

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE

BÁRBARA ALMENARA GONÇALVES

**Perfil epidemiológico de gestantes notificadas para sífilis  
atendidas na Unidade de Saúde da Família de Consolação,  
Vitória-ES**

Vitória-ES

2019

BÁRBARA ALMENARA GONÇALVES

**Perfil epidemiológico de gestantes notificadas para sífilis  
atendidas na Unidade de Saúde da Família de Consolação,  
Vitória-ES**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientador: Dr. Thiago Dias Sarti

Coorientadora: Dra. Thais Campolina Cohen Azoury

Vitória-ES

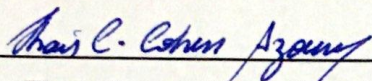
2019

BÁRBARA ALMENARA GONÇALVES

**Perfil epidemiológico de gestantes notificadas para sífilis  
atendidas na Unidade de Saúde da Família de Consolação,  
Vitória-ES**

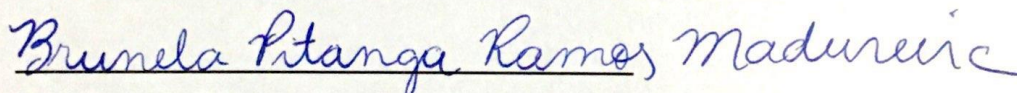
Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

**BANCA AVALIADORA:**



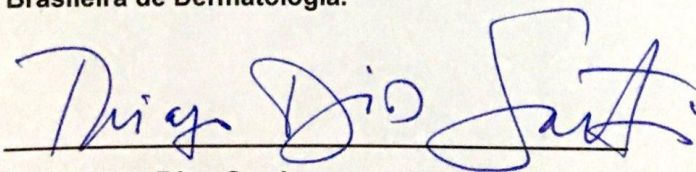
**Dra. Thais Campolina Cohen Azoury**

Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC e Preceptora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Espírito Santo em Parceria com a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, mestranda em Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz, especialização em Medicina do Trabalho (2014), especialização em Estratégia de Saúde da Família (2011), especialização em Medicina e Cirurgia Estética (2007), graduação em Medicina pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (2004).



**Dra. Brunela Pitanga Ramos Madureira**

Professora adjunta da Universidade Federal do Espírito Santo, Doutorado em Doenças Infecciosas (2015) e Mestrado em Patologia das Doenças Infecciosas (2006), ambos pela Universidade Federal do Espírito Santo. Graduação em Medicina pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (1999), Especialista em Dermatologia (2002) e membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia.



**Dr. Thiago Dias Sarti**

Médico de Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo

Vitória-ES, 25 de fevereiro de 2019.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade em fazer o que amo e por me dar forças para nunca desistir.

Agradeço aos meus pais por todo esforço que sempre fizeram para me oferecer a melhor educação e por me amarem tanto.

Agradeço aos meus professores, preceptores e tutores por todo conhecimento passado a mim durante a residência.

Agradeço, especialmente, a Dr. Thiago Dias Sarti pela paciência, principalmente, e pela compreensão sempre e por toda dedicação à residência.

Agradeço a Dra. Thais Campolina Cohen Azoury, que, nesses dois últimos anos se tornou uma amiga, e me ofereceu uma experiência maravilhosa durante a residência. Obrigada por toda dedicação e carinho.

Agradeço a Dra. Olivia Ferreira Lucena, por ser uma companheira e por dividirmos alegrias e tristezas nessa jornada.

## RESUMO

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes notificadas para sífilis gestacional na Unidade de Saúde de Consolação – Vitória/ES, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. **Método:** Análise dos prontuários e fichas de notificações compulsórias para sífilis gestacional de pacientes diagnosticadas pela Unidade de Saúde de Consolação. Foi utilizada estatística descritiva simples para análise dos dados. **Resultado:** No período do estudo, foram feitas 53 notificações de sífilis gestacional. Destas, 3 são de pacientes com reinfecção de sífilis gestacional. Houve progressão crescente dos casos notificados em Consolação: em 2013 foram 5 casos e em 2017, 17 casos. A idade variou entre 15 a 43 anos. Em relação à idade gestacional da notificação, menos da metade das notificações aconteceu no primeiro trimestre. Se considerarmos o primeiro e segundo trimestres, as notificações representam 77,84%. Das pacientes notificadas, 88% se consideram negras ou pardas. Apenas 4 (8%) conseguiram completar o ensino fundamental e 4 completaram o ensino médio. Nenhuma delas possui ensino superior completo. Em quase 80% dos casos, houve solicitação do teste não treponêmico VDRL. Em relação ao teste treponêmico (teste rápido), em 37,73% (n=20) dos casos ele não foi realizado. Em apenas 1 caso dos 53 (1,9%) não houve prescrição do tratamento à gestante. Já em relação ao parceiro, 43,39% deles não receberam tratamento concomitante ao da gestante e 45% daqueles que não receberam tratamento o motivo foi a situação de não mais contato da gestante com o parceiro e 25% o motivo foi o não comparecimento do parceiro a unidade de saúde, apesar da prescrição e convocação do mesmo. Cabe ressaltar que 3 gestantes se encontravam em situação de rua no momento do diagnóstico. **Conclusão:** Frente a esta preocupante situação no território, sugere-se que a USF fortaleça suas ações de busca ativa dos casos, monitoramento da situação de saúde e da adesão ao tratamento por estas pessoas e de suas parcerias, de preenchimento correto das fichas de notificação e análise das informações locais com o objetivo de qualificar o planejamento das ações..

