

SÍFILIS GESTACIONAL: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

GESTATIONAL SYPHILIS: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS IN A MUNICIPALITY IN COUNTRYSIDE AMAZON

David Heriberto Costa Batista

Universidade do Estado do Pará, Santarém, Pará, Brasil
davidheribertobatista@gmail.com

Laila Lorena Cunha da Ponte Rebelo

Universidade do Estado do Pará, Santarém, Pará, Brasil
lailalorena22@gmail.com

Irlaine Maria Figueira da Silva

Secretaria Municipal de Saúde, Santarém, Pará, Brasil
irlaine_figueira@hotmail.com

Nádia Vicência do Nascimento Martins

Universidade do Estado do Pará, Santarém, Pará, Brasil
nadia.martins@uepa.br

RESUMO

Objetivo: Analisar as características e perfil clínico e epidemiológico dos casos confirmados de sífilis gestacional notificados no município de Santarém, Pará, entre janeiro e dezembro de 2022. **Método:** descritivo, retrospectivo, documental, de caráter transversal, abordagem quantitativa, avaliando os casos de sífilis gestacional registrados entre janeiro e dezembro de 2022. Os dados foram coletados a partir das fichas de notificação para sífilis gestacional de casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e tabuladas em planilha eletrônica da Microsoft Excel 2010. **Resultados:** Houve 104 casos registrados de sífilis gestacional no município. A maior ocorrência registrada foi no mês de agosto de 2022 (17,3%), em mulheres pardas (84,6%), residentes em área urbana (77,9%), na faixa etária de 20 a 29 anos (57,6%), ensino médio completo (36,5%), ocupação "dona de casa" (56,7%), notificadas em um hospital do município (30,7%), testadas tanto com métodos treponêmicos quanto não treponêmicos (66,3%), com prevalência de sífilis primária (57,6%) e tratadas com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI IM (85,7%). **Conclusões:** Foi identificada a persistência desse agravo como problema de saúde no município, portanto, necessária a adequação na assistência pré-natal para a realização de tratamento e diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Epidemiologia. Gravidez. Sífilis.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics clinical and epidemiological profile of confirmed gestational syphilis cases notified in the municipality of Santarém, Pará, between January and December of 2022. **Methods:** descriptive, retrospective, documentary, cross-sectional, quantitative approach, in which were evaluated the cases of gestational syphilis registered between January and December 2022. The data was collected from of the notification forms for gestational syphilis of the notified cases in the National Disease Notification System (SINAN), the information was tabulated in Microsoft Excel 2010 spreadsheet. **Results:** There were 104 recorded cases of gestational syphilis in the municipality. Most incidentes were registered in August 2022 (17,3%), in woman of mixed-race (84,6%), residents in urban areas (77,9%), aged 20 to 29 years (57,6%), that completed high school (36,5%), who were housewives (56,7%), reported in a municipal hospital (30,7%), tested with both treponemic and non-treponemic methods (66,3%), with a prevalence of primary syphilis (57,6%) and treated with Penicillin G Benzathine 7,200,000 IU (85,7%). **Conclusions:** The persistence of this disease was identified as a health problem in the municipality, therefore it necessary to adapt prenatal care to accomplish early treatment and diagnosis.

Keywords: Prenatal care. Epidemiology. Pregnancy. Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistêmica, de etiologia bacteriana, causada pelo *Treponema pallidum*, de evolução crônica, que, se não tratada, evolui por diversos estágios clínicos, classicamente divididos em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária). Em gestantes não tratadas, até 50% podem transmitir a doença de forma vertical, assim como há elevado risco de transmissão nos casos inadequadamente tratados. Essa situação representa uma grande preocupação em âmbitos da saúde pública, devido a consequências como aborto, parto pré-termo, natimorto, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias. Esta doença responsável por estimados 350.000 resultados gestacionais adversos, 143.000 mortes fetais e 62.000 mortes neonatais anualmente, no mundo (BRASIL, 2022; WHO, 2017).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória no Brasil, desde 1986, enquanto a sífilis gestacional e a sífilis adquirida ganharam esse *status* em 2005 e 2010, respectivamente. No Brasil, em 2020, foram registrados 115.371 casos de sífilis adquirida; 61.441 casos de sífilis gestacional; 22.065 casos de sífilis congênita; e 186 óbitos decorrentes da doença. Entre 2010 e 2019, a taxa de detecção de sífilis gestacional apresentou aumento significativo, passando de 3,5 casos para 1.000 nascidos vivos em 2010 para 21,8 casos para 1.000 nascidos vivos em 2019, havendo leve redução em 2020 para 21,6, embora essa redução possa ser associada às dificuldades de transferência de informações entre as esferas municipal, estadual e federal, bem como à subnotificação, potencialmente decorrente da sobrecarga causada pela pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2021).

A sífilis congênita, consequência mais alarmante da sífilis gestacional, apresentou trajetória semelhante, porém com redução da taxa de casos anuais iniciando um ano antes, em 2018. Ainda assim, permanece em 7,7 casos a cada 1.000 nascidos vivos, muito acima da meta estabelecida de 0,5 para o ano de 2015. O elevado número de casos de sífilis congênita no Brasil pode ser considerado um grande fator de preocupação, pois, além de ser uma causa importante de morbimortalidade, pode ser considerado um evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal no território nacional (DOMINGUES et al., 2013; OPAS, 2016).

Em gestantes, há diversos fatores que podem ser considerados de risco para a infecção por sífilis. Por exemplo, as taxas de sífilis gestacional são fortemente relacionadas à situação de vulnerabilidade, incluindo a qualidade e disponibilidade de assistência em saúde. A baixa escolaridade e a as práticas sexuais inseguras também são associadas à maior prevalência da doença. Além disso, esses fatores são associados ao menor número de consultas pré-natal ou pré-natal tardio e, conseqüentemente, diagnóstico e tratamento da doença (MACÊDO et al., 2017; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; SOARES; AQUINO, 2021).

A doença é transmitida, principalmente, por transmissão sexual. A sífilis primária tem por características uma lesão única, ulcerativa, endurecida e de base limpa. Essa lesão é, normalmente, indolor e pode aparecer tanto na região genital quanto extragenital, como a cavidade oral, a região perianal e o reto (BRASIL, 2022; GHANEM; RAM; RICE, 2020).

O estágio secundário da doença apresenta sintomas de *rash* cutâneo não pruriginoso, particularmente comum em pés e mãos, bem como sintomas inespecíficos como febre, linfadenopatia, lesões mucosas, alopecia e, ocasionalmente, periostite, hepatite e nefrite. A sífilis pode, então, entrar em um estado de latência que pode ser recente (com menos de um ano da infecção) ou tardio (com mais de um ano da infecção). Do estado de latência, a infecção pode tanto permanecer dessa forma para o resto da vida, quanto recorrer em sífilis secundária ou evoluir para sífilis terciária (BRASIL, 2022; GHANEM; RAM; RICE, 2020).

