

# ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE TERESINA, PIAUÍ

## EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF NOTIFICATION CASES OF GESTATIONAL SYPHILIS IN THE CITY OF TERESINA, PIAUÍ

KEYLLA RIBEIRO DA SILVA<sup>1</sup>, MYCAELLE SIMONE MENDES MOREIRA<sup>1</sup>, LUCIANE MARTA NEIVA DE OLIVEIRA<sup>2\*</sup>

1. Discente de Farmácia do Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina-PI; 2. Mestra em Saúde Pública pela Universidad Americana, Paraguai.

\* Condomínio Residencial Vila Tropical, Bloco 4, Apartamento 303, Rua Marechal Dutra, 4300. Bairro Lourival Parente, Teresina, Piauí. CEP: 64022-250. [keylla\\_ribeiro@hotmail.com](mailto:keylla_ribeiro@hotmail.com)

Recebido em 01/10/2019. Aceito para publicação em 29/10/2019

### RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes em Teresina-PI. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa retrospectiva, exploratória descritiva, quantitativa, no qual foram analisadas as características sócio epidemiológicas dos casos notificados de Sífilis mediante análise dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** Foram notificados 1115 casos de Sífilis Gestacional entre os anos de 2013 a 2018 em Teresina. Em 2013, foram 116 notificações (10,40%), 103 em 2014 (9,23%), 153 em 2015 (13,72%), 143 em 2016 (12,82%), 175 em 2107 (15,69%) e 425 em 2018 (38,11%); predominaram gestantes pardas (71,65%), com baixa escolaridade (25,47%); faixa etária entre 20-34 anos (64,12%); a maioria delas diagnosticadas na fase de Sífilis latente, correspondendo a 50,13% dos casos; o tratamento prescrito a gestante mais utilizado foi a Penicilina G benzantina 7.200.000 UI correspondendo a 75,15%, quanto ao tratamento do parceiro, 36,77% não o realizaram. **Conclusão:** evidenciou-se aumento progressivo da sífilis gestacional na cidade de Teresina. Apesar das metas governamentais de erradicação, a patologia ainda persiste, sendo necessária a conscientização sobre o tratamento farmacológico e políticas de saúde que atendam esse problema de saúde pública, visando ampliação no atendimento às gestantes e que sejam implantadas de forma efetiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis, gestante, epidemiologia descritiva.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the epidemiological profile of cases reported of syphilis in pregnant women in Teresina-PI. **Methods:** This is a retrospective, exploratory, descriptive, quantitative research, in which the socio epidemiological characteristics were analyzed of the notified cases of syphilis by analysis of data recorded in the Notification Disease Information System. **Results:** 1115 gestational syphilis cases were reported from 2013 to 2018 in Teresina. In 2013, there were 116 notifications (10.40%), 103 in 2014 (9.23%), 153 in 2015 (13.72%), 143 in 2016 (12.82%), 175 in 2107 (15.69 %) and 425 in 2018 (38.11%); dark-skinned pregnant predominates (71.65%),

with low education (25.47%); aged 20-34 years (64.12%); most of them diagnosed in the latent syphilis period, corresponding to 50.13% of the cases; Penicillin G byzantine 7,200,000 IU was the most commonly prescribed treatment for pregnant, corresponding to 75.15%, and 36.77% for partner treatment, didn't do it. **Conclusion:** Notice that there was a progressive increase in gestational syphilis in Teresina city. Despite the government's eradication goals, the pathology still persists, requiring awareness about pharmacological treatment and health policies that address this public health problem, with a view to expanding the care of pregnant and implementing them effectively.

**KEYWORDS:** Syphilis, pregnant, descriptive epidemiology.

### 1. INTRODUÇÃO

A elevada taxa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) é causa de grande preocupação em todo mundo, devido à sua magnitude e dificuldade de acesso ao tratamento adequado. Doenças clássicas como gonorreia, sífilis e cancroide estavam quase desaparecidas na maioria dos países industrializados devido ao advento dos antimicrobianos e das campanhas de prevenção. Entretanto, têm aumentado em taxas epidêmicas<sup>1,2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua sendo um desafio para os sistemas de saúde. Em 2017, foram notificados no Sinan 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos); e 206 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 7,2/100 mil nascidos vivos). Apesar de ser uma doença de fácil prevenção durante o pré-natal, ocupa mundialmente um lugar de destaque, principalmente nos países subdesenvolvidos<sup>3</sup>.

