

DIAGNÓSTICO E ADESÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE CAÇADOR – SC

Recebido em: 25/04/2023

Aceito em: 29/05/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i5.2023-069

Juliana Floss¹

Victória Catarina Consoli Webber²

Maria Aparecida Marques Habermann³

Lincon Bordignon Somesi⁴

RESUMO: A sífilis é uma doença infectocontagiosa, tendo a via sexual como a principal via de transmissão, mas podendo ser por via sanguínea e transplacentária. Apresenta-se, também, como gestacional e congênita, além das suas formas clínicas – primária, secundária, terciária, latente recente e latente tardia – que auxiliam no tratamento. Objetivo: analisar a relação entre o diagnóstico e adesão do tratamento adequado na sífilis gestacional. Metodologia: Tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva com uma abordagem quantitativa. As variáveis foram obtidas através das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da sífilis gestacional e congênita e dos prontuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Central no município de Caçador-SC no do período de 2018 a 2022. Os dados foram dispostos em tabelas e a análise realizada por meio da frequência relativa e absoluta. Resultados: Foram analisadas 61 mulheres com sífilis gestacional e 4 recém-nascidos com sífilis congênita. Destas, 58 realizaram o tratamento, sendo os casos mais frequentes em mães de 21 a 25 anos. Observou-se que 93,10% das crianças notificadas tiveram o teste não treponêmico não reagente. Conclusão: houve baixa incidência de sífilis congênita, porém, elevado número de parceiros não tratados, o que reforça a importância da assistência no pré-natal para prevenção e seguimento do tratamento correto.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Gestacional; Pré-natal; Tratamento.

DIAGNOSIS AND ADERENCE TO THE TREATMENT OF GESTATIONAL SYPHILIS IN A UBS IN THE MUNICIPALITY OF CAÇADOR – SC

ABSTRACT: Syphilis is an infectious and contagious disease, having the sexual route as the main route of transmission, but it can also be via blood and transplacental. It is also presented as gestational and congenital, in addition to its clinical forms – primary, secondary, tertiary, recent latent and late latent – which help in the treatment. Objective: to analyze the relationship between diagnosis and adherence to adequate treatment in gestational syphilis. Methodology: It was a descriptive, exploratory, and retrospective research with a quantitative approach. The variables were recorded through the records

¹Graduanda em Medicina. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP).

E-mail: juliana_floss@hotmail.com

² Graduada em Medicina. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP).

E-mail: vicatarinacw@gmail.com

³ Mestranda em Desenvolvimento e Sociedade. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP).

E-mail: mariapediatra10@gmail.com

⁴ Doutor em Ciências Farmacêuticas. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP).

E-mail: lincon.bordignon@uniarp.edu.br

of the Notifiable Diseases Information System (SINAN) of gestational and congenital syphilis and the medical records of the Central Basic Health Unit (UBS) in the municipality of Caçador-SC in the period from 2018 to 2022. The data were prescribed in tables and the analysis performed through relative and absolute frequency. Results: 61 women with gestational syphilis and 4 newborns with congenital syphilis were pregnant. Of these, 58 underwent treatment, with the most frequent cases in mothers aged 21 to 25 years. Note that 93.10% of the notified children had non-reactive non-treponemal test. Conclusion: there was a low incidence of congenital syphilis, however, a high number of untreated partners, which reinforces the importance of prenatal care for prevention and following the correct treatment.

KEYWORDS: Gestational Syphilis; Prenatal; Treatment.

