuldades e falhas presentes bem como construir o planejamento e monitoramento das estratégias a serem empreendidas.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi descrever os casos de sífilis em gestantes notificadas em Feira de Santana, Bahia, no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018, bem como especificar o perfil epidemiológico destas mulheres, a classificação de sífilis nestas gestantes e traçar a terapêutica medicamentosa utilizada nelas.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo descritivo, transversal e documental, realizado a partir de dados dos casos de sífilis em gestantes diagnosticadas no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018 em Feira de Santana, Bahia. Foi estabelecida essa série temporal devido ao período da realização da pesquisa para trabalho de conclusão de curso de graduação no segundo semestre de 2018. Os dados são de gestantes atendidas apenas no âmbito do SUS.

O estudo foi baseado em dados secundários obtidos no SINAN para sífilis em gestante. O SINAN é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Dentre suas finalidades, destacam-se a indicação dos riscos aos quais as pessoas estão sujeitas; contribuição para a identificação da realidade epidemiológica de determinada região e planejamento da saúde.

As variáveis estudadas foram as que se seguem: raça, faixa etária, escolaridade, ocupação, unidade de saúde onde foi realizado o pré-natal, classificação clínica, teste não-treponêmico, teste treponêmico, esquema de tratamento da gestante e parceiro, parceiro tratado, e motivo para o não tratamento. Foi realizada análise descritiva no programa Excel, versão 2010, através do cálculo das frequências absoluta e relativa das variáveis de interesse.

Por ter utilizado dados secundários, não se fez mister a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todavia, ressalta-se que o presente estudo obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde [8].

## **RESULTADOS**

De acordo com os dados do SINAN foram notificadas 626 gestantes com sífilis no período compreendido entre o ano de 2013 e o primeiro semestre de 2018 no município de Feira de Santana.

Entre os resultados obtidos, a ocorrência de sífilis diagnosticada no terceiro trimestre de gestação teve maior índice (39,45%), em seguida as diagnosticadas no segundo trimestre pelas notificações de sífilis (26,51%).

Observou-se que no ano de 2016 houve mais notificações de casos de sífilis em gestantes (29,09%) comparando aos demais anos do recorte temporal do estudo. Percebe-se que a tendência de notificações foi crescente até 2016 e nos anos seguintes, decrescente. Pode-se evidenciar que houve notificações de sífilis no 3º trimestre de gestação nos anos de 2013 a 2016, quando seria primordial que a doença fosse detectada no 1º trimestre da gestação e tratada, e obteve percentual superior ao dos trimestres anteriores. Houve ainda um percentual significativo de notificações realizadas em gestantes com IG ignorada (19,80%), segundo os dados apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Gestantes com diagnóstico de Sífilis notificadas em Feira de Santana-BA no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018.

<b>Variável</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Período de notificação</b>						
1º trimestre	5 (20,00)	8 (10,52)	8 (6,95)	29 (15,93)	24 (19,35)	15 (14,42)
2º trimestre	7 (28,00)	17 (22,36)	20 (17,39)	35 (19,23)	56 (45,16)	31 (29,80)
3º trimestre	13 (52,00)	29 (38,15)	49 (42,60)	91 (50,00)	35 (28,22)	30 (28,84)
IG ignorada	-	22 (28,94)	38 (33,04)	27 (14,83)	9 (7,25)	28 (26,92)
<b>Total</b>	<b>25(3,99)</b>	<b>76(12,14)</b>	<b>115(18,37)</b>	<b>182(29,09)</b>	<b>124(19,80)</b>	<b>104(16,61)</b>

Legenda: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa.

Fonte: SINAN (2018).

Em relação à raça/cor das gestantes notificadas com sífilis, houve um predomínio da cor parda (66,45%) com número elevado no decorrer dos períodos analisados, sendo 81 casos (70,43%) em 2015 e, em segundo, a preta com 22 casos (19,13%) no mesmo ano.

