



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CASES OF GESTATIONAL SYPHILIS
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL

Débora Regina Marques Barbosa¹, Manoel Guedes de Almeida², Abimael Oliveira Silva³, Antonia Almeida Araújo⁴, Arianeg Gomes dos Santos⁵

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. **Método:** estudo descritivo do tipo seccional, de cunho documental. Utilizou-se os dados notificados no estado do Piauí entre 2010 e 2013, do Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN), disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Resultados:** verificou-se 388 casos de sífilis gestacional no estado do Piauí com desfecho de 193 casos de sífilis congênita entre 2010 e 2013. O ano de 2012 concentrou o maior coeficiente de incidência. Entre as gestantes, 72,4% possuem 20 a 39 anos com faixa entre 5º e 8º séries incompletas (44,7%). Quanto aos casos de transmissão vertical, 82,4% realizaram pré-natal, 40,4% obtiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação e em 22,3% houve tratamento concomitante do parceiro. **Conclusão:** a taxa de incidência apresentou valores crescentes entre os anos de estudo, com números superiores à meta estabelecida para eliminação da doença. **Descritores:** Epidemiologia; Sífilis Gestacional; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: to outline the epidemiological profile of gestational syphilis. **Method:** descriptive, cross-sectional and documentary study. The data reported in the state of Piauí between 2010 and 2013 from the National Disease Notification System (SINAN), available at the Information Technology Department of SUS (DATASUS), were used. **Results:** there were 388 cases of gestational syphilis in the State of Piauí, with an outcome of 193 cases of congenital syphilis between 2010 and 2013. The year 2012 had the highest incidence coefficient. Among the pregnant women, 72.4% were 20 to 39 years old, with a schooling range between the 5th and 8th incomplete grades (44.7%). As for cases of vertical transmission, 82.4% had performed prenatal care, 40.4% had been diagnosed with syphilis during gestation and 22.3% had performed concomitant treatment with the partner. **Conclusion:** the incidence rate presented increasing values among the study years, with numbers above the established goal for elimination of the disease. **Descriptors:** Epidemiology; Gestational Syphilis; Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil epidemiológico de los casos de sífilis gestacional. **Método:** estudio descriptivo del tipo seccional, de naturaleza documental. Se utilizaron los datos notificados en el estado de Piauí entre 2010 y 2013, del Sistema de Información de agravios de notificación (SINAN), disponibles en el Departamento de Informática del SUS (DATASUS). **Resultados:** se verificaron 388 casos de sífilis gestacional en el estado de Piauí con el desenlace de 193 casos de sífilis congénita entre 2010 y 2013. El año de 2012 concentró el mayor coeficiente de incidencia. Entre las gestantes, 72,4% poseen 20 a 39 años que están entre 5º y 8º años incompletos (44,7%). Referente a los casos de transmisión vertical, 82,4% realizaron prenatal, 40,4% obtuvieron diagnóstico de sífilis durante la gestación y en 22,3% hubo tratamiento concomitante del compañero. **Conclusión:** la tasa de incidencia presentó valores crecientes entre los años de estudio, con números superiores a la meta establecida para eliminación de la enfermedad. **Palabras clave:** Epidemiología; La Sífilis Gestacional; Cuidado Prenatal.

¹Estudante, Curso de Graduação em Enfermagem, Instituto de Ensino Superior Múltiplo/IESM. Timon (MA), Brasil. E-mail: ddebora.regina@gmail.com; ^{2,3,4}Estudantes, Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina(PI), Brasil. E-mail: manoel.medufpi@gmail.com; abimaeloliveira1993@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Mestre, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí/IFPI/ Instituto de Ensino Superior Múltiplo/IESM. Teresina (PI), Brasil. E-mail: arianeg.santos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica causada pelo bacilo *treponema pallidum*, uma espiroqueta de alta patogenicidade, com manifestações cutâneas periódicas passíveis de períodos de latências na Sífilis Gestacional (SG), de transmissão predominantemente sexual. Além da Sífilis Adquirida, o bacilo pode ser transmitido por via placentária para o concepto, em qualquer período da gestação ou estágio clínico da enfermidade em mulheres não tratadas ou inadequadamente tratadas. A doença possui o homem como único reservatório natural.¹