O estágio terciário costuma ocorrer muitos anos após o início da infecção, após um variável período de latência. As principais desordens não neurológicas associadas a esse estágio são os distúrbios cardiovasculares, como aneurisma de aorta, insuficiência aórtica, estenose de artéria coronária e miocardite. Além disso, podem ocorrer as gomas sífilíticas, um processo proliferativo granulomatoso, com tendência à liquefação, que pode atingir a pele, os ossos e qualquer outro tecido, inclusive o neurológico (BRASIL, 2022; GHANEM; RAM; RICE, 2020).

O aspecto mais perverso do alto número de casos de sífilis gestacional e, especialmente, do seu não tratamento é a transmissão vertical da bactéria, que pode acontecer tanto ao se atravessar a barreira placentária quanto no período perinatal, através do contato da criança com lesões genitais maternas (BRASIL, 2022).

A sífilis congênita precoce é aquela em que os sintomas surgem desde imediatamente após o nascimento até os dois primeiros anos de vida. Os principais sinais apresentados são hepatoesplenomegalia; trombocitopenia, com presença de petéquias e púrpuras; lesões cutâneas, normalmente localizadas em região palmoplantar; lesões mucocutâneas; pênfigo sífilítico; rinite; anemia; achados oculares, como catarata, glaucoma e uveíte; pneumonia alba; febre; icterícia; síndrome nefrótica; miocardite; pancreatite e inflamação com fibrose do trato digestivo, causando má absorção e diarreia (BRASIL, 2022; COOPER, SANCHES, 2018).

As malformações radiológicas, como osteocondrite e periostite, são manifestações comuns, e normalmente afetam ossos longos, costelas e crânio. Costumam ser simétricas, podem ser dolorosas e resultar em fraturas e deslocamento epifisial, causando o quadro de pseudoparalisia de Parrot. Normalmente, as lesões ósseas se recuperam mesmo sem antibioticoterapia. Pode ocorrer infecção do Sistema Nervoso Central (SNC), contudo as manifestações são raras, incluindo meningite e quadro convulsivo (BRASIL, 2022; COOPER, SANCHES, 2018).

Após os dois anos de idade surgem as manifestações da sífilis congênita tardia como consequência do quadro inflamatório persistente do período precoce de infecção. Elas incluem os dentes de Hutchinson, uma deformidade dos dentes incisivos medianos superiores, a osteocondrite que afeta o oitavo nervo craniano causando perda auditiva e manifestações oculares tardias, como uveíte e queratite intersticial. Os dentes de Hutchinson, a afecção do oitavo par craniano e a queratite intersticial compõem a chamada tríade de Hutchinson, característica da doença. Sequelas de periostite também podem causar diversos quadros de deformação como a tibia em lâmina de sabre e fronte olímpica. Por fim, pode haver ainda sequelas neurológicas, como doença convulsiva, retardo mental, hidrocefalia, atrofia do nervo óptico e paralisia (BRASIL, 2022; COOPER, SANCHES, 2018).

O diagnóstico de sífilis é baseado em testes sorológicos caracterizados em testes não treponêmicos, o mais comumente utilizado é o Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), e os testes treponêmicos, que utilizam a identificação dos anticorpos específicos para a doença, são os primeiros testes a se tornarem positivos e, em até 85% dos casos, permanecem positivos por toda a vida, são essenciais para a avaliação pré-natal e toda gestante deve ser testada, ao menos, duas vezes para sífilis por meio desses testes (BRASIL, 2016, 2022; TSAI et al, 2019).

Entre 2011 e 2014, houve grande aumento em relação à disponibilidade de testes de triagem para sífilis no Brasil, permitindo maior possibilidade de identificação da doença na população, com o país apresentando, conseqüentemente, um grande aumento dos casos identificados. Contudo, devido à implementação heterogênea dos serviços de saúde, muitas equipes ainda não disponibilizam de sistemas de rastreio para o agravo. A região Norte é a que apresenta menor prevalência de rastreamento. Também grave é que o aumento da identificação da doença não foi associado a um tratamento adequado, devido à demora nos resultados de exame e início tardio do pré-natal (CESAR et al., 2020; FIGUEIREDO et al., 2020).

Dessa forma, a sífilis persiste como um problema de saúde pública na realidade brasileira, e, devido ao elevado número de casos, são ainda necessários muitos esforços de vigilância, prevenção e controle da doença e que, no período gestacional, apresenta um nível ainda maior de gravidade, devido aos elevados riscos associados durante tanto o processo de gestação, quanto aos riscos congênitos envolvidos, destacando a necessidade e urgência de avaliar essa problemática (BRASIL, 2021).

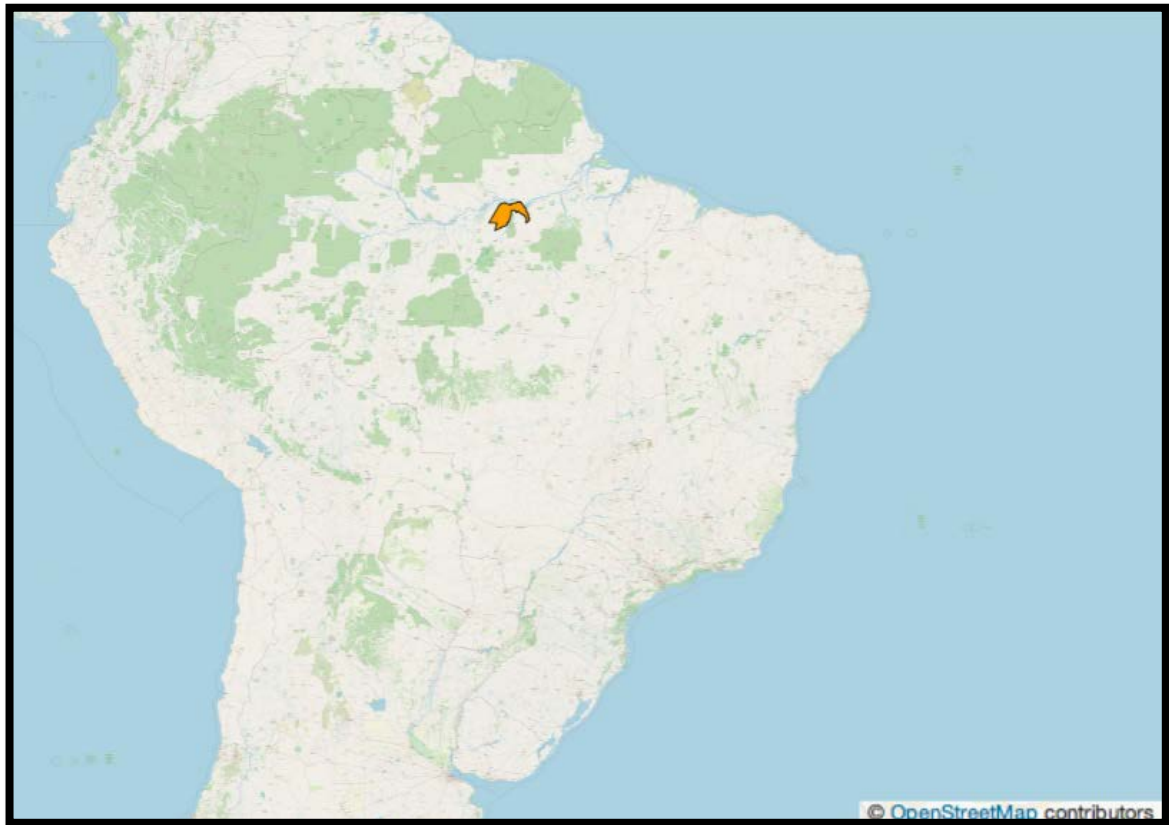
Assim, este estudo buscou analisar as características e perfil clínico e epidemiológico dos casos confirmados de sífilis gestacional notificados no município de Santarém, Pará, entre janeiro e dezembro de 2022.

