



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CAMPUS II-IMPERATRIZ - MA  
CURSO DE ENFERMAGEM

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS GESTACIONAL NO NORDESTE DO  
BRASIL: CARACTERÍSTICAS MATERNAS, NEONATAIS E DESFECHO DOS  
CASOS**

**DAILANE FERREIRA SOUSA**

Imperatriz  
2018

**DAILANE FERREIRA SOUSA**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS GESTACIONAL NO NORDESTE DO  
BRASIL: CARACTERÍSTICAS MATERNAS, NEONATAIS E DESFECHO DOS  
CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Enfermagem da UFMA-  
Imperatriz, como respaldo para Conclusão do  
Curso.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Dra Janaina Miranda  
Bezerra.

Imperatriz  
2018

## RESUMO

A sífilis gestacional é um agravo de saúde pública, com diagnóstico e tratamento de baixo custo e acessível à população, o objetivo da pesquisa foi elaborar um perfil epidemiológico das gestantes notificadas no HRMI e acompanhar o desfecho da gestação. Trata-se de um estudo descritivo, realizado nos anos de 2015 e 2016, em um Serviço Especializado no Sudoeste do Maranhão. Foram analisadas todas as gestantes com diagnóstico de sífilis do período, os dados foram coletados nas fichas do Sinan, Sinasc, e prontuários. No total foram notificadas 57 gestantes, predominantemente de cor parda (86,0%), apresentando poucos anos de estudo (56,1%), donas de casa (63,2%), com o diagnóstico no 3º trimestre gestacional (63,7%), com 26,3% de parceiros tratados. Retornaram a maternidade para o parto 42 gestantes, 42,8% com 6 consultas ou mais de pré-natal, o tratamento realizado foi considerado inadequado em pelo menos 46 (80,0%) dos casos e 17 (40,5%) delas tiveram parto prematuro. Quanto aos recém-nascidos 24 (57,1%) apresentaram alguma sintomatologia relacionada à infecção por *T. pallidum* e 36 (85,7%) apresentaram VDRL reagente ao nascer. Este estudo evidenciou a importância de um pré-natal de qualidade, onde a mulher seja atendida de forma holística, com a oferta de diagnóstico e se necessário tratamento para a sífilis em tempo oportuno.

**Palavras-Chave:** Sífilis. Gestantes. Cuidado Pré-Natal.

## 1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, é transmitida predominantemente por via sexual e vertical (BRASIL, 2017b; BRASIL 2016).

A infecção causada pelo *T. pallidum* se manifesta em fases: primária, secundária, latente e terciária cada uma com sintomas e complicações diferentes. Na Sífilis Primária, surge um nódulo incolor e único no local do contato, evoluindo e formando um cancro duro. Na Sífilis Secundária, os sinais e sintomas de manifestam de forma sistêmica, com aparecimento de inúmeras lesões sífilíticas pelo corpo, a Sífilis Latente é dividida em recente, menos de um ano e tardia, mais de um ano, é um período assintomático. Na Sífilis Terciária é comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, essa fase é rara (COURA, 2013; DAMASCENO, et al., 2014).

A infecção é considerada um problema de saúde pública e a maioria das mulheres acaba tomando conhecimento da infecção quando estão no período gestacional. A falta de sintomatologia e os seus períodos de latência a tornam

silenciosa, o que dificulta a realização do diagnóstico em tempo adequado, sendo assim maior o risco de transmissão vertical (BRASIL, 2015).

No ano de 2015 e 2016 foram notificados no Brasil 70.087 casos de Sífilis em gestantes, sendo 32.651 em 2015 e 37.436 em 2016 casos, com taxa de detecção de Sífilis em gestantes de 10,8 e 12,4 respectivamente para cada 1000 nascidos vivos. No Maranhão foram notificados 825 casos em 2015, com taxa de detecção de 7,0, e 756 casos em 2016, com taxa de detecção de Sífilis em gestantes de 6,4 (BRASIL, 2017).

A Sífilis na gestação é um agravo de notificação desde 2005, por meio da portaria n 33° de 14 de junho de 2005, e nos últimos cinco anos o número de casos em gestante tem aumentado. Isso se dá por diversos fatores, dentre eles o aumento da cobertura de testagem, redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais da Atenção Básica em administrar a penicilina, entre outros (BRASIL, 2005; BRASIL, 2017).

Na gestação ela pode causar, entre outros, abortamento tardio, natimorto, hidropsia fetal e parto prematuro, e no recém-nascido ela pode se manifestar de forma precoce ou tardia, provocando baixo-peso, malformações, hepatomegalia, com ou sem esplenomegalia, neurosífilis, entre outros (DAMASCENO, et al., 2014; VERONESI, 2015).

O Ministério da Saúde lançou em 2016, as Ações de Combate à Sífilis Congênita, onde o objetivo foi à redução dos casos de Sífilis Congênita, por meio da melhoria e capacitação dos profissionais e gerentes regionais de saúde, preconizando um diagnóstico precoce e em tempo oportuno ainda na Atenção Básica, essas ações contemplam à estimulação do enfermeiro para o diagnóstico e o tratamento das gestantes (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017b).