A SG possui diagnóstico simples e de fácil tratamento/cura, com vistas à quebra da cadeia de transmissão do bacilo, na qual os cuidados precoces no período relativo ao pré-natal e tratamento adequado das gestantes e seus parceiros diagnosticados com sífilis apresentam-se como condições fundamentais para prevenção e redução da incidência de Sífilis Congênita (SC),² no entanto, apesar de ser uma doença simples e com tratamento eficaz, permanece com valores significativos, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento.³ A transmissão vertical da doença ainda apresenta-se como um problema de saúde pública no país por estar entre as enfermidades transmissíveis no período gravídico-puerperal com maior taxa de infecção, com taxas entre 30% e 100%, dependendo da fase clínica da gestante.⁴

Em mais de 50% dos recém-nascidos de mulheres com sífilis adquirida durante a gravidez, a infecção é assintomática, com surgimento dos primeiros sintomas aproximadamente com 3 meses de vida, o que reforça a importância da triagem sorológica da gestante na maternidade.⁴

O Ministério da Saúde (MS), ciente dos riscos perinatais e da magnitude da sífilis gestacional, incluiu em 2005 a enfermidade na lista nacional de doença de notificação compulsória, segundo a portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005.⁵ Para fim de vigilância epidemiológica, serão considerados casos de sífilis gestacional todas as mulheres com evidências clínicas e sorológica não treponêmica reagente e teste treponêmico positivo ou não realizado.⁶

É preconizada pelo MS a solicitação obrigatória de no mínimo dois testes sorológicos não treponêmicos para o diagnóstico (VDRL) e a realização de sorologia da mãe no momento do parto em casos de falhas da vigilância sorológica ou situações de elevado risco.⁷

Entre o intervalo de 2005 a junho de 2012, foram notificados no SINAN 57.700 casos de SG no país com 14.828 (25,7%) notificados na região do Nordeste, e entre 1998 a junho de 2012 foram notificados 80.041 casos de SC em menores de um ano de idade com 25.133 (31,4%) registrados no Nordeste brasileiro, dados que colocam o Nordeste como a segunda região com maiores valores de registro nos últimos anos de SG e SC.² No intervalo de 2007 a 2013, o estado do Piauí apresentou 647 casos de sífilis gestacional com maior incidência em 2007 (N=135/CI=8,6 casos por 100.000hab.).⁸

Tendo em vista a magnitude da doença como importante problema de saúde pública e sua elevada incidência no país e Nordeste brasileiro, torna-se imprescindível o conhecimento de suas características epidemiológicas no Piauí. Este estudo teve por objetivo caracterizar a distribuição epidemiológica dos casos notificados de sífilis gestacional no estado do Piauí entre 2010 e 2013.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo seccional, realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados pelo TABNET, referentes aos casos de sífilis gestacional notificados no estado do Piauí entre janeiro de 2010 a dezembro de 2013.

O Piauí está localizado na região Nordeste do Brasil, com área de 251.577,738 quilômetros quadrados e fronteiras nos estados do Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia e Tocantins.⁹

Os dados obtidos no DATASUS foram coletados seguindo o seguinte caminho metodológico: informações de saúde (TABNET); epidemiologias e morbidades; demais doenças de notificação (desde 2001); e tabulação de dados. As bases populacionais necessárias para os cálculos desta pesquisa foram obtidas por meio de censos e projeções demográficas do IBGE.

Para melhor compreensão da situação epidemiológica da SG no estado, os dados foram analisados segundo as variáveis: ano do diagnóstico; escolaridade da mãe; faixa etária da mãe; realização do pré-natal; Unidade Federativa (UF) do pré-natal; tratamento do parceiro; confirmação da infecção materna; realização de teste não treponêmico e treponêmico.

A coleta de dados foi feita no mês de outubro de 2014. Por critério de inclusão,

foram considerados todos os casos de SG e casos novos confirmados de SC notificados no Piauí, no intervalo de 2010 a 2013.

Realizou-se análise descritiva e de correlação por meio do Coeficiente de Incidência (CI), Risco Relativo (RR), Risco Atribuível (RA) e aplicação de teste de *Qui-quadrado* para verificar possíveis correlações entre a realização de pré-natal pela gestante com o momento do diagnóstico de sífilis gestacional, tratamento do parceiro, faixa etária e escolaridade da gestante com sífilis, considerando sempre um nível de significância estatística de 95% ($p < 0,05$).