**Palavras-chave:** Sífilis gestacional. Fator de risco. Prevenção. Infecção sexualmente transmissível.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Taxa de detecção de sífilis em gestante segundo o território de saúde em Vitória – ES – ano 2017.....	21
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Notificações de Sífilis Gestacional em Consolação, Vitória-ES ,  
2013-2017.....18

GRÁFICO 2 - Taxa de detecção de sífilis na gestação – Vitória e Brasil, 2010-  
2017.....20

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1	A SÍFILIS.....	8
1.2	TRANSMISSÃO .....	8
1.3	CLASSIFICAÇÃO.....	9
1.4	DIAGNÓSTICO .....	10
1.5	TRATAMENTO.....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	15
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	15
3.3	LOCAL DO ESTUDO.....	15
3.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	16
3.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	16
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	16
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	17
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>24</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>25</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A sífilis

A sífilis é uma infecção causada por bactéria Gram negativa, denominada *Treponema pallidum*, descoberta em 1905, micro-organismo desprovido de membrana celular, pequeno (5x15x0,2nm), fino, de espiras regulares e em número não superior a 12, com extremidades afiladas <sup>1</sup>. Algumas teorias tentam explicar a origem da doença que esta bactéria causa. Uma delas é a colombiana, uma das mais difundidas, em que é descrita com possível origem no século 15, mais precisamente em 1492, quando levada da América para a Europa, por Cristóvão Colombo e seus marinheiros, ganhando mais notoriedade quando foi disseminada rapidamente por soldados do exército do Rei Carlos VIII da França, após retornarem de uma invasão bem sucedida na Itália <sup>2</sup>. Naquela época ainda não havia conhecimento sobre o agente etiológico, mas já era possível perceber que a principal via de transmissão era a sexual, devido a rapidez e facilidade com que as pessoas se infectavam, não havendo distinção de classe social, sexo, idade e sazonalidade. Apenas em 1905, foi identificado o agente etiológico *T. pallidum* e o tratamento só iniciou com a descoberta da penicilina em 1928 <sup>6</sup>. À época, era uma patologia temida por causa de suas manifestações de aspecto rude, por seu acometimento sistêmico e pela alta mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou 498,9 milhões de novos casos de DST mundial em 2008, incluindo 10,6 milhões de casos de sífilis, que corresponde a 2,1% do total <sup>7</sup>.

### 1.2 Transmissão

Sua transmissão é predominantemente sexual, com alta infectividade nos estágios recentes da doença devido ao grande número de espiroquetas presentes nas lesões cutâneas <sup>3,5</sup>. Assim como a via sexual, a transmissão vertical, via transplacentária em 80% dos casos, é influenciada tanto pelo estágio da sífilis na mãe quanto pelo tempo de exposição fetal. Assim, a probabilidade de transmissão é maior se a sífilis for primária ou secundária na gestante <sup>5</sup>. A possibilidade de transmissão por transfusão sanguínea tornou-se mais rara ao longo dos anos devido ao controle das bolsas de sangue dos hemocentros e pelo reduzido tempo em que o *treponema* sobrevive fora do organismo <sup>3,4,5</sup>.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil), através da Portaria nº. 33, de 14 de julho de 2005 incluiu doenças à relação de notificação compulsória, definiu agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional (Diário Oficial da União 15 jul 2005;Seção 1). Já em relação a sífilis congênita, a notificação compulsória se faz desde 1986, demonstrando o quanto é importante a prevenção primária ou secundária desta patologia na gestante para não causar desfechos graves nos fetos, como abortamento, óbito fetal e morte neonatal em 40% dos conceptos infectados ou o nascimento de crianças com sífilis. Por isso, os dados das notificações são extremamente importantes para as autoridades sanitárias identificarem territórios de saúde com elevada incidência e assim, criarem planejamento de estratégias que visam diminuir o número de casos e implantar medidas para prevenção primária.

### 1.3 Classificação.

Pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2016, p.90-91), a sífilis é classificada como:

- **Sífilis primária:** após o contato sexual infectante, ocorre um período de incubação com duração entre 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma erosão ou úlcera no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). É denominada “cancro duro” e é geralmente única, indolor, com base endurecida e fundo limpo, sendo rica em treponemas. Geralmente é acompanhada de linfadenopatia inguinal. Esse estágio pode durar entre duas a seis semanas e desaparecer de forma espontânea, independentemente de tratamento.

- **Sífilis secundária:** os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção e duram em média entre quatro e 12 semanas; porém, as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até dois anos. No entanto, a sintomatologia pode desaparecer de forma espontânea em poucas semanas, independentemente de tratamento. As lesões secundárias são ricas em treponemas. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis 91 generalizada. Mais raramente, observam-se comprometimento hepático e quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral como uveíte. Merece destaque o fato de as lesões de pele do secundarismo não serem pruriginosas, o que auxilia no diagnóstico clínico. Nesse estágio, há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e também implicam resultado reagente nos testes treponêmicos.