No atual modelo de assistência, o pré-natal é o lugar onde a mulher deve ser diagnosticada e tratada, junto com suas parcerias sexuais, esse tratamento pode ser realizado pelo profissional de enfermagem. O tratamento ainda na Atenção Básica facilita a vida do usuário e evita o congestionamento da atenção secundária e terciária de saúde, entretanto, é possível se observar falhas nesse serviço favorecendo o aumento da incidência da Sífilis Congênita (SUTO et al., 2016).

O objetivo primordial do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo um parto de um recém-nascido saudável, sem impactos à saúde materna. O serviço realizado pela atenção pré-natal deve evitar entre outras

complicações, a Sífilis Congênita. Não utilizar de boas práticas nesse período pode levar a gestação a um desfecho desfavorável, aumentando a mortalidade infantil (BRASIL, 2012; LANSKI et al., 2014).

O objetivo da pesquisa foi identificar o perfil sócio epidemiológico das gestantes, analisando as possíveis consequências que podem estar relacionada à Sífilis, demonstrando também o desfecho da gestação, e prováveis sequelas na saúde materno infantil.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Tendo como local o Hospital Regional Materno Infantil, localizado em Imperatriz – MA, sendo o hospital referência na em toda Região Tocantina, atendendo ao todo 33 cidades circunvizinhas. O mesmo, pertence à Rede Cegonha, prestando atendimento aos municípios que compõem a Regional de Saúde do Tocantins, segundo a Resolução CIB/MA nº44/2011, da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (Amarante, Buritirana, Campestre, Davinópolis, Estreito, Governador Edson Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Roque, Sítio Novo).

A população foi constituída por cinquenta e sete (57) gestantes que apresentaram VDRL reagente em qualquer momento da gestação, usuárias dessas maternidades e notificadas no SINAN (Sistema de Notificação de Agravos) e sobre o recém-nascido foi consultado o SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

As informações foram coletadas e registradas em instrumento que continha perguntas sobre aspectos sociodemográficos (idade, escolaridade, renda), obstétricos (parição, número de abortamentos, histórico de pré-natal em gestações anteriores) e epidemiológicos da Sífilis da gestante (triagem sorológica, momento do diagnóstico, tratamento) e do seu parceiro (tratamento concomitante). As informações referentes ao acompanhamento clínico e laboratorial recebido pela criança foram complementadas com dados do prontuário medico hospitalar, fichas de notificação compulsória da Sífilis, Cartão da Gestante (quando disponível).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA sob o parecer nº 1.999.568, de acordo com a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares.

Consideramos tratamento materno adequado para Sífilis todo tratamento completo de acordo com a fase da doença, realizado com penicilina, finalizado até trinta dias antes do parto, com queda de titulação dos exames treponemos, de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Para a prevenção da transmissão vertical da Sífilis, o tratamento do parceiro sexual é de extrema importância, pois evita uma possível reinfecção da gestante.

A tabulação e a análise descritiva dos dados foram realizadas utilizando a Planilha Excel versão 2010.

### 3 RESULTADOS

No presente estudo foram analisados os dados de 57 gestantes com diagnóstico positivo para Sífilis que foram internadas ou realizaram consulta de pré-natal, no HRMI no período da pesquisa, sendo 11 casos ocorridos no ano de 2015 e 46 no ano de 2016.

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das participantes da pesquisa. Segundo os resultados as gestantes em grande parte, são jovens adultas (58%), com poucos anos de escolaridade (56,1%), pardas (86%), donas de casa (63,2%) e solteiras (65%).

TABELA 1: Características sociodemográficas maternas referentes aos casos de Sífilis em gestantes atendidas no Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Faixa etária</b>		
10-19	12	21,0
20-29	33	58,0
30-39	12	21,0
<b>Escolaridade</b>		
EFI	22	38,6
EFC	10	17,5
EMI	06	10,5
EMC	14	24,6

ESC	02	3,5
Não Informado	03	5,3
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	05	8,9
Parda	49	86,0
Preta	01	1,7
Indígena	01	1,7
Não Informado	01	1,7
<b>Ocupação</b>		
Dona de Casa	36	63,2
Estudante	02	3,5
Lavradora	10	17,5
Outras (*)	06	10,5
Não informado	03	5,3
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	37	65,0
Casada	10	17,5
Não Informado	10	17,5

**Fonte:** Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017. Legendas: EFI= ensino fundamental incompleto. EFC= ensino fundamental completo. EMI= ensino médio incompleto. EMC= ensino médio completo. ESI= ensino superior incompleto. ESC= ensino superior completo. (\*) = Agente comunitária de saúde, auxiliar de dentista, cabelereira, engenheira agrônoma, farmacêutica, garçonete, gerente comercial, moradora de rua, pedagoga, técnica de laboratório.