METODOLOGIA

O estudo apresenta-se como descritivo, retrospectivo, documental, seguindo o delineamento de caráter transversal e abordagem quantitativa das gestantes diagnosticadas com sífilis no município de Santarém-Pará.

Foi realizado no município de Santarém, estado do Pará, Brasil, situado nas coordenadas 02° 26' 34" S e na longitude 54° 42' 28" O. Apresenta população de 331.942 habitantes, ou seja, 73,2% residem em área urbana e 28,6% em área rural de acordo com Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Possui uma área territorial de 17.898 km², densidade demográfica de 18.55 habitantes/km² e um Índice de Desenvolvimento Humano do Município é de 0,691 (IBGE, 2010, 2022). O município é dividido em 5 zonas administrativas urbanas.

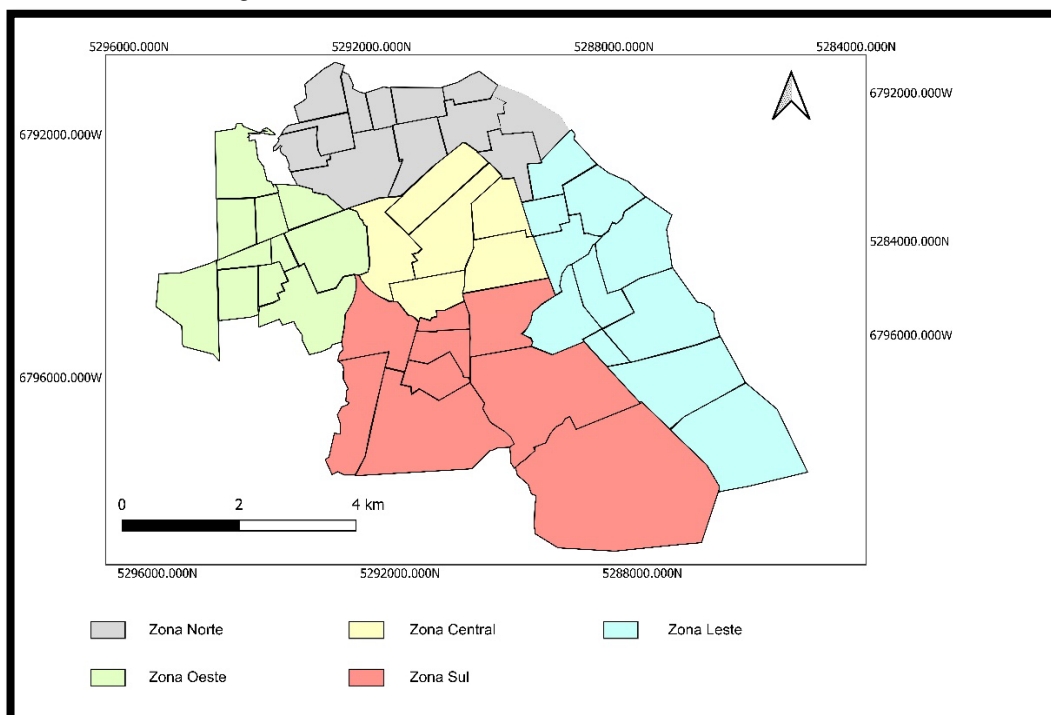
Figura 1 – Localização do município de Santarém



Fonte: Elaborado pelos autores, 2023, com base nos dados disponibilizados pela ferramenta OpenStreetMap e nos limites municipais fornecidos pelo IBGE (2022).

A cobertura de serviço da atenção básica era de 74 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município, de acordo com os dados da Sala de Apoio À Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE, 2023). As UBSs dispõem da ficha de notificação compulsória de sífilis gestacional do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). A atenção hospitalar é realizada pelo Hospital Municipal de Santarém, pelo Hospital Regional do Baixo Amazonas e pelo Hospital e Maternidade Sagrada Família que é conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), os quais receberam os casos de sífilis gestacional que não foram diagnosticados na atenção básica.

Figura 2 – Zonas administrativas urbanas de Santarém



Fonte: Elaborado pelos autores. 2023.

Os dados foram coletados no Núcleo Técnico de Vigilância em Saúde (NTVS) que é responsável por registrar as doenças de notificação compulsória e por auxiliar no desenvolvimento de ações de monitoramento contínuo do município. Os dados foram obtidos a partir da análise das fichas de notificação para sífilis gestacional dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro a dezembro de 2022, no município de Santarém, estado do Pará, devido à disponibilidade de dados do NTVS.

As variáveis encontradas foram tabuladas em planilhas do programa Microsoft Excel 2010 para descrição de média, distribuição de frequência e valores de porcentagem, assim como para elaboração de gráficos e tabelas. A população de estudo foi constituída por mulheres gestantes notificadas ao SINAN com sífilis gestacional, notificadas no período de janeiro a dezembro de 2022. Os critérios de inclusão foram as residentes de área urbana ou rural que foram notificadas no município. Foram excluídas as notificações rasuradas e ilegíveis que impossibilitavam a coleta de dados para o estudo. Os dados foram inseridos em um instrumento de coleta de dados de autoria dos pesquisadores, contendo variáveis como faixa etária, município de residência, zona de residência, fonte de notificação, UBS de realização do pré-natal, cor ou origem étnica, escolaridade, ocupação, testes de triagem realizados, classificação clínica da doença e casos confirmados por mês.

