

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEBORA FARIA DA COSTA

**A REALIDADE DA SÍFILIS EM GESTANTES E CONGÊNITA NO
ESTADO DE SÃO PAULO: EVOLUÇÃO NO PERÍODO DE 2008 A
2018**

SÃO PAULO

2021

DEBORA FARIA DA COSTA

**A REALIDADE DA SÍFILIS EM GESTANTES E CONGÊNITA NO
ESTADO DE SÃO PAULO: EVOLUÇÃO NO PERÍODO DE 2008 A
2018**

Monografia apresentada à XXIV Mostra de Trabalhos de Conclusão de Curso da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de graduada em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

Colaboradora: Denise Philomene Joseph van Aanholt

SÃO PAULO

2021

Costa DF. A Realidade da Sífilis em Gestantes e Congênita no estado de São Paulo: Evolução no Período de 2008 a 2018 [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que tem como agente etiológico a bactéria *Treponema Pallidum*, com sintomas iniciais que pode ser confundido com outras doenças e representa um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** verificar a evolução da incidência, as características demográficas da sífilis em gestantes e congênita e a evolução de óbitos por sífilis congênita em menores de um ano no estado de São Paulo. **Metodologia:** pesquisa quantitativa epidemiológica, com dados secundários de sífilis em gestantes e congênita coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, a partir das notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2008 a 2018. **Resultados:** foram encontradas 62.448 gestantes, sendo evidenciada 43,9% em raças brancas, 52,4% com idade entre 20 a 29 anos, 24,8% possuíam ensino fundamental incompleto/analfabetas, 46,6% classificadas com sífilis na fase latente, 45,8% diagnosticadas no 1º trimestre e 93,4% tratadas com Penicilina. Foram diagnosticados 26.692 casos de sífilis congênita, com 166 óbitos em menores de um ano, além de 90,4% de sífilis congênita recente, 5,6% de abortos e 3,9% de natimortos. Entre as características maternas, 77,5% realizaram o pré-natal, 57% foram diagnosticadas neste período e 52,7% tiveram tratamento inadequado, além de 70,7% dos parceiros não terem sido tratados. Além disso, foram notórias as porcentagens expressivas de dados preenchidos como ignorados. **Conclusão:** os dados mostraram crescimento crescente, no período, da sífilis em gestantes e congênita, assim como, o perfil populacional mais exposto a estes agravos. Permitiu, também, visualizar as fragilidades causadas pelo preenchimento inadequado dos instrumentos, uma vez que dificultam a análise da situação real da sífilis nos grupos populacionais. Tais resultados poderão auxiliar em ações de assistência pré-natal de qualidade, assegurada por lei, na educação em saúde das

populações vulneráveis e dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, para prevenção e controle dessa IST.

Palavras-chave: sífilis congênita; gestantes; enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Uma das doenças mais graves e antigas, silenciosa, com sintomas iniciais que podem, no início, serem facilmente confundidos com outras enfermidades, a sífilis, uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), tem como agente etiológico o *Treponema Pallidum*, uma bactéria gram-negativa que atingiu e continua afetando diversas pessoas ao redor do mundo (Brasil, 2020) e representa uma série ameaça a saúde pública.

A manifestação dos sintomas da sífilis quando não tratada, pode ocorrer em quatro estágios: primária, secundária, latente e terciária. A sífilis primária caracteriza-se pelo aparecimento de uma lesão única e indolor, denominada cancro duro, geralmente nos órgãos genitais. Durante a sífilis secundária ocorre o alojamento sistêmico do agente etiológico e por consequência, a manifestação de exantemas cutâneos em regiões úmidas do corpo. A fase latente da infecção é assintomática, ou seja, evidenciada pelo desaparecimento dos sintomas clínicos e que pode perdurar por anos. Por fim, o estágio da sífilis terciária, que manifesta-se alguns anos após a transmissão, afeta sistemas cruciais do corpo, destruindo ossos e tecidos. (Brasil 2019b).

Além do contato sexual, verifica-se, também, a transmissão via placentária, ou transmissão vertical para o feto, que é denominada sífilis congênita e pode ocorrer em qualquer fase gestacional (Brasil, 2020).

A sífilis congênita é dividida em precoce e tardia. Entre os sintomas da sífilis congênita precoce estão: baixo peso ao nascer, prematuridade, febre, hepatomegalia, edema, rinite sifilítica ou corrimento nasal, anemia, entre outros. E a sífilis congênita tardia possui outras diversas características de manifestação, como: fronte olímpica, nariz em sela, perda auditiva sensorial, perfuração do palato duro, atraso no desenvolvimento, comprometimento intelectual, crises convulsivas, atrofia do nervo óptico, etc (Brasil, 2020).

Além das sérias consequências físicas, mencionadas acima, a sífilis congênita pode desencadear problemas psicoemocionais à gestante, visto que são frequentes os casos de natimortos e abortos por sífilis que podem ocorrer em

qualquer momento da gestação, tendo maior risco no primeiro trimestre (Brasil, 2020).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, dentre os exames complementares realizados no pré-natal, é obrigatório realizar o teste de triagem para sífilis (VDRL-Veneral Disease Research Laboratories, RPR-Rapid Plasm Reagin e teste rápido) na primeira consulta ou primeiro trimestre e no terceiro trimestre de gestação (Brasil, 2012).

O tratamento da sífilis é realizado por meio de administrações de doses de Penicilina G Benzatina, devendo ser rigorosamente seguido e respeitado, a fim de que haja garantia no sucesso e eficácia do recurso terapêutico (Brasil, 2019b).