Por participar da Rede Cegonha e atender o município de Imperatriz e regiões circunvizinhas, na tabela 2 apresentamos a cidade de origem das gestantes. Desta forma verificamos que a maioria (58%) são de origem da cidade da pesquisa, Imperatriz, porém se observa mulheres oriundas de diferentes cidades da região e até mesmo de outros Estados.

TABELA 2: Cidade de Residência das 57 gestantes atendidas no Hospital Regional Materno Infantil, Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

CIDADE	N	%
Açailândia	02	3,5
Balsas	02	3,5
Imperatriz	33	58,0
João Lisboa	04	7,0
Ribamar Fiquene	02	3,5
São Miguel – TO	02	3,5
Outros	12	21,0
TOTAL	57	100

**Fonte:** Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017. Legendas: Outros= Amarante, Buritirana, Buriticupu, Davinópolis, Estreito, Grajau, Itinga, Pequia, Porto Franco, São Francisco do Brejão, Sítio Novo – TO, Vila Nova dos Martírios.

Na tabela 3 realizamos a distribuição das gestantes residentes na cidade de Imperatriz-Ma, de acordo com os bairros da cidade, é possível verificar que os casos de Sífilis gestacional da cidade notificadas no HRMI, se concentraram nos bairros periféricos da cidade.

TABELA 3: Distribuição das 33 gestantes residentes na cidade de Imperatriz- MA, segundo bairros da cidade, atendidas no Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

<b>BAIRROS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Bacuri	03	9,0
Centro	02	6,1
Nova Imperatriz	04	12,1
Parque Alvorada II	04	12,1
Vila Lobão	02	6,1
Vila Redenção II	02	6,1
Vila Vitória	02	6,1
Outros	14	42,4

**Fonte:** Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017. Legendas: Outros= Alto da Boa Vista, Boca da Mata, Bom Jesus, Moradora de Rua, Parque Amazonas, Parque Santa Lúcia, Planalto II, Santa Rita, São José, Setor Agrícola, Recanto Universitário, Sol Nascente, Vilinha.

Na tabela 4 verificamos os dados referentes ao diagnóstico e tratamento das gestantes do estudo. Podemos destacar o diagnóstico tardio de Sífilis na gestação, uma vez que 38 (66,7%) das mulheres tiveram o diagnóstico no 3º trimestre, o tratamento de 98,3% delas foi realizado ainda da gestação, no entanto, verificamos que em 31,6% dos casos o tratamento não foi finalizado 30 dias antes do parto.

TABELA 4: Dados relacionados ao diagnóstico dos casos de Sífilis em gestantes atendidas no Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade Gestacional do Diagnóstico</b>		
1 ° Trimestre	04	7,0
2 ° Trimestre	13	22,9
3 ° Trimestre	38	66,7
Gestação Anembrionada	01	1,7
Não Informado	01	1,7
<b>Tratamento</b>		
Realizado	38	66,7
Não Realizado 30 dias antes do parto	18	31,6
Não Realizado	01	1,7

**Fonte:** Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017.

A tabela 5 nos apresenta os dados referentes aos parceiros sexuais das gestantes, 26,3% aderiram ao tratamento, 24,6% não trataram e 49,1% dos casos não houve informação quanto ao tratamento.

TABELA 5: Dados relacionados ao tratamento dos parceiros, dos casos de Sífilis em gestantes, atendidas no Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

<b>Parceiro</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tratado	15	26,3
Não Tratado	14	24,6
Não Informado	28	49,1

Fonte: Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017.

Das 57 gestantes atendidas no hospital, 42 retornaram ao mesmo para o parto, na tabela 6 podemos analisar os dados referentes ao pré-natal das mesmas, 28 (66,7%) iniciaram o pré-natal até 3º mês de gestação e 42,8% realizaram mais de 06 consultas.

TABELA 6: Dados relacionados ao pré-natal, dos 42 gestantes que retornaram ao HRMI, para o parto, atendidas no Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Início do Pré-Natal</b>		
1 ° Mês	01	2,4
2 ° Mês	05	11,9
3 ° Mês	22	52,3
4 ° Mês	03	7,2
5 ° Mês	01	2,4
6 ° Mês	01	2,4
Não Realizado	03	7,2
Não Informado	06	14,2
<b>Número de Consultas</b>		
<06	15	35,7
≥06	18	42,8
Não Realizado	03	7,2
Não Informado	06	14,3

Fonte: Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017.

Na tabela 7 seguem os dados relacionados ao parto das gestantes, o tipo de parto mais prevalente foi o vaginal (47,8%), 40,5% delas tiveram o parto antes das 37º semanas gestacionais e 47,6 antes das 42º semanas de gestação. 92,8%

receberam o tratamento novamente no pós-parto, das que não receberam o tratamento no pós-parto, uma (2,4%) apresentou VDRL não reagente.