Para a elaboração do mapa, com o fim de apresentar a distribuição dos casos conforme o local de realização do pré-natal entre as UBS da zona urbana, foi utilizada a ferramenta de uso livre QuantumGis, versão 3.28.10, bem como informações do mapa oficial do município de Santarém e o uso de vetores e informações geográficas contidas no Open Street Maps (OSM - <https://www.openstreetmap.org>), plataforma livre de criação de mapas editáveis, produzindo assim um mapa com as divisões dos bairros oficiais e a de bairros não oficiais, a saber "Bela Vista do Juá", uma vez que representa uma área periurbana com grande concentração populacional.

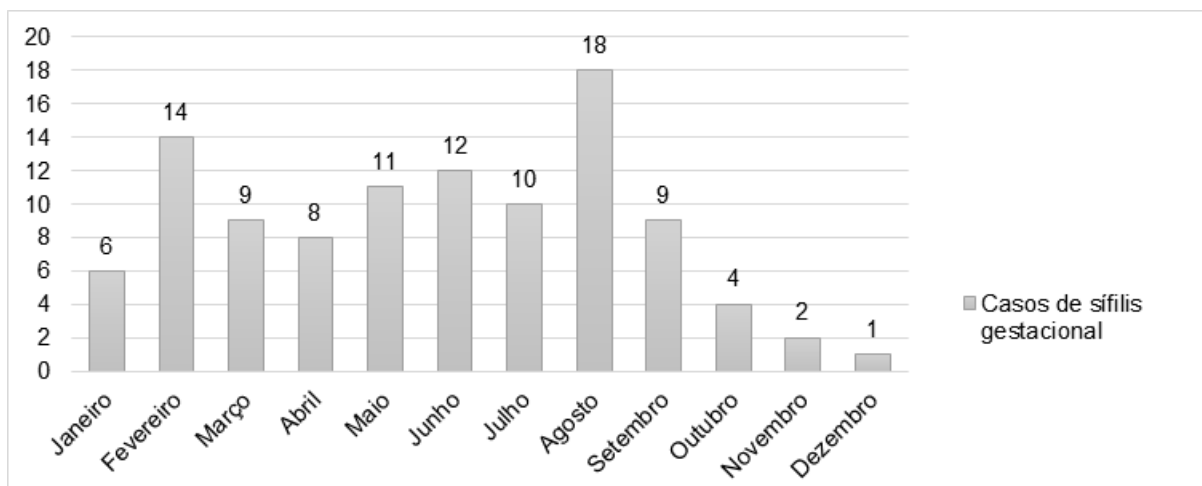
Esta pesquisa respeitou todos os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde ressaltando a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (Parecer: 5.850.905).

RESULTADOS

De acordo com os dados coletados nas fichas de notificação para sífilis gestacional disponibilizados no NTVS, no município de Santarém, no período de janeiro a dezembro de 2022, foram encontrados 104

casos confirmados de sífilis em gestante, representando uma taxa de 15,9 casos por 1000 nascidos vivos, quase o dobro da média nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Esses dados foram agrupados de acordo com o mês de notificação e com as variáveis fonte de notificação, unidade básica de saúde (UBS) de realização do pré-natal, faixa etária, município de residência, zona de residência, cor ou origem étnica, escolaridade, ocupação, testes de triagem realizados e classificação clínica da doença.

Figura 3 – Distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo o mês de notificação em Santarém, 2023



Fonte: Dados da pesquisa.

Relacionado ao número de casos confirmados no ano de 2022, em média, houve 8,6 casos por mês. O mês com maior frequência de casos foi o de agosto, com 18 casos (17,3%) seguido do mês de fevereiro com 14 casos (13,5%) e junho com 12 casos (11,5%) notificados como apresentado na figura 1, com uma média de 8,6 casos de sífilis gestacional por mês durante o ano avaliado.

Na tabela 1, observa-se que a faixa etária de maior predominância foi a de 20 a 29 anos (57,7%), seguido das pacientes apresentando menos de 20 anos (19,2%).

No quesito raça (tabela 1), a maioria se autodeclara parda, somando 88 mulheres (84,6%), seguida de brancos (8,7%).

Sobre a escolaridade, a maioria possuía o ensino médio completo, seguido de ensino médio incompleto respectivamente, 38 (36,5%) e 15 (14,4%) casos. No entanto, em 21 fichas os dados estavam assinalados como ignorado ou em branco (20,2%).

Conforme evidenciado na tabela 1, dos casos confirmados em Santarém, 81 (77,9%) eram residentes de área urbana, 21 (20,2%) de área rural e apenas 2 (1,9%) de área periurbana.

Referente à ocupação (tabela 1), 59 mulheres se diziam donas de casa (56,7%). Em 18 fichas, esse dado foi assinalado como ignorado ou estava em branco (17,3%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das pacientes diagnosticadas e notificadas com sífilis gestacional em Santarém, Pará. 2023

Dados sociodemográficos	Frequência (n=104)	%
Faixa etária		
Menor que 19 anos	20	19,2%
20 a 29 anos	60	57,7%
30 a 39 anos	19	18,3%
Maior que 40 anos	4	3,8%
Ign/Branco	1	1,0%
Raça/Cor/Etnia		
Pardo	88	84,6%
Branco	9	8,7%
Negro	2	1,9%
Indígena	1	1,0%
Ign/Branco	4	3,8%
Escolaridade		
Analfabeta	1	1,0%
1ª a 4ª série	1	1,0%
Ensino fundamental incompleto	10	9,6%
Ensino fundamental completo	10	9,6%
Ensino médio incompleto	15	14,4%
Ensino médio completo	38	36,5%
Ensino superior incompleto	3	2,9%
Ensino superior completo	5	4,8%
Ign/Branco	21	20,2%
Zona de residência		
Urbana	81	77,9%
Rural	21	20,2%
Periurbana	2	1,9%
Ocupação		
Dona de casa	59	56,7%
Estudante	10	9,6%
Outros	17	16,4%
Ign/Branco	18	17,3%

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à unidade de saúde de notificação, observa-se na tabela 2 que 32 serviços de saúde, foram identificados como unidade notificadora no SINAN, de casos de sífilis em gestantes no ano de 2022. A maioria dos casos foram notificados no serviço do Hospital e Maternidade Sagrada Família (30,8%). Destaca-se que, na tabela 2, foram agrupadas as UBSs com mesmo número de casos registrados, sendo a maior frequência registrada no grupo de UBSs Corta Corda; Jaderlândia; Jardim Santarém;

Maracanã; Mararu; Nova República; Santarenzinho; Vila Socorro 16(15,2%), no entanto, analisando as UBSs de forma individual destaca-se as unidades básicas de saúde dos bairros Conquista/Juá 9 (8,6%), Residencial Salvação 7 (6,6%) e Vitória Régia 5 (4,8%) notificações. Deve-se destacar que 34 (32,7%) casos foram notificados já em nível hospitalar, ou seja, no momento do parto (tabela 2).