- **Sífilis latente:** período em que não se observa sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção. Diante de um indivíduo com diagnóstico confirmado, em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada), trata-se como sífilis latente tardia.

- **Sífilis terciária:** ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, podendo surgir entre dois a 40 anos depois do início da infecção. A sífilis terciária é considerada rara, devido ao fato de que a maioria da população recebe indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *T. pallidum* e que levam à cura da infecção. Quando presente, a sífilis nesse estágio manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais.

#### 1.4 Diagnóstico

Toda gestante deve ser testada, no mínimo, duas vezes para sífilis durante o pré-natal. Uma no primeiro trimestre de gravidez, logo no momento do diagnóstico de gravidez e a segunda no terceiro trimestre. A parceria sexual também deve ser testada. Além disso, é obrigatória a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade<sup>14</sup>, ou em caso de abortamento. A utilização dos testes rápidos nas maternidades auxilia na otimização de leitos devido sua rapidez de resultado, evitando o tempo de espera de um teste não treponêmico. Na gestação, tanto no pré-natal quanto na hora do parto, cada serviço pode optar por um fluxo que se faz mais conveniente, de acordo com a disponibilidade de testes laboratoriais, profissionais capacitados para a realização dos mesmos e infraestrutura do laboratório<sup>4</sup>.

Para auxiliar no diagnóstico da sífilis, há duas categorias de exames: exames diretos e testes imunológicos. Para a pesquisa direta do treponema, exame definitivo para o diagnóstico da sífilis, a microscopia de campo escuro é uma opção. Quando não há possibilidade do exame direto, pode ser lançado mão dos testes imunológicos, que dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos, e na prática, são os mais utilizados.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (2016, p.93-94):

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a

confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Exemplos de testes treponêmicos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês T. pallidum Haemagglutination Test); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption); quimioluminescência (EQL, do inglês Electrochemiluminescence); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay); testes rápidos (imunocromatográficos).

Os testes rápidos são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital.

E os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do T. pallidum, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, porquanto a queda do título é indicação de sucesso terapêutico. Exemplos de testes não treponêmicos com metodologia de floculação: VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory), RPR (do inglês Rapid Test Reagin) e TRUST (do inglês Tolidine Red Unheated Serum Test). O VDRL baseia-se em uma suspensão antigênica composta por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e utiliza soro inativado como amostra. O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos (< 1:4), que podem persistir por meses ou anos. Nesses casos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser tratada. As amostras com títulos elevados podem apresentar resultados falso-negativos quando triadas sem uma diluição adicional (1:8 ou 1:16), devido ao "fenômeno prozona". Esse fenômeno consiste na falta de reatividade do teste realizado em uma amostra que, embora contenha anticorpos não treponêmicos, apresenta resultado não reagente quando é testada sem diluir. Decorre da relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica, gerando resultados falso-negativos. Resultados falso-positivos também podem ocorrer, pois as reaginas podem surgir em outras patologias (ex.: doenças reumáticas, gestação, drogadição). Por isso, para a confirmação do diagnóstico da sífilis, é necessária também a realização de um teste treponêmicos

Para o diagnóstico de sífilis gestacional recomenda-se a realização de um teste treponêmico e um não treponêmico <sup>4</sup>. Sendo assim, a associação mais utilizada no município de Vitória é a do teste rápido para sífilis e do VDRL.

Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Para fins de definição, os casos de sífilis em gestantes são considerados em mulheres assintomáticas com apenas um teste reagente, sem registro de tratamento prévio e, em caso de dois testes reagentes, independentemente de tratamento prévio e sintomatologia; em gestantes sintomáticas, a definição do caso poderá ser feita com apenas um teste, treponêmico (com qualquer titulação) ou não treponêmico.

Para mulheres diagnosticadas com sífilis após a segunda metade da gravidez, deve-se incluir no acompanhamento a realização de exame ultrassonográfico de avaliação fetal para sífilis congênita. Elas devem ser orientadas a procurar imediatamente atendimento obstétrico em caso de febre, contrações ou diminuição dos movimentos fetais devido aos riscos de parto prematuro ou sofrimento fetal <sup>15</sup>.

### **1.5 Tratamento**

Na gestação, o tratamento com penicilina G é a única terapia considerada eficaz para prevenir a transmissão materna ao feto e para tratamento fetal e, além disso, há evidência de que os benefícios suplantam o custo e o risco de sua aplicação <sup>14</sup>. Para gestantes comprovadamente alérgicas a penicilina, recomenda-se dessensibilização, em serviço terciário, de acordo com protocolos existentes. É o mesmo tratamento para a sífilis adquirida <sup>15</sup>.

Para sífilis primária, secundária e latente recente, deve ser feito penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Para sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas (dose total de 7,2 milhões UI). Após o tratamento, deve ser feito o acompanhamento mensal da gestante com teste não treponêmico para avaliar eficácia do mesmo.