TABELA 7: Dados relacionados ao parto das 42 gestantes que retornaram ao Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Parto</b>		
Vaginal	20	47,6
Cesáreo	18	42,9
Não Informado	04	9,5
<b>Idade Gestacional do Parto</b>		
< 35 semanas	12	28,6
≥ 35 e < 37 semanas	05	11,9
≥ 42 semanas	20	47,6
Não Informado	05	11,9
<b>Tratamento</b>		
Tratada	39	92,8
Não Tratada	01	2,4
Não Informado	02	4,8

Fonte: Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017.

Na tabela 8 verificamos as titulações de VDRL da gestação e do pós-parto, a menor e maior titulação na gestação, foram respectivamente, 1:2 e 1:1052, no pós-parto foram 1:1 e 1:256, 1,7% das gestantes apresentaram o VDRL negativo no pós-parto.

Quanto as 42 mulheres que retornaram ao HRMI para o parto 23 (54,8%) delas apresentaram a mesma titulação de VDRL da gestação, 04 (9,5%) apresentaram o aumento da titulação, 13 (30,9%) tiveram queda de títulos, 01 (2,4%) apresentou o VDRL não reagente no pós-parto, 01 (2,4%) não foi informado.

TABELA 8: Distribuição da titulação de VDRL na gestação e no pós-parto das mulheres atendidas no Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

TITULAÇÃO DE VDRL	GESTAÇÃO n (%)	PÓS-PARTO n (%)
VDRL Positivo *	03 (5,3)	-
VDRL Negativo	-	01 (1,75)
VDRL 1:1	-	03 (5,3)
VDRL 1:2	10 (17,6)	04 (7,0)
VDRL 1:4	07 (12,3)	09 (15,8)
VDRL 1:8	09 (15,8)	05 (8,8)
VDRL 1:16	03 (5,3)	02 (3,5)
VDRL 1:32	12 (21,0)	09 (15,8)
VDRL 1:64	07 (12,3)	04 (7,0)
VDRL 1:128	04 (7,0)	03 (5,3)
VDRL 1:256	01 (1,7)	01 (1,7)
VDRL 1:1052	01 (1,7)	-
Não Informado	-	02 (3,5)
Não Retornou ao HRMI para o parto	-	14 (24,6)

**Fonte:** Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017. (\*) Resultado de VDRL positivo, sem acesso a titulação.

Na tabela 9 apresentamos os dados relacionados aos 42 recém-nascidos analisados. Do total, houve um caso de gestação gemelar e um óbito fetal. Quanto ao sexo, 55,8% dos recém-nascidos eram do sexo masculino, 34,9% nasceram com peso inferior a 2500g e 53,5% com o peso entre 2500g e 4000g. A maioria dos RNs apresentaram um APGAR entre 8 e 10 no 1° e 5° minuto de vida, 38,2% apresentaram titulação de VDRL igual ou superior à 1:8, quanto ao tratamento 76,2% foram tratados, 2 (4,8%) não foram tratados, 1 deles por ter apresentado VDRL não reagente, e o outro por ter tido óbito neonatal precoce, 19,0% não tiveram campo informado.

Quanto à titulação de VDRL dos RNs relacionadas à titulação materna, 02 (4,8%) apresentaram titulação superior a da mãe, 11 (26,2%) tiveram sorologia igual à materna, 22 (52,4%) apresentaram titulação menor que a materna, 04 (9,5%) apresentaram VDRL não reagente e 03 (7,1%) RNs não apresentavam essa informação.

TABELA 9: Variáveis dos 42 Recém-Nascidos das gestantes atendidas no Hospital Regional Materno Infantil. Imperatriz, Maranhão, Brasil, 2015 e 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo do RN</b>		
Masculino	23	55,8
Feminino	19	44,2
<b>Peso ao Nascer</b>		
> 2.500g	15	34,9
≥ 2.500g e < 4.000g	23	53,5
≥ 4.000g	01	2,3
Não Informado	03	9,3
<b>APGAR 1° Min de Vida</b>		
0 a 3	03	7,0
4 a 7	09	20,9
8 a 10	26	60,5
Não Informado	04	11,6
<b>APGAR 5° Min de Vida</b>		
0 a 3	00	0,0
4 a 7	07	16,3
8 a 10	31	72,1
Não Informado	04	11,6
<b>Titulação de VDRL do RN</b>		
Negativo	04	9,5
VDRL 1:1	05	11,9
VDRL 1:2	05	11,9
VDRL 1:4	12	28,5
VDRL 1:8	07	16,7
VDRL 1:16	03	7,1
VDRL 1:32	01	2,4
VDRL 1:64	02	4,8
VDRL 1:128	01	2,4
Não informado	02	4,8
<b>TRATAMENTO</b>		
Tratado	32	76,2
Não Tratado	02	4,8
Não Informado	08	19,0

Fonte: Dados da Pesquisa. HRMI/SINAN. Imperatriz – Ma. Brasil, 2017.

#### 4 DISCUSSÃO

A Sífilis na gestação é um preocupante agravo de saúde pública, podendo causar desfechos desfavoráveis na saúde materno infantil. O diagnóstico precoce e

tratamento eficaz em tempo oportuno são as únicas ferramentas para a prevenção da Sífilis Congênita.