A sífilis adquirida, sífilis em gestante e congênita possuem caráter de notificação compulsória, conforme a Portaria vigente do Ministério da Saúde (MS), por ser de vital importância para o desempenho da vigilância, visando diminuir as subnotificações, uma vez que trata-se de uma doença que possui graves consequências para os seus portadores e dispõe de um tratamento simples e eficaz (Brasil, 2017b). Lembrando que pela magnitude do problema a sífilis congênita e gestacional são de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente (Brasil, 2019b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de IST por dia, mundialmente (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Além disso, a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças (Organização Mundial da Saúde 2015). Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

Estimativas publicadas pela mesma Organização mostram que, em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019).

O número de bebês nascidos com sífilis no Brasil quadruplicou. Em 2007, a taxa de casos era de 1,9 para cada mil crianças nascidas vivas e em 2017 foram verificados 8,6 casos para cada mil crianças nascidas vivas. Em 2014, a OMS

estabeleceu como meta menos de meio caso para mil nascidos vivos, o Brasil está mais de 16 vezes acima (Fundação Oswaldo Cruz, 2019).

O elevado número de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e congênita, notificados nos últimos cinco anos no Brasil pode ser explicado pelo aumento da cobertura de testagem, a ampliação do uso de testes rápidos, a redução do uso de preservativo, a resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica (AB), o desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (Brasil, 2017b).

Conhecer a evolução da incidência da sífilis em gestante e da sífilis congênita é de grande importância para que os profissionais de saúde e autoridades públicas reconheçam a realidade deste agravo, buscando a construção de políticas públicas adequadas à promoção da saúde, considerando a educação de grupos vulneráveis, prevenindo assim as gestantes e os fetos de consequências e agravos que podem perdurar por muitos anos ou até permanentemente, uma vez que a sífilis é uma infecção antiga e silenciosa, algumas vezes fatal, de notificação compulsória e que apresenta um tratamento efetivo, simples e de baixo custo.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAIS

- Verificar a evolução da incidência de sífilis em gestantes no estado de São Paulo no período de 2008-2018;
- Verificar a evolução da incidência de sífilis congênita no estado de São Paulo no período de 2008-2018;
- Verificar a evolução de óbitos por sífilis congênita em menores de um ano no estado de São Paulo no período de 2008-2018;

2.2. ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil demográfico (raça/cor, faixa etária, escolaridade) de gestantes com Sífilis;
- Verificar a realização de pré-natal, a idade gestacional em que ocorreu o diagnóstico de sífilis, o esquema de tratamento adotado em gestantes com sífilis e a classificação clínica;

- Verificar o momento de diagnóstico e o esquema de tratamento materno nos desfechos de sífilis congênita;
- Verificar o tratamento do parceiro da gestante com sífilis;
- Identificar o diagnóstico final nos desfechos de sífilis congênita;

3. METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa epidemiológica, com dados secundários, que visou verificar a evolução da incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado de São Paulo no período de 2008 a 2018, utilizando os diagnósticos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), armazenados no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS).

Para as gestantes, foram utilizados dados sobre a incidência de sífilis no período proposto, incluindo raça, faixa etária, escolaridade, classificação clínica, idade gestacional e esquema de tratamento.

Em relação à sífilis congênita, foram coletados dados sobre a sua incidência, diagnóstico final do conceito e a evolução para óbitos em menores de um ano.

Além disso, foram captadas variáveis relativas à realização de pré-natal, momento de diagnóstico, esquema de tratamento materno e do parceiro.

A coleta foi realizada a partir de uma planilha elaborada contendo os dados encontrados, utilizando o programa Excel®. A partir da planilha, os dados de frequência absoluta e relativa, foram utilizados para construção de tabelas e gráficos através do programa Word®, para expor os resultados obtidos e possibilitar as análises e discussões.

Por ser uma pesquisa que utilizou dados secundários, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS

A partir da coleta de dados, relativos ao estado de São Paulo, foi encontrado, no período de 2008 a 2018, um total de 62.448 gestantes diagnosticadas com sífilis, sendo que, houve uma evolução crescente e progressiva no número de casos ao longo dos anos analisados (Figura 1), tendo se acentuado a partir de 2011.

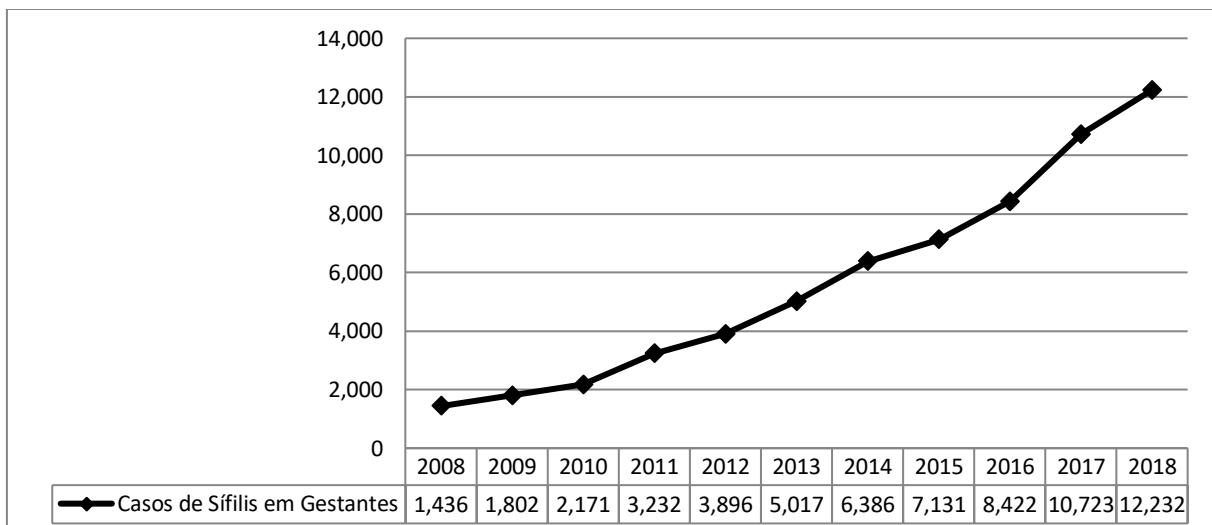


Figura 1. Evolução de casos de Sífilis em Gestantes por ano de diagnóstico, no período de 2008 a 2018. Estado de São Paulo, 2020.