No que se diz respeito à ocupação destas gestantes foi verificado um destaque para as donas-de-casa no ano de 2017, com a taxa de 57,95%, seguido de trabalho informal em 2015 com 55,53%.

Na variável escolaridade, observou-se que as gestantes tinham o ensino fundamental (51,27%), seguidas das que possuíam o ensino médio (35,28%). A faixa etária de maior incidência foi de 20 a 34 anos em todo o período analisado, destacando o ano de 2016 com 134 (73,62%), seguido de 15 a 19 anos, que foi crescente no decorrer dos anos. No entanto, houve uma queda na faixa dos 35 a 49 anos, conforme descrito na tabela 2.

**Tabela 2.** Características das gestantes com diagnóstico de Sífilis notificadas em Feira de Santana-BA segundo raça/cor, escolaridade e faixa etária no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018.

<b>Variável</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Raça/Cor</b>						
Ignorado/Branco	-	4 (5,26)	6 (5,21)	11 (6,04)	5 (4,03)	7 (6,73)
Branca	-	6 (7,89)	6 (5,21)	5 (2,74)	3 (2,41)	3 (2,88)
Preta	4 (16,00)	15 (19,73)	22 (19,13)	45 (24,72)	38 (30,64)	25 (20,03)
Amarela	1 (4,00)	1 (1,31)	-	-	1 (0,80)	-
Parda	20 (80,00)	50(65,78)	81 (70,43)	120(65,93)	77 (62,09)	68 (65,38)
Indígena	-	-	-	1 (0,54)	-	1 (0,96)
<b>Ocupação</b>						
Emprego informal	8 (28,57)	21 (39,62)	51 (55,43)	61 (41,21)	26 (29,54)	10 (18,86)
Dona de casa	9 (32,14)	18 (33,96)	27 (29,34)	64 (43,24)	51 (57,95)	29 (54,71)
Estudante	2 (7,14)	13 (24,52)	12 (13,04)	21 (14,18)	11 (12,5)	13 (24,52)
Desempregada	-	1(1,88)	2 (2,17)	2 (1,35)	-	1 (1,88)
<b>Escolaridade</b>						
Ignorado/Branco	5 (20,00)	11 (14,47)	24(20,86)	31 (17,03)	16 (12,90)	30 (28,84)
Analfabeto	-	1 (1,31)	-	1 (0,54)	2 (1,61)	1 (0,96)
Ensino Fundamental	14 (56)	40(52,62)	66 (57,36)	83 (45,40)	70 (56,42)	48 (46,12)
Ensino médio incompleto	9 (36,00)	30(39,46)	37 (32,17)	72 (39,55)	44 (35,47)	32 (30,76)
Educação superior	1 (4,00)	3 (3,94)	2 (1,72)	3(1,63)	4 (3,22)	-
<b>Faixa etária</b>						
10-14	-	1 (1,31)	-	2 (1,09)	1 (0,80)	3 (2,88)
15-19	4 (16,00)	13 (17,10)	17 (14,78)	29 (15,93)	26 (20,96)	28 (26,92)
20-34	19 (76,00)	51 (67,10)	84(73,04)	134 (73,62)	81 (65,32)	61 (58,65)
35-49	2 (8,00)	11 (14,47)	14 (12,17)	17 (9,34)	16 (12,90)	14 (11,53)

Legenda: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa.

Fonte: SINAN (2018).

Com relação à unidade de pré-natal, houve um predomínio nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) no ano de 2013 com 57,14%, enquanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) obtiveram uma taxa de 26,43% no ano de 2016. O menor valor foi observado em rede hospitalar com 0,54% no ano de 2016. Em 2018, os dados da ESF continuaram crescendo potencialmente com 64,95%, diferente da UBS que teve uma queda relevante com apenas 6,83% de casos no mesmo período.