Tabela 2 – Unidade notificadora dos casos de sífilis gestacional, registrados no SINAN em Santarém, Pará. 2023

Fonte notificadora	Frequência (n=104)	%
Hospital Sagrada Família.	32	30,8%
UBSs da Zona Oeste	21	20,2%
UBSs da Zona Sul	13	12,5%
UBSs da Zona Leste	11	10,6%
UBSs da Zona Central	9	8,7%
UBSs da Zona Norte	5	4,8%
UBSs da Zona Rural	11	10,6%
Hospital Municipal de Santarém.	2	1,9%

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às Unidade Básica de Saúde de realização do pré-natal, destaca-se que, na tabela 3, as UBSs com o mesmo número de registro de realização de pré-natal foram agrupadas, dessa forma, a maioria foi proveniente do grupo de UBS Aparecida/Caranazal; Jacamim; Maracanã; Matinha; Nova República; Uruará 24 (22,8%), seguida de Alter do Chão; Corta Corda; Esperança; Jaderlândia; Mararu; Santana; Tabocal; Vila Socorro 16 (15,2%), no entanto, ao analisar as UBSs de maneira individual, as UBS dos bairros Conquista/Juá e Residencial Salvação, ambas com 9 (8,7%) casos notificados, seguidas das UBS de Boa Esperança, Jutai/Ururumari e Vitória Régia com 5 (4,8%) casos cada uma das UBS.

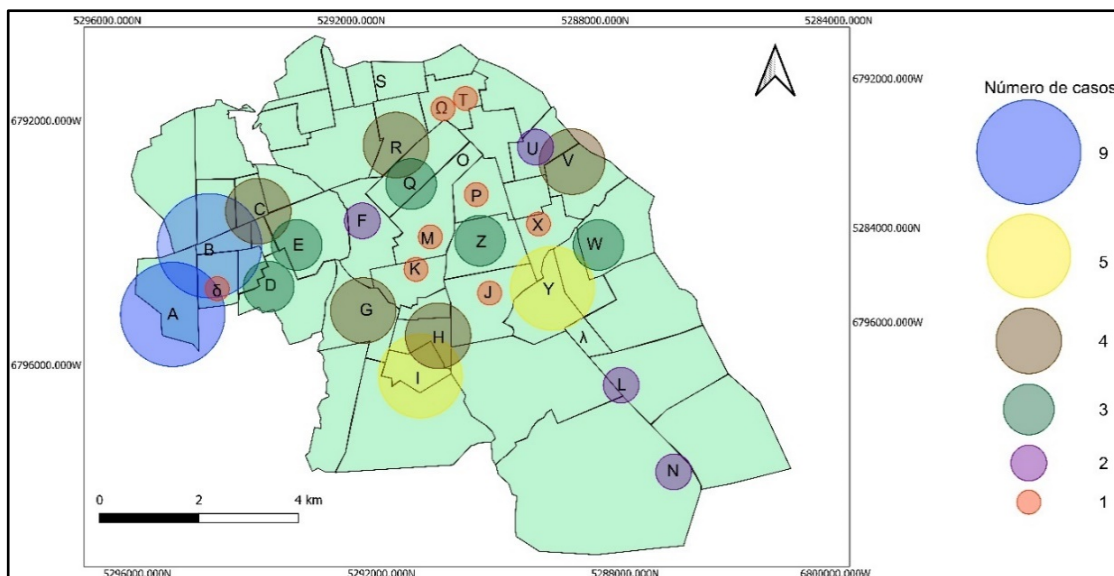
Tabela 3 – Unidade de saúde de realização do pré-natal dos casos de sífilis registrado no SINAN em Santarém, Pará. 2023

Unidade Básica de Saúde	Frequência (n=104)	%
Zona Oeste	29	27,9%
Zona Sul	16	15,4%
Zona Leste	17	16,3%
Zona Central	11	10,6%
Zona Norte	5	4,8%
Zona Rural	20	19,2%
Casa de Saúde da Mulher	1	1,0%
Mojuí dos Campos	1	1,0%
Ign/Branco	4	3,8%

Fonte: Dados da pesquisa

Na figura 2, está apresentada a distribuição geográfica das unidades de saúde em que foram realizadas a assistência pré-natal. Nota-se a maior concentração dos casos nas regiões periféricas do município de Santarém, Pará.

Figura 4 – Distribuição dos casos de sífilis gestacional na zona urbana segundo local de realização do pré-natal, em Santarém, Pará. 2023



Legenda: A. Residencial Salvação; B. Conquista/Juá; C. Maracanã; D. Amparo; E. Santarenzinho; F Esperança; G. Matinha; H. Nova República; I. Vitória Régia; J. Santo Andre; K. Floresta; L. Jaderlândia; M. Aeroporto Velho; N. Mararu; O. Prainha/Santíssimo; P. Interventoria; Q. Jardim Santarém; R. Aparecida/Caranaza; S. Aldeia/Fátima/Laguinho; T. Santa Clara; U. Santana; V. Uruará; W. Área Verde. X. Livramento; Y. Jutai/Urumari; Z. Diamantino; δ. Alvorada; λ. Maicá; Ω: Casa de Saúde Mulher.

Fonte: Elaborado pelos autores. 2023.

Com relação à classificação clínica, apresentada na tabela 4, destaca-se a sífilis em seu estágio primário como a mais notificada (57,7%), seguida do estágio secundário (11,5%) e terciário e latente (5,8% cada). É necessário destacar que a ficha de notificação não diferencia quadros de sífilis latente em recente ou tardia, fator relevante para o tratamento adequado da doença. Foram ignoradas ou deixadas em branco 20 fichas (19,2%), em relação à classificação clínica.