Para a Sífilis Congênita, foi encontrado no período, um total de 26.692 diagnósticos, onde, também, foi possível observar um crescimento contínuo, porém com uma pequena queda no ano de 2018. (Figura 2).

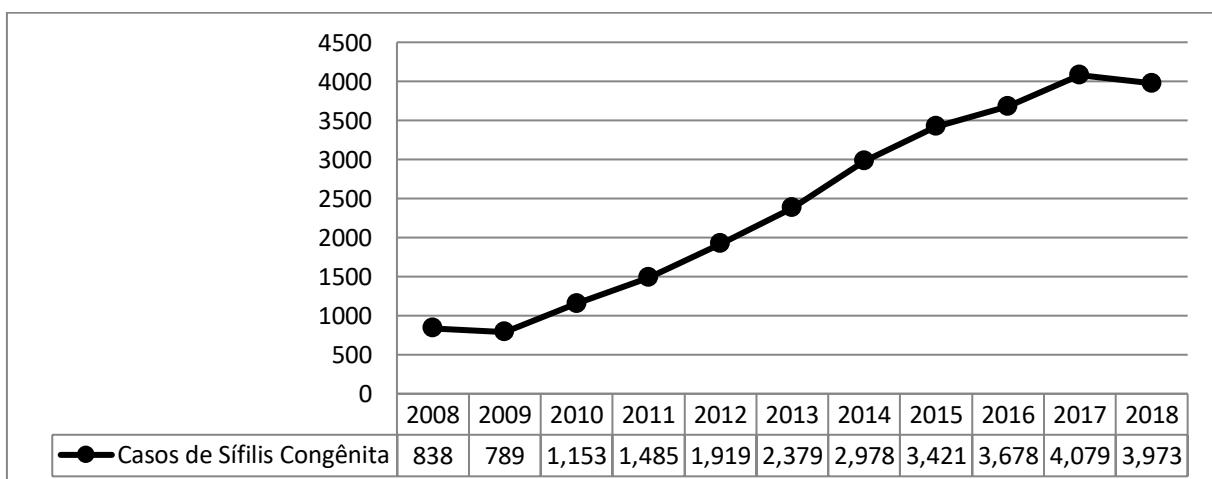


Figura 2. Evolução de casos de Sífilis Congênita por ano de diagnóstico, no período de 2008 a 2018. Estado de São Paulo, 2020.

Os dois gráficos mostram resultados crescentes para ambos os agravos, mostrando que, dos casos de sífilis materna diagnosticados, quase um terço

evoluíram para sífilis congênita, apontando falhas no controle e tratamento (Figuras 1 e 2).

Quanto às gestantes com sífilis, a raça com maior percentual foi a branca (43,9%), seguida pela parda (37,7%), sendo que o menor percentual foi entre as consideradas indígenas (0,4%). Evidencia-se ainda, que para 3.504 (5,6%) dos casos notificados, esta variável foi ignorada (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de casos e percentuais de Sífilis em Gestantes, segundo variáveis demográficas e obstétricas, diagnosticadas entre 2008 e 2018. Estado de São Paulo, 2020.

Variáveis	n	%
Raça ou cor		
Branca	27.412	43,9
Preta	7.346	11,8
Amarela	404	0,6
Parda	23.534	37,7
Indígena	248	0,4
Ignorada	3.504	5,6
Total	62.448	100
Faixa Etária^a		
10 a 19 anos	14.252	22,8
20 a 29 anos	32.717	52,4
30 ou mais	15.478	24,8
Total	62.447	100
Escolaridade^b		
Analfabeto/Fundamental Incompleto	15.493	24,8
Fundamental Completo	6.898	11,1
Médio Incompleto	10.079	16,1
Médio Completo	14.169	22,7
Superior Incompleto	895	1,4
Superior Completo	792	1,3
Ignorado	14.121	22,6
Total	62.447	100
Classificação Clínica		
Sífilis Primária	15.083	24,1
Sífilis Secundária	3.233	5,2
Sífilis Latente	29.114	46,6
Sífilis Terciária	5.212	8,4
Ignorado	9.806	15,7
Total	62.448	100
Idade Gestacional		
1º Trimestre	28.589	45,8
2º Trimestre	18.797	30,1
3º Trimestre	13.216	21,2
Idade Gestacional Ignorada	1.846	2,9
Total	62.448	100
Esquema de Tratamento^c		
Penicilina	41.951	93,4
Outro Esquema	629	1,4
Não realizado	1.734	3,9
Ignorado	577	1,3
Total	44.891	100

- a) 1 notificação não está registrada no SINAN para essa variável, n= 62.447 (total de casos considerados para essa variável);
- b) 1 notificação foi classificada no SINAN como ‘não se aplica’ e não foi incluída na tabela, n= 62.447 (total de casos considerados para essa variável);
- c) O banco de dados disponibilizou apenas o período de 2014 a 2018, para essa variável, n= 44.891 (total de casos considerados para essa variável);

Quanto à faixa etária, houve predominância de grávidas com 20 a 29 anos (52,4%). As outras faixas etárias, de 10 a 19 anos e 30 anos ou mais, tiveram resultados semelhantes, 22,8% e 24,8% respectivamente (Tabela 1).