Em relação à classificação clínica da doença, foram notificados com sífilis primária em 2016 85 casos (46,70%) e com sífilis terciária, 19 casos (15,32%) em 2017. Os dados ignorados com maior índice foram registrados em 2015 com 75 casos (65,21%), conforme demonstra a tabela 3.

**Tabela 3.** Características das gestantes com diagnóstico de Sífilis notificadas em Feira de Santana-BA segundo a ocupação, unidade de pré-natal, e classificação clínica no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018.

<b>Variável</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Unidade de Pré-Natal</b>						
Rede hospitalar	-	3 (3,94)	2 (1,83)	1 (0,54)	-	8 (6,83)
Ignorado	6 (21,42)	33 (43,42)	41 (37,61)	49 (28,16)	32 (26,22)	25 (21,36)
Centro de Referência	-	1 (1,31)	-	-	1 (0,81)	-
ESF	16 (57,14)	25 (32,89)	42 (38,53)	18 (44,82)	68 (55,73)	76 (64,95)
UBS	6 (21,42)	14 (18,42)	25 (22,93)	46 (26,43)	21 (17,21)	8 (6,83)
<b>Classificação clínica</b>						
Ignorado / branco	13 (52,00)	43 (56,57)	75 (65,21)	72 (39,56)	56 (45,16)	51 (51,51)
Primária	7 (28,00)	13 (17,10)	28 (24,34)	85 (46,70)	23 (18,54)	27 (27,27)
Secundária	1 (4,00)	10 (13,15)	1 (0,86)	5 (2,74)	6 (4,83)	4 (4,04)
Terciária	1 (4,00)	6 (7,89)	3 (2,60)	11 (6,04)	19 (15,32)	12 (12,12)
Latente	3 (12,00)	4 (5,26)	8 (6,95)	9 (4,94)	20 (16,12)	5 (5,05)

Legenda: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa.

Fonte: SINAN (2018).

A tabela 4 apresenta as variáveis em relação ao diagnóstico da sífilis gestacional de acordo com a realização do teste treponêmico. O maior índice de teste reativo ocorreu entre os anos de 2016 que representava um total de 88 casos (48,35%) e o ano de 2017 com um aumento nesta taxa para 93 casos (75%). Em relação aos testes não treponêmicos, seguiram-se os mesmos padrões em relação ao resultado reativo, sendo que no ano de 2016 representavam 143 casos (78,57%), em 2017, 67 casos (54,03%) e em 2018, em controvérsia aos testes treponêmicos, ocorreu um aumento no resultado reativo representando 77,77% do valor total.

A tabela 5 apresenta os dados do esquema de tratamento e sobre parceiros tratados. Em relação ao esquema de tratamento no período de 2013 a 2015, a prevalência foi na utilização de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, sendo que em 2013 representava 40% do esquema, seguido de 2014 com 42,10%, e 2015 com 44,34%. Entre os períodos de 2016 até 2018 ocorreu uma alteração no esquema de tratamento, sendo a Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI a principal forma de terapia. Em 2016, essa forma de tratamento foi a primeira opção, representando 48,90% do total, enquanto o uso de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI obteve um valor de 62 casos (34,06%). Em 2017, esse valor correspondia a 52,8% e, no ano de 2018 o valor correspondia a 53,53% do total em relação aos outros esquemas de tratamento.

**Tabela 4.** Frequência por ano da notificação das gestantes com diagnóstico de Sífilis segundo o Teste Treponêmico e Teste Não-Treponêmico em Feira de Santana-BA no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018.

Variável	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)
<b>Teste trep.</b>						
Ignorado / branco	4 (16)	14 (18,42)	30 (26,08)	14 (7,69)	10 (8,06)	14 (14,14)
Reativo	13 (52)	38 (50)	37 (32,17)	88 (48,35)	93 (75)	63 (63,63)
Não realizado	7 (28)	20 (26,31)	41 (35,65)	74 (40,65)	18 (14,51)	18 (18,18)
<b>Teste não- Trep.</b>						
Ignorado/ branco	-	1 (1,31)	-	22 (12,08)	30 (24,19)	14 (14,14)
Reativo	24 (96)	72 (94,73)	112 (97,39)	143 (78,57)	67 (54,03)	77 (77,77)
Não realizado	1 (4)	2 (2,63)	1 (0,86)	15 (8,24)	26 (20,96)	7 (7,07)

Legenda: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa.