DIAGNÓSTICO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL EM UNA UBS DEL MUNICIPIO DE CAÇADOR-SC

RESUMEN: La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, teniendo la vía sexual como principal vía de transmisión, pero también puede ser vía sanguínea y transplacentaria. También se presenta como gestacional y congénita, además de sus formas clínicas - primaria, secundaria, terciaria, latente reciente y latente tardía- que ayudan en el tratamiento. Objetivo: analizar la relación entre el diagnóstico y la adherencia al tratamiento adecuado en la sífilis gestacional. Metodología: Fue una investigación descriptiva, exploratoria y retrospectiva con enfoque cuantitativo. Las variables fueron obtenidas a través de los registros del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN) de sífilis gestacional y congénita y de las historias clínicas de la Unidad Básica Central de Salud (UBS) del municipio de Caçador-SC en el período de 2018 a 2022. datos se organizaron en tablas y el análisis se realizó mediante frecuencia relativa y absoluta. Resultados: Se analizaron 61 mujeres con sífilis gestacional y 4 recién nacidos con sífilis congénita. De estos, 58 recibieron tratamiento, siendo los casos más frecuentes en madres de 21 a 25 años. Se observó que el 93,10% de los niños notificados tenían prueba no treponémica no reactiva. Conclusión: hubo baja incidencia de sífilis congénita, sin embargo, alto número de parejas no tratadas, lo que refuerza la importancia del control prenatal para la prevención y seguimiento del correcto tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Sífilis Gestacional; Prenatal; Tratamiento.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis se caracteriza como uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* e integra o grupo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) por ser transmitida, principalmente para a mulher, pela via sexual e transfusão sanguínea, e para o feto pela via vertical durante a gestação de uma mãe contaminada. Pode apresentar-se como Sífilis Gestacional (SG) quando diagnosticada durante o pré-natal e Sífilis Congênita (SC) quando transmitida da mãe para o feto por via transplacentária ou no parto, sendo detectada nas primeiras horas de vida do recém-nascido. Nesse sentido, analisar essa população gestante e seus companheiros, se torna fundamental para

investigar as causas do não tratamento e prevenir o ciclo de transmissão da sífilis, assim evitando agravos para a mãe e para o bebê. (GUERRA et al., 2017; FAVERO et al., 2019).

Considerando que a SG pode causar a SC, pela transmissão vertical, apresenta a possibilidade de ocasionar sequelas ao recém-nascido, é necessário, durante o período de pré-natal, a realização de, pelo menos, dois testes rápidos sendo um na primeira consulta e o outro no início do terceiro trimestre de gestação, entre a 26^a e a 31^a semana, para que o tratamento seja realizado a tempo. Durante o diagnóstico da sífilis gestacional, além do tratamento materno, é de extrema relevância o tratamento do parceiro para o controle da infecção (GARBIN et al., 2021; DA SILVA et al., 2019).

O tratamento da sífilis continua sendo com a Penicilina, desde 1943 quando utilizada pela primeira vez para tal finalidade, pelo John Mahoney em um Serviço de Saúde Público dos Estados Unidos (USPHS). Quando a paciente apresenta alergia, possui uma predileção para a dessensibilização à penicilina. Sendo assim, o tratamento eficaz pode ser acompanhado através da realização dos testes de diagnóstico, que se apresentarem uma diminuição de 4 ou mais vezes no título corresponde a adequado, ao contrário, se for um aumento de 4 vezes entre 6 a 12 meses propõe uma reinfecção ou recidiva. Somente é considerado o tratamento como adequado da sífilis gestacional se realizado com Penicilina e em até 30 dias antes do parto (LAFETÁ et al., 2016; PUCCIO et al., 2019).

No Brasil, a continuação da sífilis como problema de saúde pública é um desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças da Atenção Primária à Saúde (APS) com as novas modalidades de financiamento, considerando que além da limitação de acesso, há aumento da desigualdade, que gera impacto no manejo da sífilis. No Boletim Epidemiológico de 2022, o cenário brasileiro de sífilis apresenta uma taxa crescente de SG, porém com menor velocidade no período de 2018 a 2022, e, a SC as taxas apresentam um aumento até 2018, mas com um declínio significativo, de 5,2% entre 2018 a 2020, seguido de uma elevação de 14,6% nos anos de 2020 e 2021. O constante crescimento desses índices pode estar relacionado com o acesso aos testes rápidos, a melhora na notificação dos casos, a menor utilização de preservativos, a redução na adesão ao tratamento, a desinformação, a vulnerabilidade, e, também a qualidade do pré-natal (RONCALLI et al., 2021; BRASIL, 2022).

Com base nas taxas crescentes da SG e nos fatores relacionados ao ciclo de transmissão (RONCALLI et al., 2021; BRASIL, 2022), é de extrema importância conhecer o perfil dessas gestantes e dos bebês infectados, para assim identificar as lacunas presentes no tratamento da gestante e do parceiro, que comprometem o controle da infecção. Essas informações podem contribuir para realização de ações preventivas e de combate a SG e SC.

Nesse sentido, a partir da análise dos dados, o atual estudo teve como objetivo conhecer a relação entre o diagnóstico e a adesão do tratamento adequado na sífilis gestacional em uma UBS do município de Caçador-SC.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis se caracteriza como uma IST's, que apresenta como agente etiológico a bactéria Gram-negativa denominada *Treponema pallidum*, a transmissão da infecção ocorre por relação sexual desprotegida, por meio de contato com as lesões e, raramente, por transfusão sanguínea (ANDRADE et al., 2018). Além disso, a sífilis apresenta a transmissão vertical, também chamada de SC, no qual o feto é infectado por via transplacentária pela disseminação da bactéria na via hematogênica (KIRIENCO et al., 2022).