Para o cálculo das taxas de incidência, foi tomado por numerador o número de gestantes residentes no Piauí com diagnóstico confirmado de sífilis notificado no SINAN; por denominador foi considerado o número de mulheres residentes no estado, multiplicando por 100.000 para cada ano de estudo.

O Risco Relativo foi calculado segundo a fórmula: $[A/(A+B)]/[C/(C+D)]$, em que a variável “A” representa a população doente exposta ao risco, “B” a população exposta não doente, “C” consiste na população doente que não foi exposta ao risco e D representa a população não exposta e não doente. Para essa análise, foram consideradas como variáveis a serem cruzadas: realização do pré-natal e momento do diagnóstico de sífilis gestacional; realização do pré-natal e tratamento do parceiro.

O Teste *Qui-quadrado* foi calculado por meio da seguinte fórmula: $\chi^2 = \sum [(o - e)^2 / e]$, em que “o” é a frequência observada para cada classe e a letra “e” representa a frequência esperada para aquela classe. Para essa análise, foi considerada a relação entre pré-natal e faixa etária, escolaridade, momento do diagnóstico de sífilis materna e tratamento do parceiro.

Este trabalho utilizou dados secundários, não tendo como objetivo estudar informações acerca de pessoas ou instituições. Assim, não houve necessidade de apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As tabelas e gráficos foram elaborados por meio do programa Excel software *Microsoft Office* 2010 e *Tabwin*3.2. A população de estudo foi constituída por todos os casos de sífilis gestacional e os casos de transmissão vertical da infecção.

RESULTADOS

Entre 2010 e 2013, foram notificados 388 casos de sífilis gestacional no estado do Piauí, com tendência crescente até 2012 (N=132;34%) e declínio em 2013 (N=61;15,7%). O intervalo com maior Coeficiente de Incidência se concentrou entre 2012 (N=132; CI=8,2/100.000 hab.) e 2011 (N=105; CI=6,5/100.000hab.) com média de 97 casos/ano (**Tabela 1**).

Tabela 1. Caracterização das gestantes com sífilis e o coeficiente de incidência segundo o intervalo de ano. Piauí (PI), Brasil (2010-2013)

Ano	N	%	População feminina	CI
2010	90	23,2	1.596.995	5,6
2011	105	27,1	1.606.415	6,5
2012	132	34,0	1.615.063	8,2
2013	61	15,7	1.622.978	3,8
Total	388	100,0	6.441.451	24,1

N= valor absoluto; CI= coeficiente de incidência.
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Dentre as gestantes com diagnóstico, 193 transmitiram o bacilo *Treponema pallidum* para seus conceitos. A média anual de sífilis

congenita entre as gestantes não tratadas e/ou inadequadamente tratadas no período de estudo foi de 48,3 casos/ano (**Figura 1**).