De acordo com a tabela 4, dos 104 casos confirmados, 74 (71,1%) foram reagentes no teste não treponêmico, sendo que em 16 (15,4%), a informação estava ignorada e, em 8 casos (7,7%), o teste mostrou-se não reagente. Quanto aos resultados concernentes à titulação do teste não treponêmico, evidenciados na mesma tabela, a maioria apresentava titulação 1:2 (16,5%), seguido de titulação 1:4 (13,6%). Já em relação ao teste treponêmico, 76 (73,1%) mostrou-se reagente, sendo que em 9 (8,7%) estavam ignorados ou em branco e em 13 (12,5%) mostrou-se não reagente.

Em relação ao tratamento da sífilis durante a gestação, ainda na tabela 4, em sua maioria optou-se pelo tratamento com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI IM (65,4%), seguido pela Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM dose única (23,1%). Em 2,9%, foi realizado o tratamento com Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI. No entanto, em uma parcela de 2,9% o dado sobre o tratamento não constava e em 5,8% não foi realizado tratamento. Dentre as gestantes não tratadas, todas foram notificadas já na atenção hospitalar.

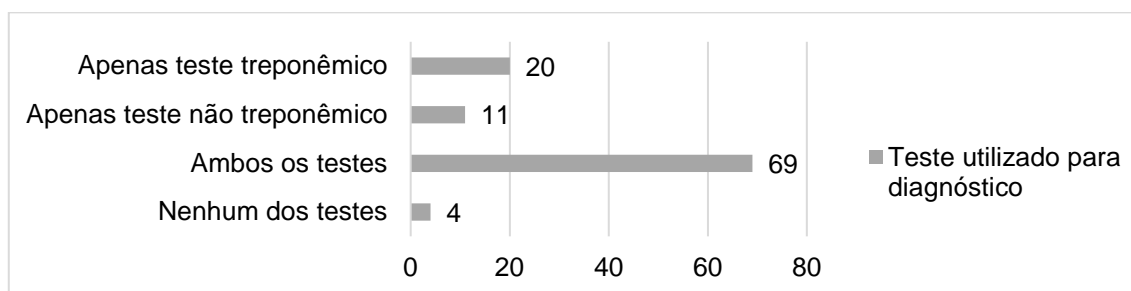
Tabela 4 – Distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo a classificação clínica, diagnóstico e tratamento em Santarém, Pará. 2023

Dados clínicos	Frequência (n=104)	%
Classificação clínica		
Primária	60	57,7%
Secundária	12	11,5%
Terciária	6	5,8%
Latente	6	5,8%
Ign/Branco	20	19,2%
Resultado de teste treponêmico		
Reagente	76	73,1%
Não reagente	13	12,5%
Não realizado	6	5,8%
Ign/Branco	9	8,7%
Resultado de teste não treponêmico		
Reagente	74	71,1%
Não reagente	6	5,8%
Não realizado	8	7,7%
Ign/Branco	16	15,4%
Titulação de teste não treponêmico		
01:02	17	16,5%
01:04	14	13,6%
01:08	11	10,7%
01:16	8	7,8%
01:32	11	10,7%
01:128	2	1,9%
Não realizado	3	2,9%
Ign/Branco	38	35,9%
Tratamento		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	24	23,1%
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	3	2,9%
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	68	65,4%
Não realizado	6	5,8%
Ign/Branco	3	2,9%

Fonte: Dados da pesquisa.

Do total de pacientes, 100 mulheres (96,1%) realizaram teste diagnóstico por algum dos métodos preconizados, sendo que 69 delas (66,3%) foram testadas tanto com métodos treponêmicos quanto com não treponêmicos. As que realizaram apenas um teste totalizou 31 mulheres, sendo 20 delas (19,2%) com o método treponêmico e 11 (10,6%) com o não treponêmico. Por fim, em 4 casos (3,9%) não foi preenchido nenhum método de testagem, conforme demonstrado na figura 3.

Figura 5 – Teste de triagem realizado nas gestantes. 2023



Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste trabalho apresentam a manutenção da sífilis gestacional como um definitivo entrave para a melhor qualidade do pré-natal no município de Santarém. O registro de um número de casos elevado quando comparado à média nacional indica a necessidade de se atentar para esse agravo em saúde como um importante fator de morbimortalidade tanto para a gestante quanto para o feto.

A realização de uma assistência pré-natal de qualidade, com capacidade de realizar o diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante é a melhor forma de evitar a proliferação de sífilis congênita (MOLINE; SMITH, 2016). Assim, é preocupante identificar que quase um terço das notificações do município foram realizadas em nível hospitalar, indicando uma provável falha no diagnóstico precoce da doença ou na capacidade de engajar as gestantes a realizar um pré-natal mais adequado. Em estudo realizado por Araújo, na região do Seridó, no estado Rio Grande do Norte, foi identificado que parte das equipes de saúde da família não conseguia ofertar a testagem rápida devido a fatores como ausência do teste, estrutura inadequada da UBS e falta de capacitação da equipe interprofissional. Além disso, o mesmo estudo identificou que, embora houvesse a testagem rápida no início do pré-natal, esta, apenas em 51,6% das unidades avaliadas a testagem era realizada novamente no início do terceiro trimestre (ARAUJO; SOUZA, 2020). Outra possibilidade é a cobertura insuficiente da estratégia de agentes comunitários de saúde (ACS), ficando parte do território descoberto, isto é, sem assistência desse profissional que é essencial na busca ativa das gestantes, com intuito de orientá-las a comparecer às consultas de pré-natal de forma adequada. Ademais, a demora para a realização da coleta sorológica, bem como para disponibilização de resultados de exames contribuem para o retardo do diagnóstico e, conseqüentemente, o início do tratamento.

Deve-se ainda enfatizar que a capacidade das UBS de notificar a doença com qualidade é um fator de extrema relevância, pois alimenta o sistema de notificação, permitindo a ele cumprir suas finalidades de subsidiar políticas, planejamento, administração, monitoramento e avaliação de programas de saúde, além de, obviamente, direcionar a análise e avaliação do quadro epidemiológico (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2017).

No tocante à faixa etária, o perfil de idade entre 20 e 29 anos também foi identificado como o mais comum em outros estudos, compondo entre 46% e 58% das pacientes diagnosticadas com a doença em outras localidades do país, provavelmente devido a esta ser a fase em que a atividade sexual é mais intensa (AMORIM et al., 2021; FERRAZ SOUZA et al., 2022; GUIMARÃES et al., 2020; MASCHIO-LIMA et al., 2019; PIRES et al., 2020; SOARES; AQUINO, 2021). Outro fator de relevância foi a elevada porcentagem de pacientes adolescentes, percentual similar ao de outros estudos (AMORIM et al., 2021; BENÍTEZ et al., 2021; SOARES; AQUINO, 2021), e que também representa um fator de preocupação tanto pela vulnerabilidade maior desse grupo e pela maior possibilidade de falha de tratamento, como identificado pelo estudo de Silva-Chavarro e Bois-Melli (2017), no qual a chance de falha de tratamento em paciente menores de 18 anos foi 4,07 vezes maior que em pacientes de outras faixas de idade.