Fonte: SINAN (2018).

Quanto ao número de parceiros tratados, em todos os períodos em análise, a negativa foi maior, sendo que em 2013 esse número correspondia a 64%, em 2014, 46,05%, em 2015, 71,30%, em 2016, 59,89%, em 2017, 44,8%, e em 2018 esse valor representava 43,43% do valor total, como descrito na tabela 5.

A tabela 6 apresenta o esquema de tratamento dos parceiros e os respectivos motivos pelo não tratamento. A utilização de Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI foi maior no período de 2016 (14,36%), 2017 (20,96%) e 2018 (15,62%). Em 2017, a Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI teve uma maior representatividade com 12,90%. Nos anos de 2013 a 2016, a não utilização do esquema de tratamento predominou. Somente entre 2017 e 2018 que essa variável não apresentou um valor maior quando relacionado aos esquemas de tratamentos disponíveis.

Na caracterização do motivo pelo não tratamento dos parceiros observada na tabela 6, a variável “parceiro não foi convocado à UBS para tratamento” foi maior nos anos de 2014 (22,36%), 2015 (19,13%), e 2016 (15,93%). O índice foi maior em relação aos “parceiros que foram convocados à UBS para tratamento, mas que não compareceram” nos períodos de 2013 (16%), 2017 (16,93%) e 2018 (16,16%). Quanto aos locais onde foram notificadas as gestantes, os índices maiores foram no ano de 2014 (63,15%), 2015 (72,17%), 2016 (62,63%) nas unidades hospitalares e na Estratégia de Saúde da Família se mostrou superior no ano de 2017 com 53,22%.

**Tabela 5.** Frequência por ano da notificação das gestantes com diagnóstico de Sífilis segundo o esquema de tratamento e parceiro tratado em Feira de Santana-BA no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018.

Variável	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)
<b>Esquema de tratamento</b>						
Ignorado / branco	1(4)	6 (7,89)	13 (11,30)	13 (7,14)	5 (4)	9 (9,09)
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	10 (40)	32 (42,10)	51 (44,34)	62 (34,06)	39 (31,2)	29 (29,29)
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	1 (4)	3 (3,94)	8 (6,95)	2 (1,09)	2 (1,6)	3 (3,03)
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	9 (36)	20 (26,31)	25 (21,73)	89 (48,90)	66 (52,8)	53 (53,53)
Outro esquema	2 (8)	3 (3,94)	4 (3,47)	1 (0,54)	2 (1,6)	1 (1,01)
Não realizado	2 (8)	12 (15,78)	14 (12,17)	15 (8,24)	10 (8)	4 (4,04)
<b>Parceiro tratado</b>						
Ignorado/ branco	7 (28)	27(35,52)	2 (20,86)	27 (14,83)	30 (24)	32 (32,32)
Sim	2 (8)	14 (18,42)	9 (7,82)	46 (25,27)	38 (30,4)	24 (24,24)
Não	16 (64)	35 (46,05)	82 (71,30)	109 (59,89)	56 (44,8)	43 (43,43)

Legenda: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa.

Fonte: SINAN (2018).