Esta doença infecciosa é causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, a principal via de transmissão da infecção é a sexual, dando origem à forma adquirida. Nas gestantes identificadas com a enfermidade, a sífilis gestacional, que passaram por tratamento inadequado ou

não foram tratadas, a infecção é transmitida, por via transplacentária ao concepto, ocasionando a forma congênita. A sífilis gestacional (SG) é um agravamento de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica, considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e responsável por desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões neurológicas e outras sequelas, bem como importantes custos diretos e indiretos em saúde pública. Estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto<sup>4,5,6</sup>.

Com o advento da penicilina na década de 40, houve a redução da incidência de sífilis congênita e adquirida, sendo reconhecida como um medicamento essencial para controle da transmissão vertical de sífilis<sup>7</sup>.

Atualmente, observa-se um aumento dos casos de sífilis congênita, no Brasil, nos últimos 10 anos, houve um progressivo aumento na incidência de sífilis congênita, com taxas que ascenderam de 1,7 casos em cada 1.000 nascidos vivos, em 2004, para 4,7 em 2013. Neste mesmo período, a taxa de mortalidade infantil pela doença avançou de 2,2 para 5,5 por 1000 nascidos vivos. É importante ressaltar a presença de taxas mais elevadas nas regiões Norte e Nordeste. A sífilis, em 2016 foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil, o número de casos da sífilis tem ressurgido em taxas alarmantes em todo o país, devido à diminuição das práticas seguras de sexo<sup>8</sup>.

A Sífilis Gestacional associa-se a baixo nível de escolaridade, piores condições socioeconômicas, antecedentes de risco obstétrico, início tardio do acompanhamento pré-natal e número insuficiente de consultas, assim como ao manejo inadequado dos casos com perda de oportunidade tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, à ausência de aconselhamento, à falta de tratamento do parceiro e ao tratamento inadequado dos casos diagnosticados<sup>6,7</sup>.

Embora o número de consultas do pré-natal tenha aumentado, a qualidade dessa assistência continua sendo precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de sífilis congênita. O acompanhamento pré-natal tem efeito protetor sobre a saúde da gestante e da criança. Entretanto, a utilização dos serviços de cuidado é influenciada por fatores individuais e sócio demográficos. O número de consultas por si só, não é garantia de qualidade, contudo, pode significar maior oportunidade de cuidados preventivos e de promoção de saúde<sup>9,10</sup>.

A correta abordagem desse problema durante o pré-natal tem o potencial de reduzir sua incidência a menos de 0,5/1.000 nascidos vivos (nv). O efetivo controle da sífilis depende, em grande medida, da disposição e vontade política de gestores para colocar em prática um movimento em prol da qualidade da atenção à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, promover mobilização nacional para ampliação do acesso ao diagnóstico da população geral e das populações-chave e estabelecer parcerias de base comunitária, além de

vencer obstáculos quanto à administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica (AB). Atualmente, a oferta de teste rápido de sífilis é crescente, mas sua utilização e cobertura na AB ainda não são satisfatórias, segundo dados obtidos a partir do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>3</sup>.

Portanto, faz-se necessário o levantamento de indicadores nessa temática e conhecimento dos seus determinantes, voltadas para o tratamento farmacológico, pois o mesmo tem efeito positivo sobre a saúde da gestante e da criança e a análise do perfil destas pacientes tendo como objetivo a avaliação da incidência de Sífilis em gestantes para que políticas públicas de saúde possam ser implantadas de forma mais efetiva e eficiente para este público e a população geral.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com apreciação retrospectiva, exploratória descritiva, quantitativa, no qual foram analisadas as características sociodemográficas e epidemiológicas dos casos notificados de Sífilis em gestantes no município de Teresina, Piauí, no período de 2013 a 2018, mediante análise dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A busca dessas informações no banco de dados do SINAN, foi realizada nas dependências da Fundação Municipal de Saúde (FMS), por meio do acesso a base de arquivos de notificação da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina.