Sobre a escolaridade, os dados apresentaram um percentual maior (24,8%) em gestantes com ensino fundamental incompleto/analfabetas, seguidas de ensino médio completo (22,7%) (Tabela 1). Pelo levantamento 1,3% de gestantes com sífilis possuíam ensino superior completo. Nesta característica, tivemos o maior índice dos dados ignorados com 22,6%, comparado aos demais (Tabela 1).

A classificação clínica, um importante dado para instituir o tratamento clínico, encontrou-se 46,6% de gestantes diagnosticadas com sífilis na fase latente, 24,1% como sífilis primária, tendo importante parcela de 15,7% de condição ignorada (Tabela 1).

Apesar da alta porcentagem de diagnósticos realizados no 1º Trimestre (45,8%) de gravidez, foi visto uma quantidade significativa de diagnósticos realizados no 2º e 3º Trimestre, 30,1% e 21,2% respectivamente. Tivemos ainda, 2,9% de dados ignorados para essa variável (Tabela 1).

Embora não haja dados suficientes sobre como o esquema de tratamento foi aplicado, 93,4% constam como realizados com ao menos uma dose de Penicilina e, para mais de 2.300 pessoas (5,2%), o tratamento foi incerto, sendo que para 3,9% não foi realizado e em 1,3% os dados não foram preenchidos (Tabela 1).

Em relação à sífilis congênita, destaca-se um percentual de 77,5% de realizações de pré-natal materna embora, somente 57% das gestantes tenham sido diagnosticadas com sífilis durante esse período. Evidenciou-se um número significativo (35,6%) de diagnósticos feitos no momento do parto/curetagem. Encontramos 3,4% e 2,2% de ignorados, para as duas variáveis (Tabela 2).

Estes dados reforçam os resultados encontrados sobre o esquema de tratamento materno, onde apenas 4,4% foram realizados de forma adequada, mas sem resultados satisfatórios. Para mais da metade de todos os casos (52,7%), os tratamentos foram realizados inadequadamente. E o mais alarmante é que 32,6% das gestantes, não realizaram nenhum tratamento, além de 10,3% informados como ignorados (Tabela 2).

Quanto ao tratamento do parceiro, de forma significativa, 70,7% não realizou o tratamento, sendo que apenas 13,2% o realizaram, o que implica no aumento de casos de reinfecção da gestante e consequente, de sífilis congênita. Temos ainda, uma porcentagem relevante (16,1%) de preenchimentos ignorados (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de casos de Sífilis Congênita, segundo variáveis demográficas e obstétricas da mãe, do parceiro e aspectos clínicos do conceito, diagnosticadas entre 2008 e 2018. Estado de São Paulo, 2020.

Variáveis (Congênita)	n	%
Realização de pré-natal		
Sim	20.682	77,5
Não	5.103	19,1
Ignorado	907	3,4
Total	26.692	100
O Momento do Diagnóstico da Sífilis Materna		
Durante o pré-natal	15.203	57,0
No momento do parto/curetagem	9.510	35,6
Após o parto	1.247	4,7
Não realizado	144	0,5
Ignorado	588	2,2
Total	26.692	100
Esquema de Tratamento Materno		
Adequado	1.163	4,4
Inadequado	14.070	52,7
Não realizado	8.714	32,6
Ignorado	2.745	10,3
Total	26.692	100
Parceiro tratado		
Sim	3.515	13,2
Não	18.877	70,7
Ignorado	4.300	16,1
Total	26.692	100
Diagnóstico Final		
Sífilis congênita recente	24.141	90,4
Sífilis congênita tardia	38	0,1
Aborto por sífilis	1.480	5,6
Natimorto por sífilis	1.033	3,9
Total	26.692	100

Entre os desfechos da sífilis congênita, foram encontrados como diagnóstico final, 90,4% de sífilis congênita recente e ainda, dados inadmissíveis, como 5,6% de abortos por sífilis, além de 3,9% de natimorto (Tabela 2).

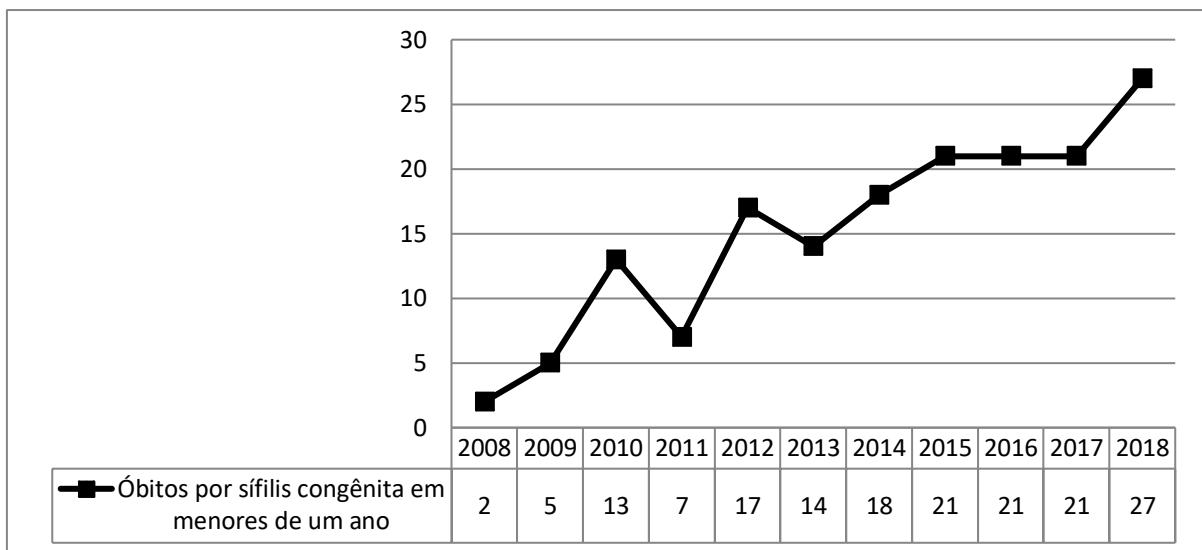


Figura 3. Evolução de Óbitos por Sífilis Congênita em menores de um ano, no período de 2008 a 2018. Estado de São Paulo, 2020.