Os resultados desse estudo nos mostram que apesar do diagnóstico ter ocorrido ainda no período gestacional, nem sempre foi realizado no momento oportuno. Conseqüentemente, a gestante recebe um tratamento inadequado para a prevenção da Sífilis Congênita, podendo vir a ter um desfecho desfavorável dessa gestação.

As características sociodemográficas das 57 participantes da pesquisa (Tabela 1) mostrou que a população atendida no período do estudo foi constituída principalmente por jovens adultas (58,0%), se destacando a alta incidência de adolescentes na faixa etária de 17 a 19 anos (21,0%). Este dado aponta que as mulheres jovens tem começado a vida sexual cada vez mais cedo, muita vezes sem as informações adequadas para uma vida sexual segura. Os jovens adultos são os mais suscetíveis as Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's, por terem uma vida sexual ativa e um número maior de parceiros sexuais (BRASIL, 2017; BORGES 2015).

Alguns estudos correlacionam a baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica à Sífilis, nos resultados apresentados mostramos que 56,1% das gestantes haviam concluído somente o ensino fundamental e que 63,2% eram donas de casa, esses dois fatores tornam a mulher mais vulnerável por depender de terceiros, dificultando o acesso aos serviços de saúde, ao reconhecimento das práticas de saúde e dos fatores de risco (BONI & PAGLIARI, 2016; CARDOSO, 2014; FONTES, et al., 2017).

O Hospital Regional Materno Infantil é referência em toda a região, prestando atendimento a 33 cidades circunvizinhas, 58,0% das mulheres eram residentes na cidade do estudo e 42,0% de municípios circunvizinhos (Tabela 2), grande parcela das que residiam em Imperatriz moravam nos bairros da periferia da cidade. As mulheres residentes nos bairros mais periféricos de Imperatriz e em outros municípios possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente assistência secundaria, dificultando também a realização dos exames especializados.

Das 57 gestantes notificadas, 24 foram internadas no hospital em algum momento da gestação, destas 02 vieram com o diagnóstico de Sífilis do pré-natal de baixo risco. O motivo da internação mais pertinente foram trabalhos de parto

premature, aminiorexe prematura e ameaça de aborto, totalizando 13 casos. A Sífilis pode ser uma possível causa dessas situações, podendo estar relacionada a causas de abortamento, parto prematuro, e complicações na saúde do recém-nascido (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

De acordo com portaria nº 3.161 de 27 de dezembro de 2011, o tratamento da Sífilis deve ser realizado na Atenção Básica de Saúde, não sendo motivo de encaminhamento para o acompanhamento em alto risco, só no caso da Sífilis Terciária onde a mulher irá apresentar complicações sistêmicas advindas da infecção. Das 57 mulheres, 07 foram encaminhadas do pré-natal de baixo risco para a continuidade deste no hospital, tendo como motivo a Sífilis. Os profissionais de saúde da atenção básica recebem capacitação e também possuem acesso aos protocolos de atendimento da Sífilis Primária, Secundária e Terciária. Portanto, encaminhar pacientes para atenção secundária sem que haja necessidade prejudicará a rotina de assistência desse serviço (BRASIL, 2012a).

Sabemos que existe um esforço da saúde pública em melhorar a acessibilidade e oferta dos exames de diagnóstico na atenção básica para gestante incluindo a implantação dos testes rápidos, no entanto, verificamos que o diagnóstico continua sendo tardio, não sendo o suficiente para a prevenção da transmissão vertical. Evidenciamos que o acesso ao diagnóstico não tem sido suficiente para garantir a melhora da assistência à gestante com sífilis (LINS, 2014; SARACENI, 2017).

As 57 gestantes notificadas com Sífilis no HRMI durante o período foram tratadas, 56 com penicilina benzatina e 01 com eritromicina, devido alergia ao componente farmacológico. O tratamento da gestante deve ser realizado exclusivamente com penicilina benzatina, pois ela é a única droga capaz de evitar a transmissão transplacentária da infecção para o feto, portanto o tratamento com qualquer outra droga é considerado inadequado (BRASIL, 2017a).

Em relação aos parceiros 26,3% receberam o tratamento, no ano de 2016 o hospital ofereceu tratamento aos parceiros sexuais das mulheres diagnosticadas com Sífilis, porém por um curto período de tempo, por falta de um protocolo específico direcionado a esse público e a dificuldade do serviço em realizar a busca ativa dos mesmos.

A não realização do tratamento do parceiro sexual aumenta as chances de reinfecção da gestante, aumentando a possibilidade de infecção do feto, o parceiro

continua sendo o principal entrave para um tratamento adequado a gestante, esses dados corroboram com o de estudo realizado em Minas Gerais, onde a autora associa esse fator como a principal causa de um tratamento inadequado nas gestantes do estudo (LAFETÀ, 2014; SILVA, et al, 2017).