A população do estudo foi constituída pela totalidade de casos de sífilis gestacional que ocorreram no município de Teresina no período de 2013 a 2018. Foi realizada a veiculação manual das informações registradas nas bases de dados citadas. Posteriormente, os mesmos foram organizados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do aplicativo Microsoft Excel, de modo a serem categorizados e classificados conforme cada variável. Assim, os resultados foram analisados de acordo com a estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas. Utilizou-se dos Descritores em Ciência da Saúde (DECs): sífilis congênita, cuidado pré-natal e saúde pública, disponíveis online, bem como revisão de Cadernos e Guias do Ministério da Saúde publicados disponíveis online e livros.

Foram objetos de estudo as seguintes variáveis: ano de diagnóstico, município de notificação, classificação clínica, escolaridade da mãe, faixa etária, raça, esquema de tratamento prescrito a gestante e esquema de tratamento prescrito ao parceiro.

O acesso às fichas e prontuários foi consentido pelos dirigentes da coordenação da Fundação Municipal de Saúde de Teresina- PI e direção geral, em todo, o processo foram respeitados a confiabilidade das informações e o anonimato, preservando a identidade dos sujeitos pesquisados e a responsabilidade ética institucional para com as informações fornecidas.

Em conformidade com as exigências estabelecidas

pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que norteia a prática de pesquisa com seres humanos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Santo Agostinho, sob o parecer nº 3.349.000 e CAAE: 11927919.0.0000.5602.

### 3. RESULTADOS

Foram notificados 1115 casos de SG entre os anos de 2013 a 2018 em Teresina, Piauí. Em 2013, foram constatadas 116 notificações (10,40%), 103 em 2014 (9,23%), 153 em 2015 (13,72%), 143 em 2016 (12,82%), 175 em 2017 (15,69%) e 425 em 2018 (38,11%). A Figura 1, a seguir, ilustra o número absoluto de casos confirmados de sífilis congênita segundo o ano de diagnóstico. Pode-se observar uma tendência crescente, com um aumento substancial a partir do ano de 2017. No ano de 2018 houve aumento significativo apresentando maior incidência com 425 casos representando 38,11% do total.



**Figura 1.** Total de casos confirmados de sífilis gestacional segundo ano de diagnóstico em Teresina, Piauí, no período de 2013 a 2018. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

A Tabela 1 demonstra os aspectos epidemiológicos referentes aos casos analisados relacionados à raça e escolaridade da mãe. Mediante análise, é possível identificar que 71,65% (n=799) das gestantes possui a cor parda, seguidas de preta com 12,55% (n=140) e branca com 8,16% (n=91).

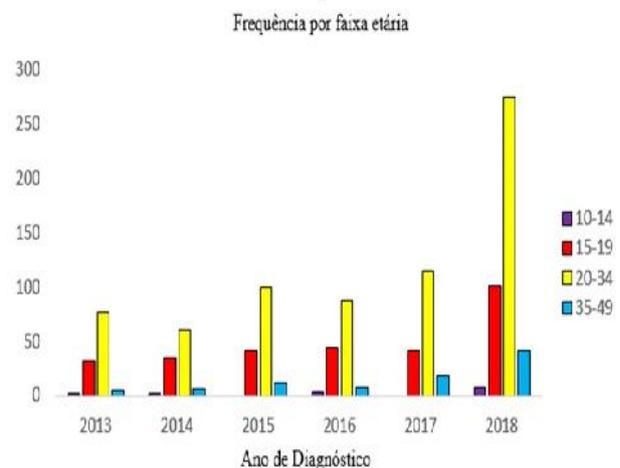
Em escolaridade, 284 mulheres (25,47%) tinham estudado de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, seguido por 228 mulheres (20,44%) o ensino médio completo e 228 (20,44%) com ensino médio incompleto.