É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do

tratamento (ex.: se o título da amostra era de 1:32 e cai para 1:8 após três meses ou se era de 1:32 e cai para 1:4 após seis meses). As gestantes que perdem alguma dose da terapêutica devem repetir todo o curso de doses desde o início <sup>15</sup>.

## **2 OBJETIVOS**

Descrever o perfil epidemiológico das pessoas que foram notificadas para sífilis gestacional, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, na Unidade de Saúde da Família de Consolação, Vitória-ES.

Sugerir estratégias de intervenção local baseadas em evidências científicas com vistas ao enfrentamento dos problemas identificados em relação à incidência de sífilis gestacional no território adscrito da Unidade de Saúde.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo observacional e descrito do tipo transversal de caracterização do perfil de pessoas diagnosticadas com sífilis gestacional em determinado período de tempo em uma Unidade de Saúde da Família de Vitória-ES.

#### **3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Nesse estudo, são analisados dados dos prontuários e das fichas de notificação compulsória de todas as pessoas diagnosticadas com sífilis gestacional no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 residentes no território adscrito ou apenas atendidas na Unidade de Saúde da Família de Consolação, Vitória-ES.

Os prontuários das pessoas e as fichas de notificação compulsória são disponibilizadas na Rede Bem-Estar (RBE), que é um sistema informatizado desenvolvido pela gestão da saúde de Vitória-ES para agregar os prontuários do paciente, fichas de notificação e demais documentações da Vigilância em Saúde, sistema de gestão da assistência farmacêutica e mecanismos de comunicação entre os atores envolvidos na prestação de cuidados em saúde aos munícipes.

#### **3.3 LOCAL DO ESTUDO**

Unidade de Saúde da Família Maria Rangel dos Passos, conhecida também como Unidade de Saúde da Família de Consolação, em Vitória – ES. Esta unidade de saúde está localizada em uma das regiões administrativas do município (Região Administrativa de Maruípe) e atende a população residente nos bairros Consolação, Gurigica (Jaburu, Floresta), Horto e São Benedito. No total, são 14.144 pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (Rede Bem Estar) que residem neste território, e se dividem em 4.326 famílias, sendo destas quase 30% consideradas de alto risco pela escala adotada pelo município de Vitória e 87% são inscritas no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único). Além disso, 94% da população são SUS dependentes. Na unidade de saúde, funcionam 06 equipes de saúde da família, que cobrem 100% da população local.



Importante frisar que esta Unidade de Saúde já discute a problemática das preocupantes taxas de incidência de sífilis há algum tempo. Por exemplo, foi discutido, em colegiado gestor, algumas medidas para enfrentamento à sífilis na unidade de saúde de Consolação. As decisões tomadas neste espaço coletivo foram: a realização, no momento do diagnóstico da gravidez, de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites e tratamento imediato em caso de positividade; preenchimento da ficha de notificação em todos os casos diagnosticados; prioridade para gestantes nas consultas de rotina; no caso do diagnóstico ser feito por médico ou enfermeiro que não o da equipe da paciente, haverá sinalização à equipe para que dê prioridade a essa gestante; garantir tratamento concomitante do parceiro. Além disso, existe um livro de monitoramento do tratamento de sífilis, seja adquirida ou gestacional, com intuito de garantir a aplicação da penicilina G benzatina, no tempo de doses corretos e, assim, reduzir a chance de transmissão tanto vertical quanto horizontal.

### 3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Mulheres de 15 a 43 anos diagnosticadas com sífilis gestacional ou reincidência de sífilis na gestação atendidas na Unidade de Saúde da Família de Consolação, em Vitória – ES.

### 3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Idade, trimestre gestacional da notificação, cor, escolaridade, prescrição de tratamento, tratamento do parceiro concomitante ao da gestante, solicitação de exame laboratorial (teste rápido para sífilis e VDRL), motivo do não tratamento do parceiro.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo compreende a utilização de estatística simples e descritiva dos valores encontrados para cada variável analisada com vistas à produção de um perfil epidemiológico das mulheres incluídas no estudo.