Outro fator importante a se destacar é que 05 mulheres tinham história de Sífilis em gestação anterior, esse dado demonstra que essa mulher deve ter realizado um tratamento inadequado na gestação anterior, ou nos sugere a necessidade de investigação mais precisa de Sífilis, uma vez que o teste VDRL pode permanecer com titulações baixas (1:1 e 1:2) mesmo depois do tratamento. Esses dados mostram a dificuldade de identificação presença da infecção materna com a utilização de apenas um teste de diagnóstico (VDRL) e por consequência em definir o que realmente é Sífilis Congênita (HEBMULLER et al., 2015).

Nem todas as mulheres retornaram ao hospital para o parto, por este motivo, não foi possível acompanhar o desfecho de todas as gestantes. Das que retornaram (42), analisamos o pré-natal, o acompanhamento do final da gestação e da saúde dos recém-nascidos (Tabelas 6, 7 e 8).

O pré-natal é o momento oportuno para o diagnóstico de Sífilis, sendo este um dos determinantes de qualidade, 66,7% das puérperas iniciaram o pré-natal no período recomendado pelo Ministério da Saúde, até 12 semanas de gestação, 42,8% realizaram 06 ou mais consultas durante a gestação. No entanto, se constata que mesmo com o número adequado de consultas no pré-natal o diagnóstico de Sífilis continua sendo tardio, 85,7% delas foram diagnosticadas no último trimestre gestacional, dados semelhantes aos encontrados por outros autores, fato que nos leva a entender que a assistência de pré-natal não tem sido realizada de maneira eficaz (CARDOSO, 2014; LAFETÀ, 2014; MAGALHÃES, et al, 2013; SILVA, et al, 2017).

De acordo com Ferreira & Moraes (2013), as chances de a mãe passar a infecção para o feto podem chegar até em 100% dependendo do estágio da infecção, por isso a importância de um diagnóstico precoce, evitando assim sequelas graves no feto.

Quanto ao parto 47,6% tiveram parto vaginal, 17 (40,5%) apresentaram trabalho de parto prematuro, de acordo com a literatura pode ter sido causada por *T. pallidum*. Na Sífilis Primária com a presença do cancro duro, o parto vaginal oferece até 95% de chances de infecção ao feto (SARACENI, 2017; BRASIL, 2017a).

Para o diagnóstico de Sífilis a maternidade usa como exame de rotina o VDRL. Este é o exame mais utilizado para o diagnóstico da infecção, durante o pré-natal o recomendado é que seja realizado duas vezes, no primeiro e terceiro trimestre gestacional, para que o tratamento seja oferecido à mulher em tempo hábil. (BRASIL, 2012).

Os testes não treponêmicos, como o VDRL, devem ter seus resultados confirmados por testes treponêmicos, estes testes não são oferecidos como rotina no hospital, o VDRL seria o exame favorável para o acompanhamento da resposta à terapêutica, a utilização de um segundo teste poderia diminuir o número de tratamentos oferecidos no pós-parto, eliminando os casos de resultados falso-positivos (FERREIRA & MORAES, 2013).

Podemos constatar que 57,5% da puérperas não tiveram mudança nas titulações de VDRL em relação à gestação e que 10% tiveram o aumento dessa titulação, esse dado demonstra falha do tratamento, refletindo prováveis reinfecções dessas gestantes ou tratamento inadequado para a fase da doença, ou a presença de cicatriz sorológica, no caso das mulheres que continuavam com a mesma titulação (LOPES, 2015).

No pós-parto 92,8% das mulheres foram tratadas novamente, independente da titulação, 01 das mulheres apresentou sorologia negativa no pós-parto.

O tratamento foi considerado inadequado em pelo menos 46 (80,0%) dos casos, seja pelo não término do tratamento em 30 dias antes do parto, pelo possível risco de infecção por falta de tratamento do parceiro sexual, pela realização do tratamento por outra droga, que não a penicilina e pelo aumento da titulação. Esses dados corroboram com os apresentados por Cardoso (2014) e Lopes (2015), segundo eles, este fator se deve a várias causas, entre elas a falha no serviço de saúde a ausência da gestante no pré-natal, ocorrendo assim um diagnóstico tardio.

É válido comentar que a coleta dos dados referentes ao parceiro foi limitada, usando-se as informações das fichas de notificação e nos prontuários das pacientes, que muitas vezes não continham informações sobre os mesmos.

O tratamento ineficaz da gestante predispõe o recém-nascido a condutas invasivas e a riscos de novas infecções, além de chances de maiores complicações relacionadas à doença, esse cenário confirma que os programas de saúde pública destinados ao manejo de sífilis na gestação não tem sido suficientes para o controle desse agravo (COUTINHO, 2014).

Em recém-nascido de mãe com sífilis deve-se realizar investigação de sífilis congênita, mesmo nos casos que a gestante foi tratada de forma adequada no pré-natal, à investigação se faz necessária, pois a maioria dos recém-nascidos não apresenta sintomatologia ao nascer, manifestando posteriormente à Sífilis Congênita tardia. Dos 42 recém-nascidos, somente 05 realizaram outros exames para investigação de sífilis congênita além do VDRL, o Ministério da Saúde recomenda que outros exames sejam realizados, como punção lombar, Raio-X de ossos longos e tórax, para auxiliarem no diagnóstico (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017b; CARDOSO, 2014).