Na variável faixa etária das mães, 715 mulheres (64,12%) encontravam-se entre 20 e 34 anos, seguida por 295 mulheres (26,45%) com idade entre 15 e 19 anos e 91 mulheres (8,16%) com idade entre 35 e 49 anos, como pode ser observado na figura 2.

**Tabela 1.** Total de casos confirmados de sífilis gestacional conforme raça e escolaridade na cidade de Teresina, no período de 2013 a 2019.

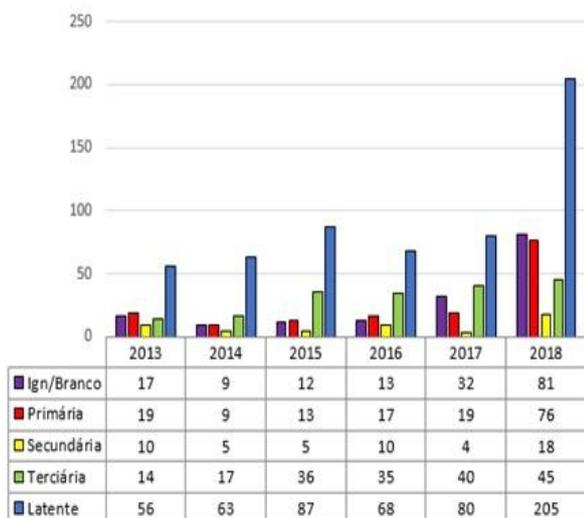
PARÂMETROS	ABSOLUTA (n)	RELATIVA (%)
<b>Raça</b>		
Branca	91	8,16%
Preta	140	12,55%
Amarela	21	1,88%
Parda	799	71,65%
Indígena	2	0,17%
Ign/Branco	62	5,56%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	6	0,53%
1ª a 4ª SIEF	68	6,09%
4ª SCEF	39	3,49%
5ª a 8ª SIEF	284	25,47%
EFC	87	7,80%
EMI	228	20,44%
EMC	228	20,44%
ESI	26	2,33%
Escolaridade	9	0,80%
Ign/Branco	140	3,58%

**Legenda:** Ign/Branco = Ignorado ou branco; SIEF = Série incompleta do ensino fundamental; SCEF = Série completa do ensino fundamental; EFC = Ensino fundamental completo; EMI = Ensino médio incompleto; EMC = Ensino médio completo; ESI = Ensino superior incompleto; ESC = Ensino superior completo. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.



**Figura 2.** Total de casos de Sífilis gestacional notificados no Piauí entre 2013 e 2018 conforme a faixa etária. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

Como pode ser observado na Figura 3, a maioria das mães foram diagnosticadas na fase de Sífilis latente, correspondendo a 50,13% (n=559) dos casos. Por conseguinte, encontra-se o número de gestantes diagnosticadas com sífilis terciária que corresponde a 16,77% (n=187) em seguida, Ign/branco com 14,70% (n=164) apresentando um número significativo de preenchimento incompleto, demonstrando banalização ou omissão de informações de alguns campos na ficha de investigação.



**Figura 3.** Total de casos de Sífilis gestacional notificados em Teresina, Piauí entre 2013 e 2018 conforme a classificação clínica. Legenda: Ign/Branco = Ignorado ou branco. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

**Tabela 2.** Total de casos confirmados de gestacional conforme o esquema de tratamento prescrito a gestante e o esquema de tratamento prescrito ao parceiro na cidade de Teresina, Piauí no período de 2013 a 2019.