A infecção é dividida como primária, secundária, terciária e latente, de acordo com o período de evolução desde o momento da exposição à bactéria. A sífilis primária é caracterizada pela lesão inicial, o cancro duro, tendo o seu desenvolvimento do momento de exposição até aproximadamente 21 dias e regride de forma espontânea entre 30 a 35 dias. Em um período após 6 a 8 semanas da infecção, a doença retoma por um curto período de 14 a 42 dias e apresenta-se como roséola sífilítica, principalmente, em regiões palmares e plantares, o que caracteriza a sífilis secundária. Quando não há o tratamento efetivo, a infecção evolui para a sífilis terciária que apresenta lesões caracterizadas por granulomas destrutivos, localizadas na pele e mucosas, atingindo outros órgãos e sistemas, como coração, fígado, músculos e sistema nervoso, apresentando um pior prognóstico. Enquanto a sífilis latente é caracterizada pelo não tratamento, pelo desaparecimento dos sintomas, e, então, a infecção se mantém oculta e pode se manter por até 20 anos (GUERRA et al., 2017; FAVERO et al., 2019; PUCCIO et al., 2019; AMARAL et al., 2021).

A SG foi incluída, pela Portaria n.33, de julho de 2005, na lista de doenças de notificação compulsória, uma vez que em mulheres não tratadas ou tratadas inadequadamente, pode acarretar a transmissão para o feto, mais frequentemente intrauterina, mas podendo ocorrer também no momento do parto. Presumindo os estágios da sífilis, a primária e a secundária são as que apresentam maior probabilidade de exposição fetal e consequências na gestação (BRASIL, 2022; DA SILVA et al., 2019).

Os protocolos de acompanhamento do pré-natal e da maternidade geram as notificações no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), e estes corroboram para gerar um Boletim Anual que demonstra a situação da doença em nosso país. O pré-natal pelo SUS constitui um plano de ações preventivas, promotoras, diagnósticas e curativas, que tem em comum o objetivo do melhor desfecho da gestação para a mãe e o feto. Desde 2012, a recomendação brasileira segue de no mínimo seis consultas, realização de testes de diagnóstico laboratorial e de exames de rotina, oferta de suplementos e tratamento para as patologias diagnosticadas, sendo todos registrados na Caderneta da Gestante. A não realização do pré-natal ou a realização incompleta se dá, principalmente, por questões de dificuldades ao acesso, problemas pessoais e sociais. Já as razões para o início tardio do pré-natal envolvem dificuldade de acesso, falta de informação, nível de baixa escolaridade, alto número de gestações, problemas pessoais, insatisfação, e até a razão de as primigestas não saberem que estão grávidas (VIELLAS, 2014; LEAL et al., 2020).

A SC é uma infecção de transmissão vertical (transplacentária) identificada no feto, pelo *Treponema pallidum*, sendo reconhecida como infecção de notificação compulsória no país, através da Portaria n. 542, de 22 de dezembro de 1986. Existe uma classificação que segue o aparecimento das manifestações clínicas, podendo ser precoce – quando ocorrem nos primeiros 24 meses de vida, ou tardia – quando ocorrem após os 24 meses. Deve-se considerar que a infecção pode causar complicações graves ao feto, como aborto, óbito fetal, sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas. No entanto, a transmissão transplacentária ou vertical é totalmente evitável, contando que a gestante tenha um diagnóstico precoce, pré-natal adequado e realize o tratamento corretamente (ANDRADE et al., 2018; DA SILVA et al., 2019; KIRIENCO et al., 2022).

A Rede Cegonha trata-se de um modelo de atenção implementado nos municípios de Santa Catarina entre 2012 e 2013, esse sistema tem como objetivo a ampliação do acesso ao pré-natal, ao acolhimento, à resolutividade e à redução de óbitos evitáveis em

mulheres e crianças. Um dos destaques de morbimortalidade tem sido a sífilis, que apesar de ser uma doença conhecida e com tratamento eficaz, seu controle ainda é um desafio, uma vez que as taxas de detecção têm aumentado nos últimos anos. Os profissionais da saúde devem estar capacitados para detectar manifestações clínicas e classificar os estágios da sífilis, assim como interpretar os resultados dos testes que são essenciais para controle do agravo, diagnóstico e monitoramento do tratamento. Além disso, é necessário buscar a comunicação efetiva com as parcerias sexuais para realização dos testes em momento apropriado (SANTA CATARINA, 2019).