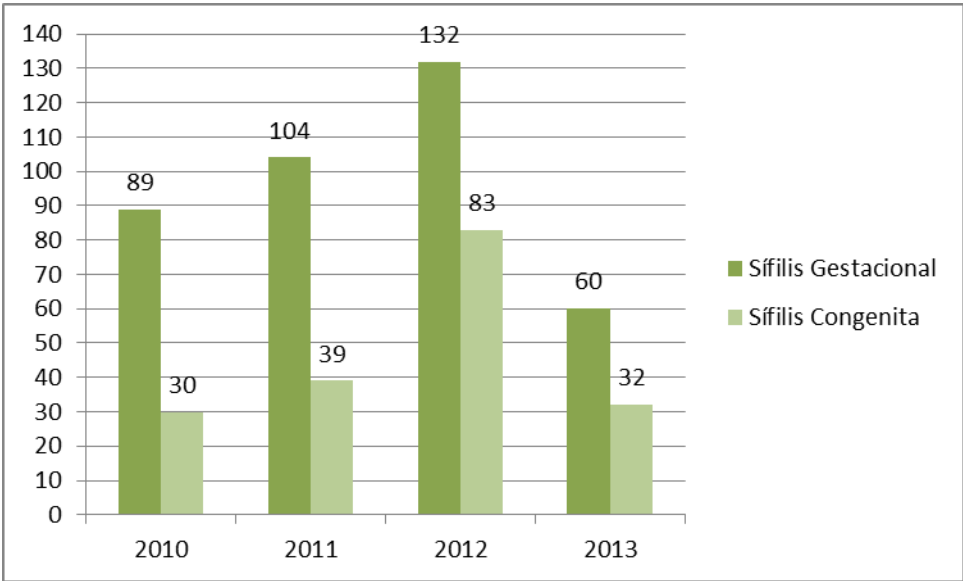


Figura 1. Caracterização da sífilis gestacional e congênita segundo ano do diagnóstico. Piauí (PI), Brasil (2010-2013)
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Como pode ser observado na Tabela 2, a maioria das mulheres possuía faixa etária de 20 a 39 anos (N=281; 72,4%) ou 15 a 19 anos (N=96; 24,7%), apesar de não haver correlação estatisticamente relevante entre as variáveis realização de pré-natal (segundo UF de

residência) e faixa etária ($p>0,05$). A maior parcela das mulheres apresentava da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino fundamental ou tinha o Ensino médio incompleto, não se apresentando com valor significativo ($p>0,05$).

Tabela 2. Caracterização dos casos notificados de sífilis gestacional no estado do Piauí segundo faixa etária e escolaridade da gestante. Piauí (PI), Brasil (2010-2013)

UF pré-natal	Piauí		Maranhão		Ignorado/Branco		P<0,05
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							
10 a 14	4	1,1	0	0,0	1	3,4	4,2
15 a 19	89	24,9	1	50,0	6	20,7	
20 a 39	260	2,8	1	50,0	20	69,0	
40 a 59	4	1,2	0	0,0	2	6,9	
Total	357	100,0	2	100,0	29	100,0	
Escolaridade							
Analfabeto	6	1,7	0	0,0	1	3,4	0,3
1º a 4º série incompleta	48	3,4	0	0,0	5	17,2	
4ª série completa	27	7,6	1	50,0	3	10,4	
5º a 8º série incompleta	98	27,5	0	0,0	5	17,2	
Ensino fundamental completo	44	12,3	0	0,0	2	6,9	
Ensino médio incompleto	35	9,8	0	0,0	3	10,4	
Ensino médio completo	65	18,2	0	0,0	3	10,4	
Educação superior incompleta	4	1,1	0	0,0	0	0,0	
Educação superior completa	1	0,3	0	0,0	0	0,0	
Ignorado/Branco	29	8,1	1	50,0	7	24,1	
Total	357	100,0	2	100,0	29	100,0	

*N= valor absoluto; UF= Unidade Federativa; p =Teste de Qui-quadrado.
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Quanto ao diagnóstico de sífilis gestacional, em 346 gestantes (89,2%) o teste não treponêmico foi reagente, 13 não foram reagentes (3,4%) e em 20 gestantes ele não foi realizado (5,2%). Em 274 pacientes (70,6%) o

teste treponêmico não foi realizado, 17 foram não reativos (4,4%) e em 65 gestantes (16,8%) ele foi reativo, desconsiderando os casos ignorados ou em branco para essa variável nas fixas de notificação (**Tabela 3**).

Tabela 3. Caracterização das gestantes com sífilis segundo testes não treponêmicos e treponêmicos. Piauí (PI), Brasil (2010-2013)

Variáveis	N	%
Casos confirmados por teste não treponêmico		
Reativo	346	89,2
Não reativo	13	3,4
Não realizado	20	5,2
Ignorado	9	2,2
Total	388	100,0
Casos confirmados por teste treponêmico		
Reativo	65	16,8
Não reativo	17	4,4
Não realizado	274	70,6
Ignorado	32	8,2
Total	388	100,0

*N= valor absoluto
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

De acordo com o exposto na **Tabela 4**, quando considerados os 193 casos ocorridos de transmissão vertical do bacilo *Treponema pallidum*, em 159 deles (82,4%) a gestante havia realizado pré-natal e em 29 (15,0%) não houve acompanhamento pré-natal nenhuma vez durante a gestação. Houve tratamento adequado dos parceiros sexuais em 22,3% dos casos (N=43). No que tange ao momento do diagnóstico de SG, em 78 das mães (40,4%)ele se deu durante a gestação, em 66 casos (34,2%) no momento do parto ou curetagem, 44 (22,8%) após o parto e em 1 (0,5%) a doença não foi investigada, sendo 4 o número

de casos ignorados quanto à essa variável (2,1%).