A Figura 3 apresenta a situação dos óbitos por sífilis congênita em menores de um ano, mostrando a gravidade da infecção, com um total de 166 mortes e o mais preocupante, a curva vem crescendo no decorrer do período estudado.

Por fim, constatou-se ainda que não há conformidade nos dados coletados do banco do SINAN, uma vez que, segundo descrevemos na Tabela 1, algumas variáveis possuem totais diferentes além de muitos dados preenchidos como ignorados, como a escolaridade (22,6%) e a classificação clínica (15,7%), não permitindo uma análise mais rigorosa destas e outras variáveis.

5. DISCUSSÃO

No período de 2008 a 2018, verificou-se um aumento gradual no número de casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita. O aumento progressivo de sífilis

em gestantes e sífilis congênita no período estudado, no estado de São Paulo, assemelha-se com os valores encontrados nacionalmente (Brasil, 2019a).

Como os dados apontam, ocorreu um crescimento maior a partir de 2011 e que pode ser explicado pela instituição da Rede Cegonha nesse mesmo ano, cuja implantação ampliou a cobertura pré-natal e sistematizou o atendimento, diagnóstico e acompanhamento dos casos, tanto para o pré-natal, quanto para o puerpério, gerando um fortalecimento para a rede de atenção primária e possivelmente resultando em maiores números de casos rastreados e diagnosticados (Brasil, 2015).

Por outro lado, o aumento de sífilis em gestantes também, pode ser resultado da mudança no critério de definição de casos, que até então eram consideradas apenas as gestantes que realizaram o diagnóstico durante o pré-natal e a partir de 2016, passou a considerar as notificações de mulheres durante o pré-natal, parto e/ou puerpério (Brasil, 2017b).

Analizando a variável raça ou cor, evidenciou-se uma maioria de gestantes autodeclaradas brancas. Esse resultado encontrado é similar a outros estudos realizados em território nacional, como a pesquisa realizada para identificar o perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba – Paraná, em que foram detectadas 362 grávidas consideradas de cor/raça branca, de um total de 444 diagnósticos (Moroskoski et al., 2018).

Todavia, esse resultado pode ser em razão do perfil demográfico das mulheres do estado de São Paulo (Brasil, 2010), uma vez que é discordante dos resultados vistos nacionalmente (Brasil, 2018; Domingues, Leal, 2016), tendo como maioria, de diagnósticos de sífilis, as gestantes autodeclaradas pardas.

Entre as mulheres consideradas indígenas, foi encontrado um menor percentual de sífilis na gestação. Tal fato pode ser explicado pela baixa cobertura, rastreamento e acompanhamento dessas grávidas pela rede de atenção primária à saúde, que para Domingues et al. (2014), são decorrentes de: locais de difícil acesso, barreiras socioculturais e geográficas

Por outro lado, este fato pode ser explicado pela alta incidência de subnotificações nessa população, como apontou um estudo realizado com povos

indígenas em Mato Grosso do Sul, com um alto números de sub-registros no SINAN, onde um total de 79 gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional, 45 não foram notificadas corretamente (Tiago et al., 2017).

Quanto à faixa etária, destacou-se nesse estudo, mulheres entre 20 a 29 anos, com 52,4% dos diagnósticos de sífilis gestacional. Este resultado evidencia que as gestantes, além de serem jovens, estão em uma fase sexual e reprodutiva ativas, bem como iniciando ou efetivando um planejamento familiar. Os dados nacionais reforçam esse achado, uma vez que, como disponibilizado no Boletim Epidemiológico de 2018 referente à Sífilis, de 2005 a 2017, essa faixa etária deteve cerca de 52% das notificações (Brasil, 2018).

Os resultados deste estudo evidenciaram um alto percentual entre mulheres com baixa escolaridade, no qual um quarto das gestantes não completou o ensino fundamental ou eram analfabetas. O baixo nível de escolaridade associado a um alto percentual de diagnósticos de sífilis em gestantes também, foi relatado em pesquisa realizada em Recife - PE, onde também, 37,1% das mulheres possuía fundamental incompleto ou eram analfabetas (Macêdo et al., 2017).

Chamou atenção um número significativo de gestantes que possuía o superior completo, porcentagem maior comparada a outro estudo realizado em Palmas – TO, em que também, foi encontrado um percentual de 1,8% de gestantes com ensino superior incompleto ou completo diagnosticadas com sífilis (Cavalcante, Pereira, Castro, 2017), onde se espera que com um maior grau de escolaridade tenha mais facilidade de compreender as orientações e maior comprometimento com a sua saúde e do conceito, mostrando a necessidade de conscientização de toda a população.

A alta vulnerabilidade social em que essas gestantes estão expostas fica explícita analisando a relação entre a baixa escolaridade, a faixa etária, mulheres jovens, e a raça/cor brancas e pardas, visto que alguns estudos apontam que essas variáveis influenciam e contribuem para que essa IST continue sendo um grave problema de saúde pública (Maschio-Lima et al., 2019; Cunha, Merchan-Hamann, 2015; Domingues et al., 2014).