No quesito de zona de residência, embora haja maior prevalência da zona urbana, proporcional à população residente em área urbana do município que foi de cerca de 73,2% da população segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Outro fator a ser considerado é a possibilidade de,

na zona rural, em decorrência das dificuldades na logística da região e da falta de recursos humanos, haver atraso ou até não ser realizada a notificação ou o diagnóstico dos quadros de sífilis de forma adequada. Além disso, deve-se colocar em perspectiva a importância de se observar adequadamente a qualidade do serviço de saúde na zona rural, como uma maneira de se combater a sífilis gestacional, uma vez que a residência em zona rural foi relacionada a uma baixa qualidade pré-natal (CHILOT et al, 2023).

Quanto ao aspecto de cor ou raça, a presença maior de população parda foi identificada também em outros estudos nacionais, uma vez que é mais prevalente no país (AMORIM et al., 2021; MASCHIO-LIMA et al., 2019; PIRES et al., 2020; SOARES; AQUINO, 2021), bem como em estudo realizado por Benítez e colaboradores (2021) na cidade de Cali na Colômbia. Contudo, deve-se ressaltar que esta prevalência é um fator relevante por ser um determinante de saúde, tendo-se em conta que populações não brancas apresentam maior chance de ter um pré-natal inadequado (LEAL et al., 2017). Embora a maior parte da população do município seja considerada parda, representando 73% da população residente (IBGE 2010), isso não quer dizer que não haja maior vulnerabilidade nessas populações quando comparadas com a população branca devido aos fatores socioeconômicos e culturais da região.

Em relação à escolaridade, a maioria das pacientes apresentava o ensino médio completo, e, em geral, uma escolaridade mais alta do que a encontrada em outros estudos (GUIMARÃES et al., 2020; MASCHIO-LIMA et al., 2019; SOARES DE SOUSA et al., 2021). A prevalência de mulheres com maior escolaridade quando comparado a outros estudos é de relevante interesse, uma vez que a baixa escolaridade foi associada à pior aderência ao tratamento da doença (ZHU et al., 2010). Além disso, essa variável funciona como marcador de vulnerabilidade individual e, na maioria dos casos, a baixa escolaridade predispõe um desfecho desfavorável. (FONSECA et al, 2022). Quanto à ocupação, a maioria declarou como ocupação “donas de casa”, característica também encontrada em outros estudos na América Latina (BENÍTEZ, 2021; SOARES et al., 2017).

Quanto à realização de exames de pré-natal para diagnóstico de sífilis, a maioria foi feita com ambos os métodos, treponêmico e não treponêmico, contudo uma parte importante da amostra, 29,8%, apresentou apenas um método de testagem, sendo mais adequada a realização de ambos os métodos, uma vez que o teste treponêmico, embora mais específico, não consegue diferenciar a infecção de uma cicatriz sorológica, nem consegue fornecer avaliação quantitativa, importante para avaliar a progressão da doença. Da mesma forma, utilizar apenas o teste não treponêmico apresenta o revés da não especificidade, podendo apresentar-se reagente em decorrência de outras enfermidades como lúpus e hanseníase (BRASIL, 2022).

A grande presença de quadros de sífilis primária foi encontrada também em diversos outros estudos similares, sendo, na maioria deles, também a classificação de maior predominância (AMORIM et al., 2021; FERRAZ SOUZA et al., 2022; MASCHIO-LIMA et al., 2019; SOARES DE SOUSA et al., 2021; SOARES; AQUINO, 2021). Houve, contudo, discrepância com os estudos de Moroskoski e colaboradores (2018), em Curitiba, Pires e colaboradores (2020), no Mato Grosso do Sul, e Liu e colaboradores (2019), na China, nos quais a maioria das pacientes apresentou quadro de sífilis latente. Deve-se salientar que, nos estudos em que os quadros de sífilis primária eram mais prevalentes, a sífilis latente era a segunda mais comum, sendo consideravelmente mais frequente do que encontrado no presente estudo (AMORIM et al., 2021; FERRAZ SOUZA et al., 2022; MASCHIO-LIMA et al., 2019; SOARES DE SOUSA et al., 2021; SOARES; AQUINO, 2021). Ademais, observa-se a fragilidade na própria ficha de notificação de sífilis gestacional em não diferenciar sífilis latente em recente ou tardia, o que vem a ser de extrema relevância na escolha do tratamento e acarreta uma conduta inadequada, uma vez que o diagnóstico de sífilis latente se dá, exclusivamente, com testes treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2022). Ressalta-se, também, uma falha no sistema de notificação, visto que 19,2% da classificação clínica foi ignorada ou deixada em branco, o que prejudica a avaliação epidemiológica.

Quanto ao tratamento, a ampla maioria das gestantes foi tratada para a doença (91,3%), taxa similar ou maior do que a encontrada em outros estudos (AMORIM et al, 2021; MOROSKOSKI et al, 2018). Deve-se destacar, contudo, que nem sempre é feito o tratamento adequado para a sífilis gestacional, devido a fatores como a aplicação de doses incorretas de penicilina e o início tardio do tratamento (ROEHRS et al, 2020), com estudos evidenciando tratamento inadequado entre 46% e 59% das gestantes avaliadas (AMORIM et al, 2021; MOROSKOSKI et al, 2018; PIRES et al, 2020). Em 5,8% dos casos, não foi realizado o tratamento da gestante, possivelmente devido à dificuldade de esclarecer a importância de realizá-lo e as implicações que isso teria para ela e para o feto, ou ainda devido à

falha de detecção precoce no pré-natal. Assim, considerando que 32,7% das pacientes foram notificadas em unidade hospitalar, em ocasião do parto, é improvável que tenham conseguido realizar tratamento adequado com o intervalo adequado antes do parto, contribuindo para a perpetuação da sífilis congênita.

Outro fator de relevância identificado no estudo diz respeito à completude das fichas de notificação, havendo muitos dados importantes não preenchidos, o que prejudica o melhor funcionamento do sistema de notificação para avaliar o estado atual da doença no município. Esse fator afetou mais aspectos como a titulação de teste não treponêmico (35,5%), tratamento (23,0%), escolaridade (20,1%), classificação clínica (19,2%), ocupação (17,3%) e resultado do teste não treponêmico (15,3%), tendo os demais dados preenchimento acima de 90%. Outros estudos enfrentaram desafios similares, como o de Amorim e colaboradores (2018). Já no estudo de Soares e Aquino (2021), sobre a completude dos dados de sífilis gestacional e congênita na Bahia, avaliando o preenchimento das fichas de notificação e identificando também as variáveis mais subnotificadas. Dessa forma, propõe-se a ampliação e oferta de educação continuada, possibilitando a sensibilização de profissionais de saúde acerca da importância e necessidade do correto e completo preenchimento das fichas de notificação.