## DISCUSSÃO

Diante dos casos de gestantes notificadas com sífilis pelo SINAN, foi evidenciado que há um crescimento de sua incidência no período analisado. Com estes resultados, verifica-se a importância da aplicação dos testes treponêmicos nas primeiras consultas de pré-natal que obrigatoriamente têm que ser realizados no 1º trimestre da gravidez. No presente estudo, foi observado que ainda está havendo um diagnóstico tardio, isso em virtude da não realização do teste no período adequado ou mesmo início de consulta de pré-natal tardiamente. Apesar das campanhas e do fácil diagnóstico e tratamento, os casos confirmados no município demonstram fortalecimento dos serviços de pré-natal. Comparado com o Boletim Epidemiológico 2018 do MS, verifica-se que em 2017 foram diagnosticadas no 1º trimestre de gestação 39,8% das gestantes, o que significa que houve diagnóstico precoce no período do pré-natal [8]. Já no 2º trimestre de gestação foram diagnosticadas 28,0% das gestantes e o 3º trimestre, 26,7%. Estes dados estão bem próximos aos do nosso estudo. A faixa etária mais atingida foi entre 20-34 anos e as gestantes de 15-19 anos tiveram um aumento no 1º semestre de 2018 de casos confirmados de sífilis. De acordo com o Boletim Epidemiológico 2018 do MS, a faixa etária prevalente foi a de 20 a 29 anos com 52% seguido pela faixa etária de 14 a 19 anos com 24,7%. Atualmente, os adolescentes iniciam o ato sexual precoce e desprotegido. Mesmo com todo o acesso às informações, às orientações e aos métodos contraceptivos estes estão susceptíveis à gravidez não planejada como também às IST [9,10].



**Tabela 6.** Frequência por ano da notificação das gestantes com diagnóstico de Sífilis, segundo o parceiro e seu esquema de tratamento, motivo para não tratamento e unidade de saúde em Feira de Santana-BA no período de 2013 ao primeiro semestre de 2018.

Variável	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)
<b>Parceiro esquema de tratamento</b>						
Ignorado / branco	8 (33,33)	29 (38,15)	26 (22,60)	31 (17,12)	40 (32,25)	42 (43,75)
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	-	6 (7,89)	7 (6,08)	22 (12,15)	16 (12,90)	11 (11,45)
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	1 (4,16)	-	1 (0,86)	1 (0,55)	2 (1,61)	1 (1,04)
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	2 (8,33)	9 (11,84)	5 (4,34)	26 (14,36)	26 (20,96)	15 (15,62)
Outro esquema	1 (4,16)	1 (1,31)	1 (0,86)	-	2 (1,61)	1 (1,04)
Não realizado	12(50,00)	31 (40,78)	75 (65,21)	101 (55,80)	38 (30,64)	26 (27,08)
<b>Motivo para não tratamento</b>						
Ignorado / branco	2 (8,00)	1 (1,31)	3 (2,60)	64 (35,16)	54 (43,54)	58 (58,58)
Parceiro não teve mais contato com a gestante.	2 (8,00)	6 (7,89)	11 (9,56)	10 (5,49)	10 (8,06)	4 (4,04)
Parceiro não foi convocado á UBS para tratamento.	3 (12,00)	17 (22,36)	22 (19,13)	29 (15,93)	8 (6,450)	5 (5,05)
Parceiro foi convocado á UBS para tratamento, mas não compareceu.	4 (16,00)	14 (18,42)	13 (11,30)	14 (7,69)	21 (16,93)	16 (16,16)
Parceiro foi convocado á UBS para tratamento, mas recusou.	1 (4,00)	-	3 (2,60)	4 (2,19)	2 (1,61)	1 (1,01)
Parceiro com sorologia reagente	3 (12,00)	3 (3,94)	9 (7,82)	12 (6,59)	7 (5,64)	1 (1,01)
Outro motivo	10(40,00)	35 (46,05)	54 (46,95)	49 (26,92)	22 (17,74)	14 (14,14)
<b>Unidade de saúde</b>						
CRM das DST/HIV/AIDS	5(20,00)	4 (18,42)	5 (4,34)	17 (9,34)	11 (8,87)	3 (3,03)
Consultório na rua	-	-	-	1 (0,54)	1 (0,80)	-
ESF	7 (28,00)	10 (13,15)	20 (17,39)	45 (24,72)	66 (53,22)	40 (40,40)
Unidade hospitalar	9 (36,00)	48 (63,15)	83 (72,17)	114 (62,63)	28 (22,58)	43 (43,43)
UBS	4 (16,00)	4 (5,26)	7 (6,08)	5 (2,74)	16 (12,90)	12 (12,12)
Laboratório	-	-	-	-	2 (1,61)	1 (1,01)

Legenda: n = Frequência absoluta; % = Frequência relativa.