A realização de pré-natal teve relação estatisticamente significativa com o momento em que foi diagnosticada a SC ($p=0,00005$) e com a realização de tratamento do parceiro sifilítico ($p=0,03$). O diagnóstico de sífilis durante o pré-natal apresentou-se como grande fator de proteção em relação ao desenvolvimento pelo RN de sífilis congênita, com RR de aproximadamente 0,0. O diagnóstico em qualquer momento da gestação ou parto, entretanto, reduz o risco de SC em graus variáveis, conforme pode ser visualizado na tabela a seguir (Tabela 5).

Tabela 4. Caracterização dos casos de transmissão vertical segundo as variáveis pré-natal e a relação com diagnóstico de sífilis na mulher e tratamento do parceiro. Piauí (PI), Brasil (2010-2013)

Realizou pré-natal	Sim		Não		Ignorado/branco		P	RR	RA
	N	%	N	%	N	%			
Diagnóstico de sífilis									
Durante o pré-natal	76	47,8	0	0,0	2	40,0		0	0,48
No momento do parto/curetagem	46	28,9	18	62,2	2	40,0		0,47	-0,33
Após o parto	34	21,4	10	34,4	0	0,0	0,00005	0,62	-0,13
Não realizou	1	0,6	0	0,0	0	0,0		0	0,01
Ignorado/branco	2	1,3	1	3,4	1	20,0		0,36	-0,02
Total	159	100,0	29	100,0	5	100,0			
Tratamento do parceiro									
Sim	41	95,4	99	79,2	19	76,0		1,2	0,16
Não	1	2,3	24	19,2	4	16,0	0,03	0,12	-0,17
Ignorado/branco	1	2,3	2	1,6	2	8,0		1,45	0,01
Total	43	100,0	125	100,0	25	100,0			

*P= Teste de Qui-quadrado; RR=Risco Relativo; RA=Risco Atribuível.
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou de forma sucinta a evolução temporal da sífilis congênita no Piauí, apontando para fatores de risco e grupos de maior vulnerabilidade, sendo potente orientador de ações em gestão e saúde pública direcionadas ao combate da SC. Entretanto, existem limitações inerentes ao método empregado e à coleta de dados secundários em fontes oficiais, não se podendo mensurar possíveis sub-registros, subnotificações, erros de classificação e

preenchimento incompleto das fichas de notificação.¹⁰

Apesar de suas limitações, este trabalho foi capaz de apontar, em termos gerais, os caminhos epidemiológicos percorridos pela doença ao longo dos anos, subsidiando a elaboração de pesquisas futuras nesse campo de conhecimento. A sífilis congênita, segundo portaria do Ministério da Saúde nº542 de 22/12/1986, é considerada doença de notificação compulsória desde 1986 no Brasil,¹ enquanto que a sífilis gestacional só se tornou de notificação compulsória em 2005 (MS/SVS nº33, 14 de julho de 2005).⁵ Esses fatos vão ao

encontro e podem justificar em parte o aumento no número de casos notificados no período de 2010 até 2012.

A notificação dos casos de SG no Brasil é compulsória, sendo utilizadas fichas de notificação próprias, preenchidas para toda gestante que durante o pré-natal apresentou características clínicas ou sorologia não treponêmica reagente e teste treponêmico com resultado positivo ou em casos em que ele não tenha sido realizado.¹¹ A confirmação laboratorial com teste treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA)/Teste Fluorescente por Absorção de Anticorpos (FTA-Abs) é recomendado no Brasil; por não ser obrigatório, a sua ausência não caracteriza motivo para o retardo de condutas.¹²

Este estudo demonstrou que 70,6% das gestantes cujos RN foram diagnosticados com SC não realizaram teste treponêmico. Dificuldades relacionadas à realização desse teste foram relatadas em outros estudos, que apontaram como fator determinante a indisponibilidade do exame ou dificuldade no acesso em diversos serviços de saúde.¹³⁻⁴

Os resultados apontados por esta pesquisa demonstram que a qualidade da assistência pré-natal, ainda, apresenta-se precária no estado. Por se tratar de uma doença de fácil prevenção, com desfecho favorável quando detectada e tratada adequadamente em tempo oportuno, com tratamento concomitante dos parceiros sexuais, a SG pode ser considerada marcador de qualidade na assistência à saúde de determinada região.⁷ Desse modo, demonstra fragilidades na implementação de políticas públicas de controle de DSTs e, mais especificamente, distanciamento das metas propostas pela política nacional de controle da doença no Brasil.