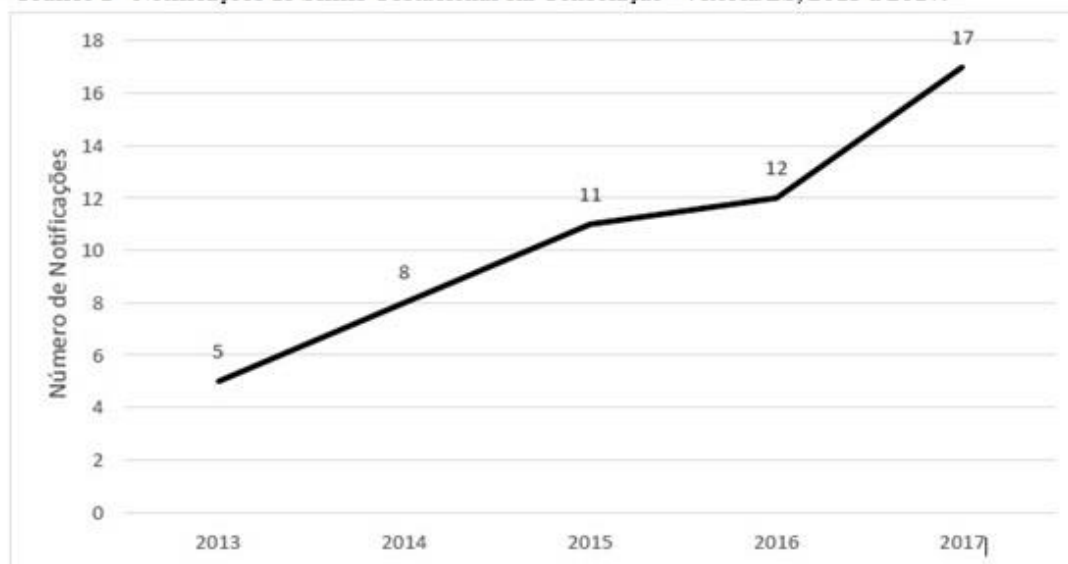
### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo não tem como objetivo gerar publicação científica em revista indexada, servindo para utilização do próprio serviço com vistas a planejamento local e melhoria da qualidade do cuidado prestado à população, bem como de trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Espírito Santo. Neste sentido, dispensa-se tramitação em Comitê de Ética. Contudo, a médica residente responsável pelo estudo, que também atua como médica assistente da população estudada, seguiu todos os procedimentos éticos preconizados para o manuseio de registros médicos, garantindo o sigilo e a privacidade dos dados utilizados no trabalho. Nenhuma informação que possa identificar algumas das pacientes estudadas foi ou será divulgada publicamente e o trabalho não terá qualquer impacto negativo na integridade física e psíquica das mulheres cujas informações são analisadas. O trabalho visa a melhoria da qualidade do cuidado prestado à população, bem como a formação de uma médica em Medicina de Família e Comunidade, trazendo importantes benefícios à população direta ou indiretamente. Por fim, afirma-se que as pessoas não foram contatadas pessoalmente, não sofreram qualquer interferência no acesso e no acompanhamento na unidade de saúde e não receberam ou pagaram qualquer quantia em espécie durante a realização do trabalho.

#### 4 RESULTADOS

Conforme as fontes de dados consultadas, houve 53 notificações de sífilis gestacional via Rede Bem-Estar durante o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Dessas 53 notificações, 3 são de pacientes com reinfecção de sífilis gestacional, o que representa uma taxa de 6% de reinfecção. A progressão crescente dos casos notificados é visível: em 2013, foram 5 casos notificados, sendo que em 2017 foram 17 casos, refletindo um aumento de 240% nas notificações. Além disso, é percebido um aumento de 41% de notificações de 2017 em relação ao ano anterior (Gráfico 1).

**Gráfico 1 - Notificações de Sífilis Gestacional em Consolação - Vitória/ES, 2013 a 2017.**



Fonte: Rede Bem-Estar, Vitória-ES.

A idade das pacientes variou de 15 a 43 anos, com média de 24 anos. Em relação à idade gestacional da notificação, menos da metade das notificações aconteceu no primeiro trimestre (41,5%) e 9,5% das informações foram ignoradas. Se considerarmos o primeiro e segundo trimestres, as notificações representam 77,84%. Das 50 pacientes com notificação de sífilis gestacional, 88% são consideradas negras ou pardas, apenas 4 (8%) conseguiram completar o ensino fundamental e 2 (4%) completaram o ensino médio. Nenhuma delas possui ensino superior completo. Para a escolaridade, em 16 casos (32%) a informação foi ignorada.

Em quase 80% dos casos, houve solicitação do teste não treponêmico VDRL durante o pré-natal. Em 11,32% (n=6) dos casos, a informação foi ignorada, em 6 pacientes o teste não foi realizado. Em relação ao teste treponêmico (teste rápido), em 37,73%

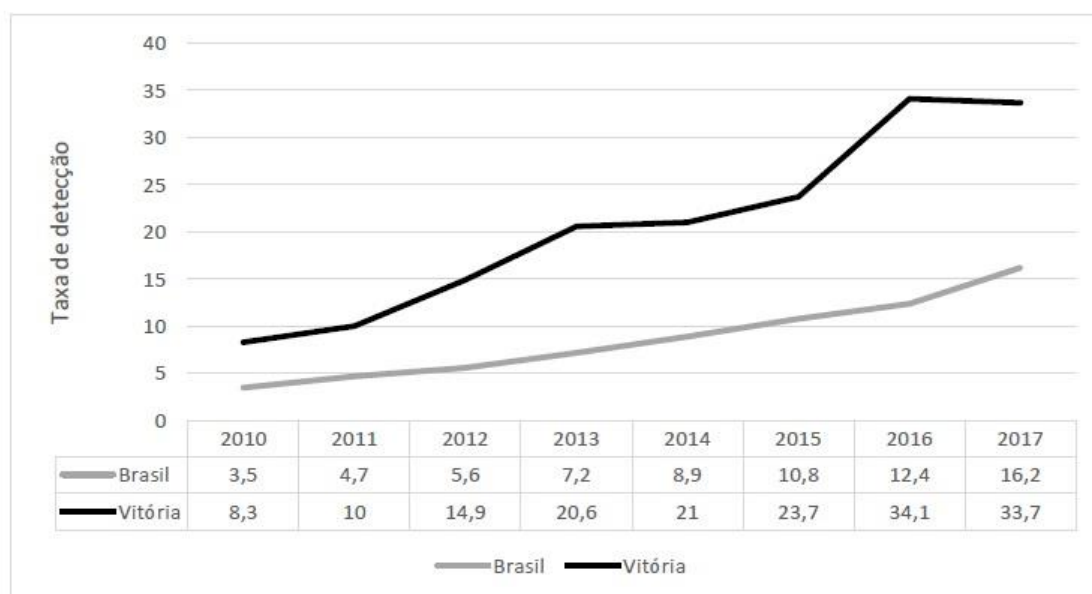
(n=20) dos casos ele não foi realizado. Em contrapartida, em 47,16% (n=25) dos casos houve realização do mesmo, e 8 foram registrados como ignorado.