Fonte: SINAN (2018).

De acordo com as ocupações mais destacadas, prevaleceram as donas-de-casa e a profissão informal. Esse fator está relacionado ao baixo nível de escolaridade, ao desconhecimento dos fatores de risco relacionado à doença e, conseqüentemente, a restrição à busca pelos serviços de saúde, contribuindo assim no processo saúde-doença [11].

As notificações são de suma importância para investigação e tratamento de casos de sífilis em gestantes, prevenindo contra a sífilis congênita. O perfil socioeconômico contribui para o aumento gradativo de novos casos de sífilis. Além disso, a vulnerabilidade social e a imaturidade têm uma maior prevalência nos jovens e nos adolescentes que tem vida sexual ativa e desprotegida, podendo adquirir IST como a sífilis [10].

A fase clínica mais perceptível neste estudo foi a primária. Observou-se que o ano de 2016 teve a taxa mais elevada em comparação aos outros anos avaliados, sendo perceptível que muitas delas estavam sendo classificadas como ignoradas. Conforme o Boletim Epidemiológico de 2017 do MS, essas fichas de notificação estão sendo preenchidas de forma inadequada devido ao índice elevado de sífilis na fase primária, pois a fisiopatologia dessa fase condiz com a sintomatologia apresentada pelas gestantes notificadas [9].

Em relação ao local que foi realizado o pré-natal, foi observado que a prevalência se deu em ESF. Isso demonstra que as redes de atenção básica estão diretamente ligadas à população do estudo devido a sua vulnerabilidade social. Ainda que os dados das notificações em rede hospitalar sejam baixos, tornam-se preocupantes, por conta dos casos que provavelmente não foram tratados ou tratados de forma inadequada anteriormente [10].

As técnicas de diagnóstico indireto são sorológicas e se classificam em treponêmicas e não-treponêmicas. No presente estudo foram identificados os mesmos padrões de reatividade para os dois testes. Como dificilmente esses testes treponêmicos tornam-se não reagentes mesmo após o tratamento eficaz da infecção, é necessário que se associe o resultado do teste treponêmico ao teste não-treponêmico [12].

Frente a isto, quando o teste não-treponêmico for reagente, deve ser solicitado um teste treponêmico, para a confirmação e, independente da fase da doença e/ou do tratamento, os testes treponêmicos se mantém positivos por toda a vida [9]. O teste não-treponêmico mais utilizado é o VDRL, já os testes treponêmicos mais recomendados são o de hemaglutinação passiva (TPHA), o teste de imunofluorescência indireta (FTA-ABS) e os testes imunocromatográficos, os Testes Rápidos (TR) [7].

Sabe-se que o MS preconiza os exames laboratoriais de primeira consulta, e que os profissionais de saúde têm aplicado esse modelo, porém existem casos em que a gestante inicia o pré-natal tardio, ou até mesmo inicia o pré-natal em tempo hábil, realiza os exames solicitados e não retorna à consulta subsequente. Diante disso, é necessário que os profissionais façam uma busca

ativa destas gestantes e ofereça qualidade aos cuidados que vão lhes ser prestados para que possam iniciar seu tratamento o mais cedo possível, evitando a transmissão da sífilis ao concepto [6, 7, 9].

O MS preconiza que logo após a detecção da infecção por sífilis em gestante, o tratamento deve ter início imediato. Soma-se a isso a questão de que o tratamento tardio da doença na gestante se relaciona com um péssimo prognóstico para a conclusão do tratamento em tempo hábil e para a prevenção da transmissão vertical [13].