Este estudo evidencia que há maior incidência de sífilis congênita em conceptos de mulheres jovens ou adulto-jovens, sendo maior em grupos de menor escolaridade. Entretanto, essas associações não foram estatisticamente relevantes. Resultados semelhantes foram obtidos por diversos outros autores que utilizaram métodos semelhantes¹⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸. Com efeito, a baixa escolaridade e faixa etária da gestante são importantes condicionantes de saúde de maneira geral e, de maneira específica, determinam a construção de um ambiente social, afetivo e econômico propício à exposição a risco de adoecimento e morte.^{14,16,18}

Grande parte das gestantes cujos filhos foram diagnosticados com SC haviam realizado pré-natal, o que não assegurou o tratamento

adequado da gestante sífilítica e seu parceiro, a despeito da facilidade e acesso do tratamento farmacológico à base de penicilina. Dados semelhantes foram encontrados no município de Natal/RN¹⁰, em estudo realizado entre 2004 e 2007, quando 77,5% das gestantes estudadas transmitiram verticalmente o *Treponema pallidum* apesar de terem realizado acompanhamento pré-natal. Estudo semelhante realizado na cidade de Fortaleza/CE evidenciou que 81% das gestantes sífilíticas que realizaram pré-natal transmitiram o bacilo a seus conceptos.¹⁶

Apesar de a maior parte das gestantes do estudo terem realizado pré-natal, a maioria foi diagnosticada no momento do parto, curetagem ou após o parto. Em estudo realizado no Maranhão para o intervalo de 2007 a 2010, observou-se que 68,90% das gestantes com sífilis só foram diagnosticadas no momento do parto ou curetagem, evidenciando diferenças interestaduais importantes e a mesma tendência a diagnóstico tardio da doença.¹⁸

A grande maioria dos parceiros sexuais não recebeu tratamento algum contra sífilis. Esses dados reforçam a fragilidade dos serviços de saúde no diagnóstico e tratamento integral e eficaz dos casos de SG para o controle da transmissão vertical da doença. Dados nacionais de 2008 apontam resultados similares, com 70% das mães diagnosticadas com SG tendo realizado pré-natal e apenas 20% dos parceiros sendo tratados.¹⁹

Homens geralmente são menos adeptos a modos de vida saudáveis e envolvem-se em situações de risco e violência com maior frequência, constituindo grupo vulnerável a diversas afecções. Essas vulnerabilidades se assentam em valores culturais e imagens socialmente construídas que definem sua identidade masculina, em uma perspectiva de gênero, que os distanciam dos serviços de saúde e de ações de prevenção de doença e promoção da saúde. Esses valores se tornam importantes na cadeia de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, no caso da sífilis, devendo ser considerados na elaboração de estratégias de enfrentamento.²⁰⁻¹

A grande proporção de diagnósticos durante o pré-natal aponta falhas na qualidade da assistência, que podem estar relacionadas com a deficiência na promoção da saúde direcionada às doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis, tratamento imediato das gestantes e seus parceiros diagnosticados, orientações gerais durante o tratamento específico e em gestantes comprovadamente alérgicas que deveriam ser

dessensibilizadas e posteriormente tratadas com penicilina ou na impossibilidade eritromicina.⁴

Isso poderia ser explicado, em alguma medida, também pelas limitações do uso da penicilina na rede de Sistema Único de Saúde, que em alguns regiões brasileira possui recomendações pouco realistas de encaminhamento de todos os indivíduos que necessitam desse medicamento para unidades hospitalares com serviço de emergência,²² reações anafiláticas graves após o uso da penicillina (0,5 a 1/100.000) que são raras,⁶ mas muitas vezes mal interpretadas ou confundidas com reações adversas referentes a distúrbios neurovegetativos e reações vasovagais.^{4,23}

CONCLUSÃO

Apesar de terem sido definidas estratégias para o combate da sífilis gestacional há vários anos, o estado do Piauí, ainda, possui indicadores aquém das metas estipuladas. Este trabalho é importante por demonstrar os percursos epidemiológicos da doença ao longo dos anos, em detrimento das intervenções em saúde incitadas pelas políticas públicas, como a melhoria no acesso à atenção básica no estado, maior cobertura dos serviços de saúde e realização de pré-natal em gestantes.