Quanto ao tratamento prescrito à gestante, em apenas 1 caso dos 53 (1,9%) não houve prescrição de nenhuma medicação. Vale ressaltar que a penicilina benzatina está sempre disponível nas unidades de saúde de Vitória, resultado de esforços pela prefeitura em garantir o tratamento correto e eficaz às pacientes, mesmo em momentos que, a nível nacional, houve desabastecimento da medicação. Já em relação ao parceiro, 43,39% deles não receberam tratamento concomitante ao da gestante e 45% daqueles que não receberam tratamento o motivo foi a situação de não mais contato da gestante com o parceiro e 25% o motivo foi o não comparecimento do parceiro a unidade de saúde, apesar da prescrição e convocação do mesmo. Cabe ressaltar que 3 gestantes se encontravam em situação de rua no momento do diagnóstico.

## 5. DISCUSSÃO

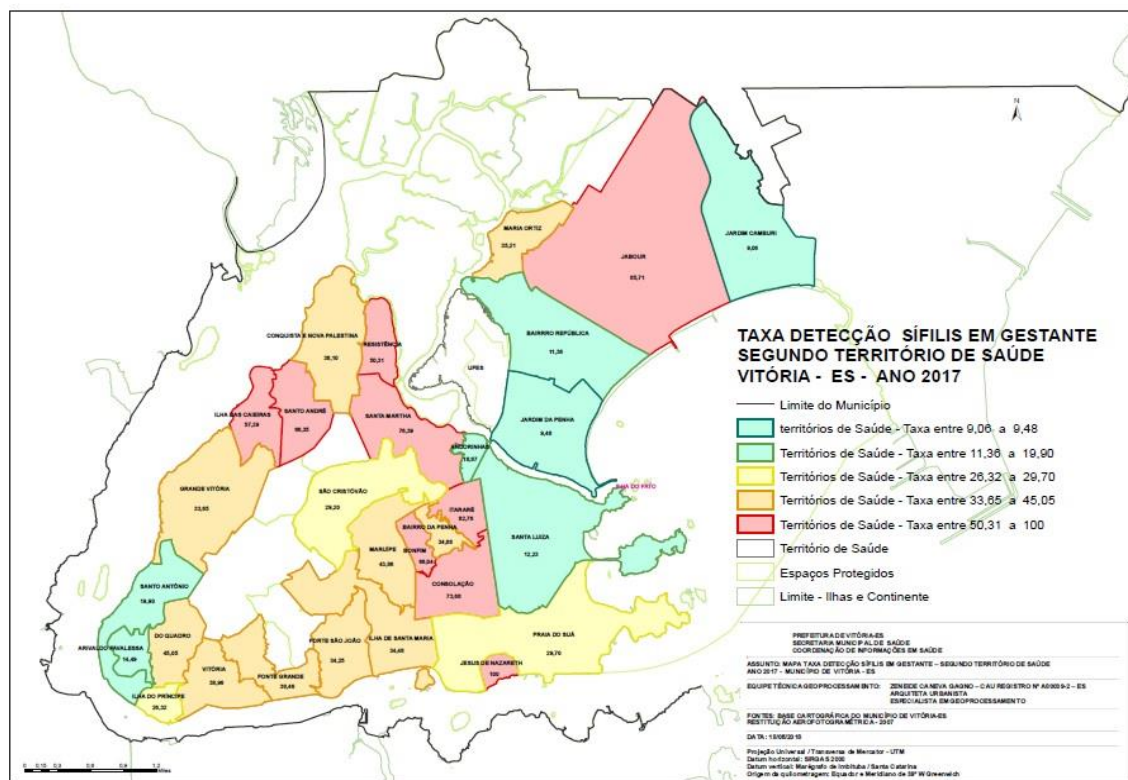
Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, a elevação da taxa de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentou cerca de 125% nos últimos cinco anos no Brasil, passando 7,2 em 2013 para 16,2 casos por mil nascidos vivos em 2017<sup>10</sup>. A capital Vitória seguiu essa tendência, com aumento na taxa de detecção de sífilis gestacional de 8,3 casos/mil n.v em 2010 para 33,7 casos/mil n.v em 2017<sup>10</sup>, ocupando o terceiro lugar dentre as capitais com maior taxa de detecção de sífilis em gestantes, superando a média nacional que foi de 16,2 em 2017 (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Taxa de detecção de sífilis na gestação – Vitória e Brasil, 2010-2017.**



Fonte: Ministério da Saúde (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>).