Estes resultados apontam para uma dificuldade de informação, defasagem no acompanhamento, rastreamento, diagnóstico e tratamento correto, sendo necessárias ações de educação em saúde, direcionadas não apenas a um grupo social, mas sim a toda a população, visto que, ainda que ocorra em maior quantidade em grupos sociais expostos a vulnerabilidade, evidenciou-se com os resultados desse estudo que não há um perfil exclusivo para a ocorrência de sífilis em gestantes.

A classificação clínica é um dado imprescindível no diagnóstico, realizado preferencialmente na AB, uma vez que a transmissão vertical tem uma maior transmissibilidade quando a gestante está com sífilis primária ou secundária, já que a carga de treponema circulante é maior e com isso, têm-se um maior risco de sífilis congênita (Brasil, 2019b).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção de Sífilis (Brasil, 2019b), a maioria dos diagnósticos em gestantes ocorre na fase assintomática, correspondente aos resultados encontrados neste estudo, que mostraram que quase metade das gestantes foram diagnosticadas com sífilis latente, sendo que, se não for possível determinar a duração da doença, a classificação e o tratamento são realizados como sífilis latente tardia (Brasil, 2019b).

Por outro lado, neste estudo houve um percentual significativo de sífilis primária e como já mencionado, essa fase da infecção possui uma alta carga de treponema circulante, o que aumenta o risco de sífilis congênita e demais consequências para a gestante. Um estudo realizado em São José do Rio Preto – SP mostrou que de 396 mulheres, 149 gestantes foram diagnosticadas e classificadas como sífilis primária (Maschio-lima et al.,2019). Tais dados são preocupantes, pois uma vez que a AB é responsável pelos diagnósticos, rastreamento e acompanhamento dessas mulheres e, com números tão alarmantes, algumas falhas nesse processo podem estar ocorrendo.

Conhecer a idade gestacional em que ocorreu o diagnóstico é um dado de grande relevância, uma vez que quanto mais tardio, maiores as chances de ocorrência da sífilis congênita, bem como das sérias consequências para a mãe e o conceito. Além disso, é um marcador relevante da situação de rastreamento e acompanhamento das gestantes pela rede de AB.

Nosso estudo identificou que um pouco menos da metade dos diagnósticos foram realizados no primeiro trimestre, dado parcialmente satisfatório e semelhante aos nacionais (Brasil, 2018), contudo, somando o segundo e terceiro Trimestres, foi encontrado mais da metade dos diagnósticos.

Um estudo que abrangeu o território nacional, realizado com parturientes atendidas em maternidades do sistema público de saúde e conveniadas, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, encontrou percentuais semelhantes, em que mais da metade dos sorodiagnósticos de sífilis foram realizados no 2º e 3º trimestres (Cunha, Merchan-Hamann, 2015).

O esquema de tratamento é realizado com doses de Penicilina, baseado na fase da infecção em que a gestante é diagnosticada, sendo considerado seguro e adequado para a sífilis gestacional, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da sífilis (Brasil, 2019b). Os dados desse estudo mostraram que uma maioria satisfatória de 93,4% de gestantes foram tratadas com Penicilina, todavia pode-se presumir que foi realizada de forma ineficiente, visto os resultados encontrados para a sífilis congênita.

Houve ainda, um percentual significativo de mulheres que não realizaram nenhum tratamento. Tal resultado foi reproduzido em outro estudo realizado no Distrito Federal, que também encontrou um valor significativo (16,4%) de tratamentos não realizados (Magalhães et al., 2013).

No final do primeiro semestre de 2014, foi notificado pelo MS, através de uma nota informativa, o desabastecimento nacional de penicilina (Brasil, 2016a). Tal fato pode explicar o aumento de casos de sífilis congênita neste período, porém não é suficiente para justificar o aumento progressivo ao longo dos anos.

Estes achados são de extrema preocupação, uma vez que a precocidade dos diagnósticos e tratamento é de vital importância para diminuir o risco de transmissão vertical e evitar desgastes psicossociais e físicos para a mãe e ao conceito, além de demonstrarem a qualidade da assistência pré-natal (Brasil, 2019b). Os resultados encontrados nesta pesquisa explicitam uma fragilidade no sistema de saúde, principalmente no atendimento pré-natal, já que o diagnóstico, acompanhamento e tratamento são realizados principalmente pela AB. Além de oferecer um maior risco

para abortamentos, prematuridade, óbitos e crianças com sífilis congênita, falhas nessas condutas geram ainda, um maior tempo de hospitalização e maiores custos com a saúde.

O acompanhamento realizado durante a gravidez ou pré-natal, é um direito assegurado por lei para as gestantes desde 1996 (Brasil, 1996). Esse regulamento determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o dever de garantir, em todos os seus serviços, uma assistência de qualidade ao atendimento pré-natal, parto e puerpério, além do neonato. Durante o pré-natal na AB, além das avaliações clínicas, nutricionais, são realizadas também, avaliações laboratoriais, entre elas o teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, exames treponêmicos e não treponêmicos (Brasil, 2016b).

O resultado desse estudo apresentou um percentual de realizações de pré-natais e diagnósticos de sífilis para as gestantes, nesse mesmo período, de 77,5% e 57%, respectivamente. A partir desses dados, pode-se destacar que, mesmo sendo um número considerável de diagnósticos realizados no pré-natal, as mulheres deste estudo que realizaram o atendimento gestacional e estavam positivas para sífilis, não tiveram o desfecho esperado.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo recente, realizado em Niterói – RJ, em que foram analisadas 754 gestantes com desfecho de sífilis congênita, apontando que 80,8% delas realizaram o pré-natal e 57,6% tiveram o diagnóstico de sífilis materna nesse mesmo período (Heringer et al., 2020).