Dos 04 recém-nascidos que apresentaram o exame de VDRL negativo, 03 deles apresentaram sintomatologia clínica relacionada à doença, indicando assim a infecção transversal presente.

Quanto aos sinais clínicos, ao total 24 (57,1%) dos recém-nascidos apresentaram alguma sintomatologia relacionada à infecção, ajudando na definição dos casos de sífilis congênita, dados semelhantes ao encontrado por outros autores, outro fator importante a se destacar é que esses dados referentes a sintomatologia dos recém-nascidos não são encontrados nas fichas de notificação, não sendo repassados ao Ministério da Saúde, gerando resultados equivocados sobre a sífilis congênita em nossa região (COUTINHO, 2014; LOPES, 2015).

Nos casos ocorridos, tivemos 01 caso de neurosífilis confirmado, com VDRL de líquido positivo, dados que corroboram com outros autores, a neurosífilis é a complicação mais séria da sífilis congênita, o tratamento deve ser realizado com penicilina cristalina, é necessário um acompanhamento com um segundo exame de líquido depois de 06 meses, e se positivo deve ser realizado um novo tratamento (MURICY, 2014; LOPES, 2015).

Além da neurosífilis os recém-nascidos apresentaram outras complicações que podem estar relacionadas à sífilis congênita, como a prematuridade (17/40,5%), peso inferior a 2500 gramas ao nascer (15/34,9%), alterações respiratórias (5/11,9%), icterícia (4/11,6%), anemia (3/7,0%), hepatoesplenomegalia (2/4,7%), crise convulsiva (2/4,7%), malformações congênitas (2;7%), alterações em RAIO-X de ossos longos 1 (1/2,3%).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são os sinais mais frequentes nos recém-nascidos, esses costumam ser os sinais mais comuns da sífilis congênita

precoce, esses dados são semelhantes aos encontrados por Lopes (2015) em uma maternidade no Estado de Sergipe.

Quanto à titulação do teste VDRL, 11 (26,2%) RNs tiveram a mesma titulação da mãe no pós-parto e 22 (52,4%) uma titulação menor, essa informação segundo Coutinho (2014) chama atenção para uma investigação mais precisa para a confirmação do diagnóstico de sífilis congênita, evitando assim um tratamento desnecessário.

Entre os RNs, 02 (4,8%) apresentaram titulação superior a da mãe, um resultado reagente no teste não treponêmico em recém-nascidos só tem significado clínico quando o título encontrado for maior do que o título materno em pelo menos duas diluições, e deve ser confirmado com uma segunda amostra coletada na criança (BRASIL, 2017a). No HRMI, o VDRL é realizado uma única vez, e quando reagente é iniciado o tratamento, o hospital não possui um ambulatório de seguimento dos casos o que traria mais qualidade a assistência e confirmação dos casos.

Entre os recém-nascidos ocorreram dois casos de óbito, sendo um óbito neonatal precoce e um neonatal, nos dois casos a sífilis congênita era uma das *causa mortis*, um dos casos apresentou o exame de VDRL negativo, no entanto o diagnóstico de sífilis congênita foi realizado pelo quadro clínico do recém-nascido.

A morte neonatal é um problema de saúde pública, e no caso da sífilis congênita é uma morte evitável com medidas de assistência ainda no pré-natal, sem os cuidados devidos na saúde materna, as chances de morte fetal, abortamento espontâneo, natimortalidade ou morte neonatal podem ocorrer em até 40% dos casos de transmissão congênita (FERREIRA & MORAES, 2013; LINS 2014).

## 5 CONCLUSÃO

Por meio da realização desse estudo, foi possível identificar o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis, em grande maioria parda, com poucos anos de estudo e donas de casa. Podendo fazer o acompanhamento do desfecho gestacional de grande parte das mesmas, observou-se que na maioria dos casos o diagnóstico foi tardio, com tratamento inadequado para a prevenção da Sífilis Congênita.

Evidencia-se a necessidade da melhoria da assistência prestada às mulheres durante o pré-natal, evitando assim as sequelas na saúde dos recém-nascidos, como a prematuridade, baixo-peso ao nascer e até mesmo a neurosífilis. A alta taxa de incidência de Sífilis Congênita demonstra ainda a dificuldade no enfrentamento do problema.