A penicilina G Benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. Embora existam outras drogas para o tratamento da sífilis, estas não são recomendados no período gestacional [1,5]. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), gestantes com sífilis na fase latente recente podem utilizar Ceftriaxona 1g em situações especiais, mas, quando utilizado, deverá ser notificado e terá que investigar e tratar a criança para a sífilis congênita. Para os casos de sífilis tardia ou de duração desconhecida, não existem outras opções terapêuticas na literatura [14].

No tocante ao esquema de tratamento, foi evidenciado que desde 2015 retirou-se a segunda dose de penicilina G Benzatina para o tratamento da sífilis no Brasil. Após esta mudança, foi incorporada a dose única e as três doses [7].

Foi notável no estudo que a dose de escolha para o tratamento foi 7.200.000 UI. Isso significa que a gestante foi submetida a três doses enquanto o tratamento com 2.400.000 UI representa dose única. O esquema de tratamento segue de acordo com o estágio clínico da sífilis [7]. Isto sugere a reflexão delas estarem sendo tratadas dessa forma por desconhecimento do tempo da doença. Para as que foram notificadas como usuárias de dose única de 2.400.000 UI, acredita-se que se encontravam com sífilis recente (menos de dois anos de evolução). Diante desse resultado, é notório que as gestantes ainda estão tendo um diagnóstico tardio [7].

Foi observado neste estudo que os números de negação à doença por parte dos parceiros ainda são muito altos. Este fator pode estar relacionado aos paradigmas, como a cultura, a não convocação para fazer o tratamento ou quando não tem mais contato com a gestante. Por esse motivo, é imprescindível que a gestante tenha informações fidedignas acerca do tratamento para o parceiro, para que o incentive a procurar o serviço de saúde, realizando assim o seu tratamento [11].

A terapia para o parceiro é extremamente importante para um bom prognóstico da sífilis durante a gestação. Porém, existe uma negação por parte dos parceiros a realizarem o tratamento juntamente com a gestante, ocasionando possivelmente a reinfecção e o maior risco de transmissão vertical [14].

Nesta análise foi possível observar que os parceiros ainda se recusam aderir ao tratamento. O esquema do tratamento mais observado foi o de 7.200.000 UI e de 2.400.000 UI, que ao ser comparado com o esquema da gestante, demonstrou-se ser de difícil adesão. Esses resultados impactam a necessidade da inclusão do parceiro sexual ao pré-natal, como estratégia de melhoria da cobertura de testagem e tratamento adequado [11].

O tratamento inadequado do parceiro é muito comum, muitas vezes esse impasse está atribuído à falha do serviço de saúde em convocar o parceiro para realizar a terapêutica. Essa ocorrência foi observada em nossa análise, visto que a ausência de tratamento dos parceiros positivos traduz-se o maior potencial risco de recontaminação das gestantes sob tratamento adequado [15].

O número expressivo das gestantes notificadas sem unidade hospitalar, apesar de ter realizado o pré-natal, significa que muitas delas só foram diagnosticadas no momento do parto ou da curetagem. Esse fato evidencia que, apesar do acompanhamento no pré-natal, ainda persiste no país o diagnóstico tardio da infecção. Atribui-se a isso um pior prognóstico para conclusão do tratamento, ocasionando a transmissão vertical [1,4].

Quanto às limitações desse estudo, deve-se considerar que os resultados foram obtidos a partir dos registros no SINAN e, portanto, estão condicionados ao cadastro correto das informações. Vale ressaltar que o preenchimento das fichas de notificação deve ser realizado criteriosamente, para que não haja dados avaliados como “ignorados”. Para isso, são necessárias constantes atualizações e capacitações da equipe de saúde que presta assistência às gestantes, tornando-as aptas a lidar com diversas situações. Mediante essas pontuações, considera-se importante o treinamento destes profissionais responsáveis pelo manuseio das fichas de notificações, facilitando e melhorando o acesso às informações destas gestantes.