Esses resultados expõem, mais uma vez, a fragilidade e a qualidade inadequada da assistência prestada, visto que mesmo com um alto percentual de atendimentos e diagnósticos, ainda há um alto número de grávidas com desfechos gestacionais de aborto, natimorto e sífilis congênita.

O esquema de tratamento materno e do parceiro reforçam essas falhas que ocasionaram a sífilis congênita, visto que mais da metade das gestantes deste estudo, tiveram tratamentos inadequados e 70,7% dos parceiros não realizaram o seguimento terapêutico, sendo que o tratamento do parceiro, quando possível, é primordial para evitar reinfecções. Pesquisa feita no estado de Santa Catarina, no período de 2007 a 2017, mostram resultados semelhantes, em que 51,9% das

mulheres tiveram inadequado seguimento terapêutico e 65,1% dos parceiros não foram tratados concomitantemente às gestantes (Vescovi, Schuelter-Trevisol, 2020).

A sífilis congênita pode ser classificada em recente ou tardia, quando o diagnóstico é realizado antes ou após os dois anos, respectivamente (Brasil, 2016b). Os dados desse estudo referente a essa variável foram satisfatórios, pois mostraram que 90,4% dos desfechos de sífilis congênita foram recentes e com isso, o tratamento pode ser realizado e evitar maiores consequências para o bebê. Por outro lado, foi visto um percentual de 5,6% de abortos e 3,9% de natimortos, um número baixo, porém significativo, considerando todos os casos, pois são inaceitáveis, visto que com tratamento e controle pré-natal seriam evitáveis.

Tais dados corroboram com pesquisa realizada no município de Niterói, onde foram encontrados um percentual satisfatório (86,9%) de sífilis congênita recente, contudo foram detectadas resultados alarmantes de 6,8% e 5% de abortamentos e natimortos, respectivamente (Heringer et al., 2020).

Outro resultado inaceitável encontrado no presente estudo foram os óbitos por sífilis em menores de um ano. A análise feita no período identificou que houve um aumento contínuo, assim como os casos de sífilis em gestante e congênita.

Os óbitos em menores de um ano, em razão desta IST, assim como a sífilis congênita, tanto recente quanto tardia, os abortamentos e natimortos podem ser classificados como internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), já que esses agravos e hospitalizações podem ser evitados se as ações e intervenções realizadas na AB forem adequadas e resolutivas (Alfradique et al., 2009).

Uma pesquisa que analisou a tendência temporal das ICSAP em crianças menores de um ano no Brasil, considerando todos os municípios, identificou que 29,5% das internações em neonatos foram por sífilis congênita e outras afecções congênitas, sendo um percentual majoritário para esse grupo (Pinto Junior et al., 2020).

Outro ponto a ser discutido, tendo em vista que o diagnóstico e tratamento para essas IST's sejam simples, é que foi encontrado, ainda, números elevados de casos. Uma análise comparando a relação entre oferta de diagnóstico e tratamento

da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita verificou a redução do acesso ao tratamento com Penicilina, visto que na região sudeste, mais de 50% das aplicações eram realizadas em menos da metade dos municípios. Além disso, neste mesmo estudo foi verificado uma incidência menor de sífilis congênita nos locais onde havia maior cobertura da atenção primária e maior aplicabilidade de penicilina e diagnósticos (Figueiredo et al., 2020)

É esperado que a assistência, com relevância na atenção primária, conteplane todas as ações preconizadas por lei para assegurar qualidade, respeito e dignidade, visando com isso, a diminuição nos casos de sífilis em gestante, congênita, hospitalizações e todas as suas consequências, o que não foi visto neste estudo.

A qualidade dos registros e notificações é um importante marco para averiguar a qualidade da assistência pré-natal. Nesse estudo evidenciaram-se várias incompletudes dos dados fornecidos. O compromisso com o preenchimento da ficha de notificação de forma correta possibilita o conhecimento real da situação de sífilis em gestantes e sífilis congênita nestes grupos populacionais. A baixa qualidade dos registros dificulta uma melhor assistência e rastreamento dos locais com maiores incidências, os grupos mais vulneráveis e o tratamento adequado, evitando que essa IST continue sendo um sério problema de saúde pública.

Por fim, salienta-se ainda que, os dados registrados no SINAN e disponibilizados pelo DATASUS, permitem conhecer a magnitude deste agravo e refletem a impotência do sistema de saúde, tanto na busca de informações mais concretas, quanto em ações que possam diminuir essas estatísticas que traduziriam em melhor controle da sífilis em gestantes e congênita.

6. CONCLUSÃO

Considerando o período de 2008 a 2018, os resultados encontrados em relação à sífilis em gestante e congênita no estado de São Paulo, mostraram que:

- Os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita tiveram um crescimento contínuo ao longo dos anos, totalizando 62.448 e 26.692 casos, respectivamente;

- A raça/cor que prevaleceu entre as gestantes com sífilis foi a branca (43,9%), seguida por parda (37,7%);
- As gestantes, em sua maioria, eram jovens, com idade entre 20 a 29 anos (52,4%), em fase sexual e reprodutiva ativas;
- Em relação à escolaridade, 24,8% eram analfabetas ou com fundamental incompletos e 22,7% possuíam ensino médio completo;
- A classificação clínica apontou 46,6% tinham sífilis latente e 24,1% sífilis primária;
- A idade gestacional em que ocorreu o diagnóstico de sífilis, foi: 45,8% no primeiro trimestre; 30,1% no segundo trimestre e 21,2 % nos últimos trimestres;
- 93,4% foram tratadas com penicilina, provavelmente de forma inadequada;