## ABSTRACT

Gestational syphilis is a public health problem, diagnosed and treated at a low cost and accessible to the population, the objective of the research was to elaborate an epidemiological profile of the pregnant women reported in the HRMI and follow the outcome of the pregnancy. This is a descriptive study, carried out in the years 2015 and 2016, in a Specialized Service in the Southwest of Maranhão. All the pregnant women with syphilis diagnosis of the period were analyzed, the data were collected in Sinan, Sinasc, and medical records. A total of 57 pregnant women, predominantly brown (86.0%), had a few years of study (56.1%), housewives (63.2%), and the diagnosis in the third trimester of pregnancy (63, 7%), with 26.3% of treated partners. 42 mothers, 42.8% with 6 or more prenatal consultations, were considered inadequate in at least 46 (80.0%) of the cases and 17 (40.5%) of them had preterm birth. As to the newborns, 24 (57.1%) presented some symptoms related to *T. pallidum* infection and 36 (85.7%) presented VDRL reagent at birth. This study evidenced the importance of quality prenatal care, where the woman is cared for in a holistic way, with the offer of diagnosis and if necessary treatment for syphilis in a timely manner.

**Key words:** Syphilis. Pregnant women. Prenatal care.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº33/2005**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 de Junho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais. **Combate à Sífilis Congênita Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis Ano VI-** vol. 48 nº 36 ISSN: 2358-9450 - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília - DF Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de, Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b.

BONI, Sara Mancete & PAGLIARI, Priscila Bertoncello. **Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um Município do Noroeste do Paraná.** Revista Saúde e Pesquisa, 9 (3), p. 517-524. 2016.

BORGES, Lisiane Lobato Gomes. **Perfil Epidemiológico da Sífilis, Hepatite B e C e Gonorreia no Maranhão/** Lisiane Lobato Gomes Borges - São Luís, 2015. 87p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Ceuma, Mestrado em Biologia Parasitária.

CARDOSO, Ana Rita Paulo. **Sífilis na gestação e congênita no município de Fortaleza-CE: análise de sistemas de informação /** Ana Rita Paulo Cardoso.- 2014. 63 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Fortaleza, Mestrado em Saúde Coletiva.

CIB/MA. Comissão Intergestores Bipartite. Estado do Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução nº 46/2011 de 16 de junho de 2011.**

COURA, José Rodrigues. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

COUTINHO, Rosaete Landim de Castro. **Sífilis congênita: panorama do agravo em um hospital de ensino/** Rosaete Landim de Castro Coutinho. – 2014. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior.

DAMASCENO, A.B.A.; MONTEIRO, D.L.M.; RODRIGUES, L.B.; BARMPPAS, D.B.S.; CERQUEIRA, R.P.; TRAJANO, A.J.B.. **Sífilis na Gravidez.** Rio de Janeiro, Revista HUPE, 13(3). 2014.

FERREIRA, A.W. & MORAES, S. L. **Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e autoimunes.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FONTES, M.B.; CRIVELARO, R.C.; SCARTEZINI, A.M.; LIMA, D.D.; GARCIA, A.A.; FUJIOKA, R.T. **Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1343-1352, 2017.

HEBMULLER, M. G.; FIORI, H.H.; LAGO, E.G.. **Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação.** Ciênc. saúde coletiva, 20 (09). 2015.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra. **Sífilis congênita e materna em Montes Claros – Minas Gerais [manuscrito]: diagnóstico tardio e subnotificação/** Kátia Regina Gandra Lafetá. – 2014. 54 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS.

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D.A.; CARVALHO, M.L.; FRIAS; P.G.; CAVALCANTE, R.G.; CUNHA, A.J.L.A. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à**

**gestante e ao recém-nascido.** Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, , 30 Sup:S192-S207, 2014.

LINS, Cynhia Dantas de Macedo. **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo Setentrional da Amazônia** / Cynhia Dantas de Macedo Lins – Boa Vista, 2014. 71 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

LOPES, Izailza Matos Dantas. **Epidemiologia de gestantes soropositivas para o *Treponema pallidum* e adesão ao acompanhamento dos Recém-nascidos** / Izailza Matos Dantas. - 2015. Universidade Tiradentes, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente.

MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. **Sífilis Materna e Congênita: ainda um desafio.** Rio de Janeiro .Cad. Saúde Pública, 29 (6), 2013.

MURICY, Carmen Lucia. **Evolução dos casos de sífilis congênita notificados no Distrito Federal em 2010** / Carmen Lucia Muricy. – 2014. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Núcleo de Medicina Tropical.

SARACENI, V.; PEREIRA, G.F.M.; SILVEIRA, M.F.; ARAUJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E. **Vigilância Epidemiológica da Transmissão Vertical da Sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil.** Washington. Revista Panamericana de Salud Public, 41, 2017.

SILVA, H.C.G.; SOUSA, T.O.; SAKAE, T.M. **Incidência de Sífilis Congênita no Estado de Santa Catarina no ano de 2012.** Santa Catarina. Arq. Catarin Med, 46 (2) 2017.

SUTO, C.S.S.; SILVA, D.L.; ALMEIDA, E.S.; COSTA, L.E.L.; EVANGELISTA, T.J.; **Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis.** Rev Enferm Atenção Saúde.5 (2), 2016.

VERONESI: **Tratado de Infectologia** / editor científico Roberto Focaccia. – 5. Ed. rev. e atual. – São Paulo : Editora Atheneu, 2015.