## **CONCLUSÃO**

Diante do exposto, o presente estudo permitiu um embasamento acerca da magnitude da sífilis, que em decorrência da gestante não tratada ou tratada inadequadamente, pode proporcionar a transmissão vertical da doença, ocasionando o nascimento do conceito com sífilis congênita. A sífilis congênita foi inserida há alguns anos pelo MS na listagem nacional de doenças de notificação compulsória. Apesar de ser obrigatória sua notificação, ainda existe um número alto de gestantes que realizam o pré-natal e mesmo assim transmitem a sífilis para os seus conceitos.

Frente aos achados desse estudo, foi possível observar que a incidência de sífilis em gestantes é alta, estando relacionada ao baixo nível de escolaridade. Este fato emerge às autoridades para a realização de estratégias de intervenções para manter o controle dessa infecção. Apesar da maioria das gestantes serem acompanhadas no pré-natal, ainda se percebe a necessidade de rever a assistência de pré-natal que é ofertada. Verificou-se que essas gestantes estão tendo um diagnóstico tardio, o que acarreta a ineficácia ao tratamento.

Ademais, vale ressaltar que a educação em saúde é uma ferramenta fundamental para promoção e prevenção à saúde e buscar estratégias que se apliquem aos usuários de baixa escolaridade pode contribuir para modificação do cenário atual que se enquadram as mulheres gestantes do município de Feira de Santana, além de promover uma assistência em saúde cada vez mais qualificada.

**Contribuição dos Autores:** Conceituação: S.S.C e T.P.S.; Metodologia: S.S.C. e T.P.S.; Validação: C.R.P., E.L.P., R.A.S., R.G.S. e S.S.C.; Análise formal: C.R.P., S.S.C., T.S.O. e T.P.S.; Pesquisa: S.S.C. e T.P.S.; Recursos: S.S.C., T.S.O. e T.P.S.; Curadoria de dados: T.P.S. e T.S.O.; Redação: E.S.O. e T.P.S.; Revisão e edição: S.S.C.; Visualização: C.R.P., E.L.P., R.A.S., R.G.S., S.S.C. e T.P.S.; Supervisão: R.G.S. e S.S.C.; Revisão do manuscrito: S.S.C. e T.P.S.; Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

**Financiamento:** Este estudo não recebeu financiamento externo.

**Conflito de Interesse:** Os autores não possuem conflitos de interesse a declarar.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2018.
2. Bottega A, Canestrini T, Rodrigues MA, Rampelotto RF, Santos SO, Silva CD, et al. Abordagem das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: Rev. Saúde Santa Maria. 2016; (2):91-104.
3. Santos GC, Paluch LRB, Cerqueira TPS, Passos NCR. Prevalência e Fatores Associados à Sífilis em Gestantes Atendidas pelo SUS em Município da Bahia. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2015; 39(3):529-541.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019. Brasília, 2019.
5. Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, Gonçalves MMC, Silva MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. Arq. Ciênc. Saúde. 2018; 25(2): 24-30.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
7. Brasil. 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, 2016.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018, Brasília. 2017; 48(36).

10. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso MS. Sífilis na gestação: Associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev.Latino-Americana de Enfermagem*.2018;26:e3019.
11. 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. Fortaleza (CE): Centro de Ciências da saúde. 2018; 23(2): 563-574.
12. Nascimento LFA. Atenção farmacêutica na sífilis. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 48.
13. Souza BSO, Rodrigues RM, Gomes RML. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. *Rev. Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 2018; 16(2):94-8.
14. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes para o Tratamento do *Treponema Pallidum* (Sífilis). Genebra: OMS, 2016.
15. Lafeta KR, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LM. Sífilis Materna e Congênita, Subnotificação e Difícil Controle. *Rev. Brasileira Epidemiológica*. 2016;19(1):63-74.