O estudo apresentou como limitações o fato de estar atrelado à utilização de dados secundários, as fichas de notificação, sendo dependente da completude e preenchimento correto delas. Além disso, está à mercê da possibilidade de subnotificação da doença no município.

CONCLUSÃO

Assim, percebe-se esse agravo em saúde como um importante desafio para o município, na atualidade, sendo particularmente importante o fato de uma parcela considerável ter sido notificada na atenção hospitalar, evidenciando falha na realização de uma assistência pré-natal adequada e na capacidade de realizar o diagnóstico e tratamento precoce da doença.

É necessário um treinamento direcionado aos profissionais de saúde responsáveis pelo preenchimento das fichas de notificação compulsória a fim de que haja uma sensibilização e mobilização quanto à necessidade de informar os dados coletados fidedigna e integralmente. Ressalta-se, também, a importância da educação em saúde no pré-natal a fim de esclarecer dúvidas relativas à doença. Isso implicaria em uma otimização de toda a rede de cuidado da atenção primária na assistência às gestantes, desde a aplicação dos testes de triagem para sífilis com a notificação dos casos com resultados positivos à oferta do tratamento adequado.

Dessa forma, este trabalho retoma a importância da problemática da sífilis gestacional e a necessidade de realizar adequadamente o programa de assistência pré-natal no município de Santarém, estado do Pará, sendo necessário identificar e avaliar as dificuldades e particularidades de cada UBS, para que estas possam ofertar uma assistência pré-natal que consiga lidar com esse agravo, e identificar o perfil de gestantes mais comumente afetadas e fomentar a organização de políticas públicas efetivas para o combate à sífilis.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, E. K. R. et al. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 30, n. 4, p. e2021128, 2021. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000400006>
- ARAÚJO, T. C. V. DE; SOUZA, M. B. DE. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03645, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019006203645>
- BENÍTEZ, J. et al. Características sociodemográficas y clínicas de la sífilis gestacional en Cali, 2018. **Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud**, v. 41, n. Sp. 2, p. 140–152, 2021. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6003>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p.: il.
- 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, DF: Ministério da Saúde, 2016.

- BRASIL, Ministério da Saúde. SAGE - Sala de Apoio à Gestão, 2023. Estratégica. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/paineis/ubsFuncionamento/lista.php?output=html&ufcidade=PA&codPainel=&ufs=15>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (BR). Sífilis: 2021. **Boletim epidemiológico** [Internet]. out. 2021; (n.especial):1-42. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>. Acesso em: 30 maio 2022
- CESAR, J. A. et al. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista brasileira de epidemiologia [Brazilian journal of epidemiology]**, v. 23, p. e200012, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200012>
- CHILLOT, D. et al. Pooled prevalence and determinants of antenatal care visits in countries with high maternal mortality: A multi-country analysis. **Frontiers in public health**, v. 11, 2023. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1035759>
- COOPER, J. M.; SÁNCHEZ, P. J. Congenital syphilis. **Seminars in perinatology**, v. 42, n. 3, p. 176–184, 2018. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.02.005>
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Revista de saúde pública**, v. 47, n. 1, p. 147–56; discussion 157, 2013.
- FERRAZ SOUSA, A. C. et al. Análise epidemiológica dos casos de sífilis na gestação em Uberlândia (MG) de 2011 a 2020. **Journal Health NPEPS**, v. 7, n. 1, p. e5666, 2022. <https://doi.org/10.30681/252610105666>
- FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 3, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074519>
- FONSECA, S. C. et al. Tendência das desigualdades sociodemográficas no pré-natal na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro, 2000-2020: um estudo ecológico. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 31, n. 3, p. e2022074, 2022. <https://doi.org/10.1590/s2237-96222022000300006>
- GHANEM, K. G.; RAM, S.; RICE, P. A. The modern epidemic of syphilis. **The New England journal of medicine**, v. 382, n. 9, p. 845–854, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1901593>
- GUIMARÃES, M. P. et al. Dados alarmantes sobre a notificação de sífilis congênita em uma capital do Norte brasileiro: um estudo transversal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i4p398-404>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2022**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- JORGE, M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cad. saúde colet., (Rio J.)**, 2010.
- LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 33Suppl 1, n. Suppl 1, p. e00078816, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>
- LIU, H. et al. Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3896-4>
- MACÊDO, V. C. DE et al. Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Revista de saúde pública**, v. 51, p. 78, 2017. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>
- MASCHIO-LIMA, T. et al. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 4, p. 865–872, 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS). **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. Disponível em:

<http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos>. Acesso em: 30 nov. 2023.

MOLINE, H. R.; SMITH, J. F. The continuing threat of syphilis in pregnancy. **Current opinion in obstetrics & gynecology**, v. 28, n. 2, p. 101–104, 2016.

<https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000258>

MOROSKOSKI, M. et al. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 47–58, 2018. <https://doi.org/10.32811/2595-4482.2018v1n1.39>

NONATO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Sífilis na gestação e fatores 17 associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, 18 Brasília, v. 24, n.4, p. 681-694, 2015. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas** (Update). Washington DC: Pan American Health Organization; 2016.

PIRES, C. DE P. et al. Syphilis notifications among pregnant women in Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul, Brazil, 2011 to 2017. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, p. e20200024, 2020. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0024-2020>

ROEHRS, M. P. et al. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. **Femina**, p. 753–759, 2020.

SILVA-CHAVARRO, A. M.; BOIS-MELLI, F. Factors associated with failure in the diagnosis and treatment of maternal syphilis. Study of cases and controls. **Revista mexicana de pediatría**, v. 84, n. 2, p. 54–60, 2017.

SOARES DE SOUSA, S. et al. ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS GESTACIONAL NO NORDESTE DO BRASIL. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 1, p. e22522, 2021. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n1ID22522>

SOARES, L. G. et al. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 781–789, 2017. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v. 37, n. 7, p. e00209520, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00209520>

TSAI, S. et al. Syphilis in pregnancy. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 74, n. 9, p. 557–564, 2019. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000713>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women**. Genève, Switzerland: World Health Organization, 2017.

ZHU, L. et al. Maternal and congenital syphilis in Shanghai, China, 2002 to 2006. **International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases**, v. 14 Suppl 3, p. e45-8, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.09.009>