Desse modo, pode-se identificar como grupo de maior risco para o desenvolvimento de sífilis gestacional as mulheres em idade fértil de 20 a 39 anos e de baixa escolaridade. A incidência da doença se apresentou elevada em todos os anos deste estudo, sendo crescente até o ano de 2012. Apesar de a maioria das gestantes ter realizado pré-natal, a doença foi diagnosticada apenas durante o parto, curetagem ou após o parto. Esses fatores apontam para fragilidades na atenção básica em promover o ambiente social saudável necessário à promoção da saúde, assim como deficiências na prevenção e diagnóstico precoce de doenças sexualmente transmissíveis, interferindo de maneira racional na cadeia de transmissão da doença.

Apesar de ser preconizado o tratamento do parceiro sexual da mulher diagnosticada com sífilis, esta pesquisa evidenciou que um número reduzido de homens realizou tratamento adequado, o que aumenta o risco de reinfecção de forma considerável.

A súmula dos resultados aponta para dificuldades enfrentadas pela atenção básica de saúde no combate à sífilis gestacional. A constatação dessa realidade impõe a necessidade de se reavaliar ou reformular a assistência pré-natal no estado com

identificação de situações-problema e elaboração de estratégias de resolução de maneira integrada com a comunidade e que considere quantitativa e qualitativamente a realidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológico. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológico. 8th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Sífilis. Ed. Premium. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Pires ON, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. DST - J bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2007 [cited 2014 Sept 01];19(3-4):162-5. Available from: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/8.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 33, de 15 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
8. Datasus. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura e dados básicos. Numero de casos de sífilis congênita no Estado do Piauí. Brasília: Ministério da saúde, 2014 [cited 2014 Sept 13]. Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/sifilisc/bases/sifilisbrnet.def>
9. Andrade-Júnior AS, Bastos EA, Barros AHZ, Silva CO, Gomes AAN. Classificação climática do Estado do Piauí. Teresina: Embrapa Meio-Norte, [Internet]. 2004 [cited 2014 Sept 13];86p.

Available from:
file:///C:/Users/Selma%20Soares/Downloads/01%20-%20cpamn_documentos_86.pdf

10. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte-2004 a 2007. *Epidemiol. Serv Saúde* [Internet]. 2011 Apr-June [cited 2014 Sept 16];20(2):203-12. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742011000200009&script=sci_arttext.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 [cited 2014 Sept 16].

12. Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 16];34(2):52-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a02v34n2.pdf>

13. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2015 Jan 11]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf?ua=1

14. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 June [cited 2015 Jan 24];29(6):1109-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000600008&script=sci_arttext

15. Leitão E JL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. *Ciências Saúde* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 24];20(4):307-14. Available from: http://www.esccs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4sifilisgestacional.pdf

16. Campos, ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 Sept [cited 2015 Jan 24];26(9):1747-55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000900008

17. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRS, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 24];34(2):56-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003

18. Barbosa DRM, Almeida MG, Costa JR, Almeida DFS. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Maranhão. II Conference online-Management, Education and Health Promotion [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 30]. Available from: http://www.convibra.org/upload/paper/2013/79/2013_79_7890.pdf

19. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 30];46(3):479-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000300010&script=sci_arttext

20. Berhane Y, Högberg U, Byass P, Wall S. Gender, literacy, and survival among Ethiopian adults. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2002 [cited 2015 Jan 30];80(9):714-720. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n9/v80n9a07.pdf>

21. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 May [cited 2015 Jan 30];22(5):901-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000500003&script=sci_arttext

22. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, Coêlho HLL, Júnior ANR. A (Des)Informação Relativa à Aplicação da Penicilina na Rede do Sistema de Saúde do Brasil: O Caso da Sífilis. *DST - J bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 1];19(3-4):120-7. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/page/2010/44612/17_penicilina_pdf_22607.pdf

23. Robinson JL, Hameed T, Carr S. Practical aspects of choosing an antibiotic for patients with a reported allergy to an antibiotic. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2002 June [cited 2015 Feb 3];35(1):26-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12060871>

Submissão: 25/08/2015

Aceito: 23/03/2017

Publicado: 01/05/2017

Correspondência

Débora Regina Marques Barbosa
 Rua das Tulipas, QAAC1
 Bairro Cinturão Verde
 CEP: 65630-000 – Timon (MA), Brasil