PARÂMETROS	ABSOLUTA (n)	RELATIVA (%)
<b>Esquema de tratamento prescrito a gestante</b>		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	111	9,95%
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	69	6,18%
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	838	75,15%
Outro esquema	13	1,16%
Não realizado	72	6,45%
Ign/Branco	12	1,07%
<b>Esquema de tratamento prescrito ao parceiro</b>		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	55	4,93%
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	49	4,39%
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	480	43,04%
Outro esquema	6	0,53%
Não realizado	410	36,77%
Ign/Branco	103	9,23%

**Legenda:** Ign/Branco = Ignorado ou branco. **Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2018.

O esquema de tratamento mais utilizado prescrito a gestante foi a Penicilina G benzantina 7.200.000 UI correspondendo a 75,15% (n= 838). No tocante ao tratamento do parceiro, a Tabela 2 apresenta o elevado número de parceiros que não realizaram o tratamento para sífilis correspondendo a 36,77% (n=410) dos casos, apontando para o incidente risco de reinfecção da grávida durante o tratamento. O presente fator impede a redução das taxas de transmissão vertical o que consequentemente torna o controle da SG limitado, tendo em vista a grande quantidade de não tratados.

#### 4. DISCUSSÃO

Embora o Brasil, assim como outros países, tenha enfrentado a partir de 2014 o desabastecimento da penicilina benzatina, medicamento essencial para

controle da transmissão vertical de sífilis, o que levou a uma diminuição drástica nos estoques do mesmo, e muitos estados brasileiros ficaram sem nenhum frasco do fármaco para tratar as mães, parceiros e crianças, a incidência no ano de 2014 (n=103) foi inferior ao ano anterior, 2013 com (n=116). A situação supracitada reflete uma situação antagônica, a justificativa pode estar relacionada às deficiências que permanecem na atenção primária do país, a subnotificação de casos, ou até mesmo da notificação realizada com dados incompletos. A qualidade da informação, depende da adequada coleta dos dados gerados no local onde o dado é coletado<sup>3</sup>. Vale destacar que durante a coleta e análise dos dados, constantemente encontrou-se a presença de dados ignorados ou em branco, o que permite compreender a maneira como os profissionais de saúde comportam-se frente ao preenchimento de instrumentos de notificação, compreende-se a necessidade de treinamento dos profissionais para este fim.

Em 2014, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) criou o comitê regional para validação da eliminação da transmissão vertical materno-infantil de HIV e sífilis. Para que essas metas fossem atingidas, o Ministério da Saúde, no âmbito das ações da “Rede Cegonha”, promoveu a ampliação da detecção precoce e tratamento do HIV e da sífilis em gestantes (BRASIL, 2011)<sup>3,11,12</sup>.

O departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do HIV/ Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/MS/SVS), em resposta aos desafios para o controle da epidemia de sífilis elaborou uma Agenda de Ações Estratégicas para Redução da sífilis no Brasil. O projeto foi concebido para induzir ações voltadas ao controle da sífilis nas redes de atenção à saúde, com atuação de apoiadores locais; produzir conhecimentos por meio de estudos operacionais; e potencializar a capacidade técnica de vigilância e assistência locais<sup>11</sup>.

O aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento crescente de casos notificados, observado a partir de 2016. Pode ser atribuído também, as investigações dos casos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal, a melhor qualidade de detecção no pré-natal, desabastecimento mundial de penicilina, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica<sup>3,11,12</sup>.

Em relação a raça/cor, 71,65% das mulheres eram pardas, o que também é demonstrado no estudo de Hildebrand (2010), constatou-se que 58% das mulheres também eram da raça/cor parda. O estudo da vulnerabilidade para SC de Henriques (2008) verificou que 70,6% se enquadravam nesse tipo de raça/cor. Rodrigues e Guimarães (2004) igualmente encontraram em um estudo multicêntrico uma população composta em sua maior parte por mulheres de cor parda (50%) e associação da cor preta/outra (vermelha ou amarela) com positividade para sífilis. Brasil (2010) mostrou que

47% das gestantes que tiveram sífilis são da raça/cor parda. Lima *et al.* (2013) corrobora com o dado evidenciando que 76% das mulheres estudadas também eram da mesma raça. Em contraste, Figueiró-Filho *et al.* (2007) num estudo realizado em Campo Grande/MS, com coleta de dados por meio de entrevistas às puérperas, verificou apenas 33% de gestantes com raça/cor parda contra 50% brancas<sup>13,14,15,16,17,18</sup>.