O território de Consolação, onde está localizada a unidade de saúde em estudo, possui uma taxa de detecção de sífilis em gestante muito superior ao de Vitória e do Brasil, com 73,68 casos/ mil n.v em 2017, ocupando o quinto lugar dentre os territórios de saúde de Vitória, demonstrando a necessidade de intervenção rigorosa e ativa nesse território<sup>13</sup> (Figura 1).



Outro dado que chama atenção é o aumento de 41% de notificações de 2017 em relação ao ano anterior, o que pode ser explicado pela mudança de definição da sífilis gestacional que, em 2017, passou a abranger mulheres diagnosticadas com sífilis durante não só o pré-natal e parto, como também no puerpério <sup>11</sup>.

Quanto ao período gestacional de diagnóstico da sífilis gestacional, 41,5% foram feitos no primeiro trimestre, estando acima da análise feita em 2017 com a população brasileira – de 39,9% (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>), o que pode ser melhorado pois é sabido que quanto maior a exposição do feto a doença materna, maiores as chances de infecção fetal. Os dados tidos como ignorados representam 9,43% para esse quesito, refletindo no preenchimento incompleto da ficha de notificação que, se feito de maneira correta, pode mensurar a realidade da assistência quanto à rapidez no diagnóstico não só de sífilis, mas de outras doenças.

A baixa escolaridade está associada a um risco três vezes maior da mulher ter VDRL positivo <sup>16</sup>. Isso é evidenciado no presente estudo, em que apenas 8% das pacientes concluíram o ensino médio. Logo, incentivar discussões sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis nas escolas o mais precocemente e promover a diminuição da evasão

escolar, o que já é realidade em Vitória, pode contribuir para reduzir casos de sífilis gestacional. De acordo com Gerência de Planejamento e Avaliação da Educação (Geplan/Seme) do município, em 2005, a evasão era de 3% entre estudantes do ensino fundamental e em outubro de 2018, de 1%. A previsão é de que em 2020 seja de 0,5%.

Por outro lado, não atingir a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de seis ou mais consultas de pré-natal é considerado fator de risco para sífilis, o que reforça a necessidade de busca ativa da paciente em caso de falta às consultas de pré-natal para garantir um acompanhamento de qualidade e fazer diagnósticos o quanto antes e disponibilizar o tratamento e evitar a transmissão materno-fetal<sup>8,16</sup>.

Na população estudada, quase 17% das mulheres já não tinham mais contato com o pai do bebê ainda durante o pré-natal, o que pode revelar um comportamento sexual arriscado pela rotatividade de parceiros, que é fator de risco para sífilis<sup>8</sup> ou fragilidade na constituição familiar na população estudada, revelando relações instáveis. Portanto, orientar meninas sobre práticas de sexo seguras e dos riscos inerentes ao elevado número de parceiros sexuais é importante no combate a sífilis. Além disso, a presença do parceiro no pré-natal e o tratamento adequado, em caso de positividade para a doença, são necessários para evitar a reinfecção durante a gravidez. Diante disso, Pao e Bingham<sup>17</sup> sugerem que a notificação do parceiro deveria ser obrigatória quando se almeja o controle da doença.

A não realização de teste rápido em 37,73% dos casos reflete a perda de oportunidade dos serviços de saúde quanto à detecção precoce da sífilis e seu tratamento imediato afim de interromper a possibilidade de transmissão materno-fetal da sífilis e seus possíveis desfechos ao feto.

Diante do quadro preocupante, não só a nível local, é necessário maior rigor no acompanhamento e manejo do pré-natal. Seja na descoberta precoce da gravidez, realização de exames preconizados pelo MS em épocas corretas, busca ativa de pacientes que não estão comparecendo regularmente ao pré-natal, prioridade quanto a vagas de consultas para gestantes, realização sistemática do pré-natal do parceiro, convocação e monitoramento do mesmo à unidade de saúde caso seja necessário tratamento, acompanhamento mensal das gestantes para verificar sucesso de tratamento, e em caso de viragem sorológica, novo ciclo de aplicações da medicação, incentivar a participação das pacientes no grupo de gestantes, firmar parceria com escolas locais e

projetos sociais para debate sobre as IST's, incentivar a prática sexual segura em consultas de rotina com adolescentes, preenchimento correto da ficha de notificação.

Além disso, há esforços a nível nacional para controle da epidemia da sífilis. 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), desenvolveu uma Agenda de Ações Estratégicas para Redução da sífilis no Brasil <sup>12</sup>, finalizada em 2017, que contempla 100 municípios prioritários, que correspondem a aproximadamente 65% dos casos de sífilis do país, incluindo Vitória, e estabelece um rol de prioridades visando à qualificação da atenção à saúde para prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis.