O diagnóstico da sífilis é realizado através de testes treponêmicos para confirmação e não treponêmicos para triagem, sendo que os treponêmicos, ou teste rápido, são executados durante o pré-natal, na primeira consulta e no terceiro trimestre da gestação, também, é repetido durante o parto ou intercorrência gestacional. A existência de resultados falso-negativos podem advir em sífilis primária precoce, sífilis adquirida latente de longa duração e de sífilis congênita tardia, assim como resultados falso-positivos também podem ocorrer em casos de idade avançada, infecções virais (como EpsteinBarr, hepatite, varicela, caxumba, sarampo), linfoma, tuberculose, malária, endocardite, doenças autoimunes e inflamatórias (como artrite reumatóide, lúpus, vasculite, tireoidite, colite ulcerosa), abuso de drogas intravenosas e até por erro laboratorial. (PUCCIO et al., 2019; ROSA et al., 2020).

O tratamento da sífilis gestacional é executado com a Penicilina G Benzatina, considerada a única opção segura e eficaz para terapia adequada no período gestacional. O esquema de administração se baseia no estágio clínico da infecção, para a sífilis recente com menos de 2 anos de evolução (primária, secundária e latente recente) o tratamento é feito com 2,4 milhões UI, por via intramuscular em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Enquanto, que no caso da sífilis tardia, caracterizada por mais de 2 anos de evolução (latente tardia ou latente de duração ignorada e terciária) o esquema terapêutico é feito com 2,4 milhões UI, por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI. A administração da Penicilina Benzatina pode ser feita com segurança na APS, sendo que a probabilidade de reações adversas são muito raras. Segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC), a possibilidade de reação anafilática à administração de Penicilina Benzatina é de 0,002%. Por tanto, o atraso do tratamento da SG por receio das reações adversas pelos profissionais da saúde e pelas gestantes, tem contribuído para

manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive para sífilis congênita (BRASIL, 2012).

As taxas crescentes de casos de sífilis primária e secundária são de alerta devido aos índices de morbidade relacionados ao não tratamento e ao risco de SC, ainda que as taxas para IST's também tenham elevado. Em 2016, no Brasil, foram admitidos 37.436 casos de SG, no mesmo ano, 20.474 casos de SC, considerando em 2015-2016 o aumento de 4,7% dos casos de notificação de transmissão vertical. No ano de 2020, pelo SINAN, foram notificados 115.371 casos de sífilis, 61.441 casos de SG e 22.065 casos de SC, com taxa de incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos, 186 óbitos por SC e uma taxa de mortalidade de 6,5/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2022; ALMEIDA et al., 2021).

Em Santa Catarina no ano de 2016, a taxa de detecção de sífilis adquirida (77,8 casos por 100 mil habitantes) foi superior à média nacional (42,5 casos por 100 mil habitantes). O Estado ocupou a terceira colocação no ranking das maiores taxas de detecção (atrás dos estados do Rio Grande do Sul e Espírito Santo). Confirmando a tendência de aumento no número de casos notificados, em 2017 a taxa de detecção de sífilis adquirida atingiu 156,2 casos por 100 mil habitantes, de SG alcançou 17,3 casos por 1000 nascidos vivos e de SC 7,2 casos por 1000 nascidos vivos. No período compreendido entre 2010 e março de 2018, 6.967 gestantes foram diagnosticadas com sífilis e ocorreram 2.661 casos de SC, o que ocasionou 85 abortos e 122 natimortos. A SC é ainda mais preocupante, considerando que a criança pode nascer livre da sífilis se houver o tratamento adequado da gestante infectada (SANTA CATARINA, 2019).

3. METODOLOGIA

Tratou-se de um trabalho de pesquisa transversal, com uma abordagem quantitativa e retrospectiva. O levantamento dos dados e o diagnóstico situacional foi realizado através de uma pesquisa nos prontuários de atendimentos e nas fichas SINAN notificadas na UBS Central no município de Caçador – Santa Catarina, no período de 2018 a 2022.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2023 na Unidade Básica de Saúde Central, que engloba duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) representadas pelos bairros Centro e Bello. Os dados coletados foram divididos em três categorias: características maternas e gestacionais, características dos recém-nascidos e tratamento do parceiro. Foram utilizados como critérios de inclusão pacientes gestantes

cadastradas e que realizaram o pré-natal na UBS citada, e de exclusão pacientes não gestantes e gestantes não cadastradas e que não realizaram pré-natal na UBS citada.