Quanto aos dados referentes à escolaridade, ao analisar sob aspecto geral evidencia-se maior incidência em mulher com baixo nível instrucional, 25,47%, estando em conformidade com as investigações Silva *et al.* (2017), Lima *et al.* (2017), Ferreira *et al.* (2018) e Almeida *et al.* (2015) que também apresentaram a baixa escolaridade desse público em todas as regiões do Brasil<sup>19,20,21,22</sup>.

Cabe ressaltar que a baixa escolaridade torna-se um desafio para a saúde pública, pois é considerada um marcador risco para exposição às doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que a compreensão adequada sobre a patologia, tratamento e prevenção é de suma importância para acompanhamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis. Espera-se que quanto maior o nível de instrução da população melhor serão as atitudes tomadas para manter-se saudável<sup>23</sup>.

Embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, pois, independentemente da condição social ou econômica, todos podem adquirir a infecção, o risco é maior em populações mais vulneráveis, pelo pouco acesso aos serviços de saúde<sup>23</sup>.

No que corresponde a faixa etária, 64,12% (n=715) das gestantes encontraram-se com idade entre 20 e 34 anos, de maneira semelhante como ocorreu em estudos nacionais a respeito de SG, relatando que a maioria das gestantes acometidas por esta infecção são adolescentes e adultas jovens<sup>24</sup>. A prática da atividade sexual precoce e negligente, reforça a ideia de que ainda é necessário melhorias nas estratégias de educação em saúde visando conscientizar a prática sexual segura. Faixa etária esta que representa o auge da fase reprodutiva, corroborando o maior número de casos notificados da enfermidade<sup>25</sup>.

O presente estudo demonstrou que 50,13% das gestantes foram classificadas na fase latente, confirmando o que se espera do rastreamento, em que a fase latente é mais incidente. Segundo o Ministério da Saúde, há uma dificuldade no diagnóstico clínico de sífilis em gestantes, visto que o cancro duro não causa sintomas e geralmente, está localizado em locais de limitada visualização como a parede vaginal, cérvix ou perineo. A grande maioria das pessoas com sífilis não tem conhecimento da infecção, o que pode facilmente transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso se deve ao fato de que há ausência ou escassez dos sintomas, dependendo do estágio da infecção<sup>26</sup>.

Sabe-se que a assistência pré-natal de qualidade é uma medida efetiva para a redução e o controle do número de casos de sífilis gestacional. Porém, pouca escolaridade e baixa renda podem ser marcadores importantes de insuficiente acesso aos serviços de saúde. Consequentemente, a assistência pré-natal

inadequada contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis nessa população. Magalhaes *et al.*, em estudo sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil, afirmam que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a cobertura pré-natal<sup>23</sup>.

O tratamento de sífilis é considerado adequado quando utilizada a penicilina, que impede a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, para tratar a gestante e o parceiro, bem como encerrar o esquema farmacológico 30 dias antes do parto e ter titulação de VDRL inferior de quatro a oito vezes entre três e seis meses. Considera-se tratamento inadequado aquele realizado com qualquer medicamento que não a penicilina; tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; tratamento inadequado para a fase clínica da doença ou instituído no prazo de até 30 dias antes do parto; parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente. O presente estudo permitiu identificar que o esquema de tratamento prescrito a 75,15% das gestantes foi a Penicilina G benzatina 7.200.000 UI, tratamento este adequado para a fase latente, uma vez que o presente estudo demonstrou que 50,13% das gestantes foram classificadas nesta fase<sup>27</sup>.

No que corresponde ao tratamento do parceiro, 43,04% receberam a mesma prescrição, Penicilina G benzatina 7.200.200 UI, no entanto 36,77% dos parceiros não realizaram o tratamento, fato que se assemelha aos achados em outros estudos. A ausência de tratamento dos parceiros traduz-se como uma condição desencadeadora de reinfecções e perpetuação da incidência de sífilis. A inclusão do parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para a abordagem do problema, visto que para o sucesso do tratamento da sífilis durante a gestação, a terapia do parceiro é de extrema importância, e é decisiva para a cura eficaz da mãe e, consequentemente, para o fim do agravo<sup>23</sup>.