Da mesma forma, em 2017, foi lançado o Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita, pelo governo do estado do Espírito Santo, afim de reduzir o número de casos de sífilis congênita para 0,5/mil n.v até 2019, assim como preconiza o Ministério da Saúde<sup>9</sup>, tendo como um dos objetivos a interrupção da cadeia de transmissão vertical da sífilis. Parte das ações previstas se baseia na melhoria da assistência ao pré-natal.

Localmente, há necessidade de intensificar o pré-natal do parceiro e da busca ativa do mesmo. Porém, por ser um território cercado pela violência e tráfico, muitos parceiros ficam impossibilitados de circular, o que pode explicar o baixo comparecimento deles à unidade de saúde. Este fato soma-se aos já citados: fragilidade dos laços familiares, dificuldade de acesso à unidade de saúde em horário de trabalho e violência urbana. A ficha de notificação é outra questão que necessita melhoria, sendo que seu preenchimento completo deve ser incentivado para, ao ser analisado, evidenciar a real situação da população em estudo.

Este trabalho possui algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, que não permite análises mais robustas com fins de identificação de relações de causa-efeito. Além disso, variáveis sociais e demográficas importantes não foram possíveis de serem acrescentadas à descrição da população por problemas de fonte de dados, já que o prontuário do paciente é limitado em seu potencial de fornecimento de informações. Além disso, destaca-se o fato da ficha de notificação apresentar falhas, com alta proporção de campos preenchidos como ignorado, o que prejudica sobremaneira análises e planejamento local das intervenções.



## 6. CONCLUSÃO

Diante da situação problemática do crescimento dos casos de sífilis gestacional no território de Consolação – e, com ela, a possibilidade de desfechos adversos ao feto, se faz necessário implementar ações em relação ao cumprimento das doses necessárias para o adequado tratamento, tanto pela gestante, quanto pela parceria, já que nem a disponibilidade da penicilina benzatina e nem a prescrição adequada por parte dos profissionais de saúde se configuram como obstáculos.

Por isso, nesse trabalho sugere-se que a USF fortaleça suas ações de busca ativa dos casos, monitoramento da situação de saúde e da adesão ao tratamento por estas pessoas e de suas parcerias, de preenchimento correto das fichas de notificação e análise das informações locais com o objetivo de qualificar o planejamento das ações. Desta forma, a unidade de saúde contará com informações atualizadas e confiáveis sobre a situação epidemiológica do território e se aproximará das famílias, mantendo vínculo e aumentando a probabilidade de cura e interrupção da cadeia de transmissão da doença.

A USF Consolação já realiza estas ações em certa medida, cabendo à gestão equalizar melhor a dimensão da população atendida pelas equipes de saúde e organizar os processos de trabalho para tal. Na unidade de saúde, há uma experiência que merece ser destacada e que pode contribuir para o monitoramento do tratamento das gestantes e suas parcerias. Já há algum tempo existe um livro de registro e acompanhamento dos pacientes que estão em tratamento para sífilis. Este livro é manuseado pelos médicos e pelo farmacêutico do serviço, sendo atualizado à medida que as consultas e dispensação de penicilina ocorre. Desta forma, as falhas de acompanhamento e adesão ao tratamento podem ser identificadas em tempo oportuno e a busca ativa ser disparada. Qualificar esse processo pode ser a estratégia que garantirá este monitoramento sugerido aqui.

A parceria também deve ser priorizada, realizando o pré-natal do parceiro para identificar casos positivos de sífilis, efetivar o tratamento e diminuir a possibilidade de transmissão à gestante. Há também que ser intensificado, nas escolas e nos espaços da assistência à saúde, o conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis e sobre os riscos de uma relação sexual sem proteção. Portanto, será necessária uma somatória de esforços para o combate à sífilis gestacional.

## REFERÊNCIAS

1. Belda JW, Shiratsu R, Pinto V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. An. Bras. Dermatol. 2009;84(2):151-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000200008>.
2. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An. Bras. Dermatol. 2006;81(2):111-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>.
3. Benzaken AS. Detecção de sífilis adquirida em comunidades de difícil acesso da região Amazônia: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos. Manaus: Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Paula CG. Sífilis: a importância investigatória e sua cadeia de transmissão. Relato de experiência em estratégia de saúde da família. 2015. Dissertação (Mestrado em Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente) - Universidade Católica de Pelotas.
7. Almeida VC, Donalisio MR, Cordeiro R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. Rev Saúde Publica. 2017;51(64). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006432>.
8. Macedo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Rev Saude Publica. 2017;51(78). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>.
9. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Cad. Saúde Pública. 2012;28(3):490-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>.
10. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros [internet]. Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis, Volume 49 nº 45. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
13. Vitória. Secretária Municipal de Saúde. Diagnóstico situacional de saúde do município de Vitória/ES: atualização da Mortalidade Infantil, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, Versão preliminar, 2018. Vitória: SEMUS; 2018.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
15. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2015;64(3).
16. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):168–75.
17. Pao D, Goh BT, Bingham JS. Management issues in syphilis. Drugs. 2002;62(10):1447-61. <https://doi.org/10.2165/00003495-200262100-00003>.