Quanto às características maternas dos desfechos de sífilis congênita:

- 77,5% das gestantes realizaram o pré-natal,
- 57% dos diagnósticos ocorreram durante esse mesmo período e,
- 35,6% ocorreram no momento do parto/curetagem;
- 52,7% do tratamento materno foram inadequados;
- 70,7% dos parceiros não foram tratados;
- 90,4% dos diagnósticos foram de sífilis congênita recente;
- Por fim, podemos destacar que houve vários dados incompletos no SINAN e com isso, algumas variáveis, como a escolaridade (22,6%) e a classificação clínica (15,7%), não foram preenchidas adequadamente, dificultando uma análise mais profunda.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo foi possível reforçar que a Sífilis ainda continua sendo um grave problema de saúde pública e expõem as vulnerabilidades em que a população

está exposta. Considerando todas as consequências, detalhadas nesta pesquisa, para a gestante, o conceito, a rede de saúde, são necessárias ações de educação em saúde e intervenções efetivas para cada estrato da população, tendo em vista que o rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento são realizados, em sua maioria, na atenção primária.

As notificações e os registros são de vital importância para auxiliar o conhecimento desses dados e da real situação de sífilis no estado. O preenchimento realizado de forma inadequada e incompleta prejudica o rastreamento para intervenções e ações futuras voltadas para cada grupo populacional, além de ser indicador de uma baixa qualidade na assistência pré-natal.

Vale ressaltar que o diagnóstico e tratamento da sífilis são simples e de fácil acesso à população, através da rede de AB, disponibilizado pelo SUS, além de ser eficaz e de baixo custo, quando realizado oportuna e adequadamente.

Os resultados desta pesquisa mostram que essa doença ainda, representa um grave problema de saúde pública na atualidade. Sendo necessário um maior envolvimento dos órgãos de saúde e seus gestores, além dos profissionais e acadêmicos, em particular a enfermagem, para prevenir, orientar, encaminhar e conter essa IST, que apesar de causar consequências tão graves para os envolvidos, são de fácil diagnóstico e ao mesmo tempo, possuem um seguimento terapêutico simples e de baixo custo.

8. REFERÊNCIAS

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad Saude Publica [Internet]. 2009 [citado 2020 jul. 20];25(6):1337-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico - 2010. IBGE 2010 [citado 2020 jul. 24]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados>

Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, que estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 jan. 1996. Seção 1:561.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré natal de baixo risco. Brasília; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos da Atenção Básica, nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Especial - Sífilis. Brasília; 2019a.

Brasil. 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. Brasília; 2020.

Brasil. 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 de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília; 2019b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Brasília; 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Nota Informativa Nº 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS. Informa a respeito da importância e urgência na aquisição de penicilina cristalina (ou potássica), tendo em vista que tal medicamento é tratamento padrão para diversas doenças com relevante impacto em saúde pública. Diário Oficial da União 29 jan 2016a; Seção Única.

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; 2016b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e da Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Brasília; 2018.

Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2017 [citado 2020 jul. 28];26(2):255-64. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>

Cunha ARC, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(6):479-86. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/479-486/#:~:text=Em%202011%2C%20a%20taxa%20de,000%20nascidos%20vivos%20\(13\).](https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n6/479-486/#:~:text=Em%202011%2C%20a%20taxa%20de,000%20nascidos%20vivos%20(13).)

Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2016 [citado 2019 set 4];32(6):e00082415. Epub 2016 Jun 01. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>

Domingues RMS, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2014 [citado 2020 jul. 28];48(5):766-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>

Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 2021 jan 10]; 36(3). Epub 2020 Mar 23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074519>

Fundação Oswaldo Cruz. Revista Radis aborda a epidemia de sífilis [Internet]. 2019 [citado 2019 set. 5]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revista-radis-aborda-epidemia-de-sifilis>

Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007

a 2016. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [citado 2020 ago. 01];44. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>

Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 [citado 2020 jul. 23];51. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>

Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad Saude Publica [Internet]. 2013 [citado 2020 jul. 29];29(6):1109-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>

Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2019 [citado 2020 jul. 26];19(4). Epub 2020 Jan 13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>

Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em curitiba - PR. Rev Saude Publica Parana [Internet]. 2018 [citado 2020 jul. 19];1(1):47-58. DOI: <https://doi.org/10.32811/2595-4482.2018v1n1.39>

Organização Mundial da Saúde. Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación maternoinfantil del VIH y la sífilis [Internet]. 2015 [citado 2019 maio 14]. Disponible em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/es/>

Organização Pan-Americana da Saúde. Elimination of mother-child transmission of HIV and syphilis in the Americas [Internet]. 2016 [citado 2019 maio 14]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34072?locale-attribute=pt>

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde publica novas estimativas sobre sífilis congênita [Internet]. 2019 [citado 2019 set. 5]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812#:~:text=28%20de%20fevereiro%20de%202019,mil%20natos%20e%20mortes%20neonatais.

Pinto Junior EP, Aquino R, Dourado I, Costa LQ, Silva MGC. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 [citado 2020 jul. 25];25(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>

Tiago ZS, Picoli RP, Graeff SVB, Cunha RV, Arantes R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2017 [citado 2020 jul. 27];26(3):503-12. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300008>

Vescovi JS, Schuelter-Trevisol F. Increase of incidence of congenital syphilis in Santa Catarina state between 2007-2017: temporal trend analysis. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2020 [citado 2020 ago. 03];38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018390>