A limitação deste estudo foi o quantitativo de variáveis que apresentaram campos ignorado/branco, fato este que dificulta uma análise mais aprimorada dos dados apresentados. O preenchimento completo das fichas de notificações é de suma importância para que o município, estado e União possam de fato conhecer o verdadeiro perfil socioepidemiológico da população e, a partir daí, planejar estratégias e ações a fim de garantir tratamento e prevenção adequados para a necessidade de cada população<sup>27</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho possibilitaram analisar os casos de SG e descrever o perfil sócio demográfico das gestantes. Os resultados acompanharam a tendência nacional de evolução do agravo no país, apresentando algumas diferenças, pois embora o Brasil, tenha enfrentado a partir de 2014 o desabastecimento da penicilina benzatina, a incidência no ano de 2014 (n=103) foi inferior ao ano anterior, 2013 com (n=116), acredita-se que seja efeito da subnotificação ou até mesmo da notificação realizada com dados incompletos. No que se diz respeito ao tratamento do parceiro,

36,77% não realizaram o tratamento farmacológico. A ausência de tratamento dos parceiros traduz-se como uma condição desencadeadora de reinfecções e perpetuação da incidência de sífilis.

Perante os dados coletados neste estudo, foi possível concluir que apesar das metas governamentais de erradicação da SG a patologia ainda persiste, sendo necessária a conscientização sobre o tratamento farmacológico, pois o mesmo tem efeito protetor sobre a saúde da gestante e novas medidas e políticas de saúde que atendam a esse problema de saúde pública, visando uma ampliação no atendimento às gestantes e que sejam implantadas de forma mais efetiva.

## REFERÊNCIAS

- [1] Pinto VM, Basso CR, Barros CRDS, *et al.* Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(7):2423-32.
- [2] Nadal RN, Manzione CR. Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. *Rev. Bras. Coloproct* 2003; 23(2):128-29.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- [4] Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RAPL, Corrêa Júnior MD. *Noções práticas de obstetrícia*. 14ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.
- [5] Montenegro CAB, Rezende Filho JD. *Obstetrícia*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda; 2013.
- [6] Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica* 2013; 47(1):147-57.
- [7] Feitosa JAS, Rocha CHR, Costa FS. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. *Rev Med Saúde Brasília* 2016; 5(2):286-97.
- [8] Feitosa JAS, Rocha CHR, Costa FS. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. *Rev Med Saúde Brasília* 2016; 5(2):286-97.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [10] Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte – MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(4):681-94.
- [11] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- [13] Hildebrand VLPC. Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.
- [14] Henriques M De FC de M. Vulnerabilidade para sífilis congênita: estudo descritivo em maternidades com Projeto Nascer em Pernambuco. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil). Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira. Recife, 2008.
- [15] Rodrigues CS, Guimaraes MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(3):168-75.
- [16] Brasil. IBGE. Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico. Brasília, 2010.
- [17] Lima MG, *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro 2013; 18(2):499-506.
- [18] Figueiró-Filho EA, *et al.* Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis* 2007; 19(3/4):139-143.
- [19] Silva LCVG, Teodoro CCJ, Silva JK, *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. *Journal Health NPEPS* 2017; 2(2):380-90.
- [20] Lima VC, Mororó RM, Martins MA, *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J. Health Biol Sci* 2017; 5(1):56-61.
- [21] Ferreira AG, Gomes LA, Medeiros RCT, *et al.* Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. *Saúde em Foco* 2018; 5(1):3-27.
- [22] Almeida PD, Araújo Filho ACA, Araújo AKL, *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. *Rev Interd* 2015; 8(1):62-70.
- [23] Magalhães DMDS, Kawaguchi IAL, Dias A, *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública* 2013; 29(6):1109-20.
- [24] Padovani C, Oliveira RR de, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018; 26.
- [25] Souza BS de O, Rodrigues RM, Gomes RM de L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. *Rev Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2018 abr-jun;16(2):94-8.
- [26] Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2017; 26(2):255-26.
- [27] Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis. *Cogitare Enferm* 2017; (22)2:e48949.