Os dados obtidos foram inicialmente organizados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel versão 16.0 – Office 2310 e, posteriormente, analisados por meio de análise estatística descritiva quantitativa, utilizando estatística simples descritiva.

O projeto foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil com o parecer número 4.784.772 que averiguou todos os procedimentos éticos previstos pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos e somente depois da aprovação se iniciou o trabalho de coleta de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa contou com uma amostra total de 61 gestantes onde foram coletado dados do prontuário e das fichas SINAN, onde 17 pertenciam ao bairro Centro e 44 ao Bello. Essas duas regiões são bem localizadas geograficamente e de fácil acesso aos pacientes, com uma população com uma condição socioeconômica melhor, no total abrangem 2.970 cidadãos, sendo 870 pertencentes ao bairro do Centro e 2.100 ao Bello, considerando que os números são do último levantamento da população realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), em 2019.

Em se tratando das características pessoais das gestantes, apresentadas de acordo com a ESF (Tabelas 1) 37,7% (N=23) tinham idade de 21 a 25 anos, seguido de até 20 anos, que corresponde a 36,06% (N=22). Considerando os valores expostos, ambos os bairros possuem uma semelhança entre as idades mais acometidas. Essas gestantes adolescentes que compreendem entre 11 a 19 anos de idade merecem um olhar mais focado, visto que essa fase da vida é marcada por novas descobertas, incluindo a vida sexual, onde os jovens estão mais expostos a IST's devido a práticas sexuais desprotegidas, fator que colabora para maiores índices de contágio da sífilis (WALTZ et al., 2021).

Tabela 1 – Características das mulheres com sífilis na gestação no período de 2018 a 2022.

Características	Bairro Centro		Bairro Bello		Amostra Total	
	N* (17)	FR** (%)	N* (44)	FR** (%)	N* (61)	FR** (%)
Faixa etária (anos)	-	-	-	-	-	-
Até 20 anos	6	35,29%	16	36,36%	22	36,06%
21 a 25 anos	5	29,41%	18	40,91%	23	37,7%
26 a 30 anos	5	29,41%	9	20,46%	14	22,95%
≥ 31 anos	1	5,89%	1	2,27%	2	3,2%

Raça (autorreferida)	-	-	-	-	-	-
Branca	13	76,47%	25	56,51%	38	62,30%
Parda	4	23,53%	19	43,18%	23	37,70%
Escolaridade	-	-	-	-	-	-
Ensino médio incompleto	2	11,77%	4	9,09%	6	9,83%
Ensino médio completo	10	58,82%	31	70,46%	41	67,22%
Ensino superior incompleto	2	11,77%	6	13,63%	8	13,12%
Ensino superior completo	3	17,64%	3	6,82%	6	9,83%
Zona	-	-	-	-	-	-
Urbana	17	100%	40	90,91%	57	93,45%
Rural	0	0%	4	9,09%	4	6,55%

*N= Número de casos, **FR= Frequência relativa
 Fonte: os autores (2023).

Como observado na Tabela 1, 62,30% (N=38) das gestantes eram da raça branca, comparado com 37,70% (N=23) que eram pardas. Tais dados demonstram a prevalência da cor branca, ainda que, no Centro a porcentagem da cor parda tenha sido bem menor se comparado com o Bello, situação fundamentada pela colonização europeia no Estado. Porém, existem estudos divergentes sobre a etnia, segundo Padovani et al. (2018) a raça/cor não branca, juntamente com baixo nível de escolaridade e ausência de remuneração são variáveis que estão associadas a SG, porém quando observamos somente o espectro etnia, essa associação com a sífilis se torna insociável, pois o Brasil apresenta ampla miscigenação, segundo Rigo et al. (2021).

Observamos que das 61 gestantes, 47,22% (N=41) tinham escolaridade correspondente a ensino médio completo, e apenas 9,83% (N=6) apresentam ensino médio incompleto, dados que revelam que nas áreas de abrangência da UBS, os dois bairros possuem mais de 50% das gestantes com ensino médio completo, ou seja, mais de 12 anos de estudo, o que pode demonstrar um nível de esclarecimento maior. Nesse contexto, segundo Garbin et al. (2021), a baixa escolaridade pode estar relacionada a não adesão do tratamento ofertado pelo SUS, visto que a gestante pode não ter o discernimento do malefício que causará para si e para o bebê, além disso, a percepção de autocuidado em saúde pode não ter sido apoderado.

Em relação a zona de residência, no Centro 100% (N=17) das gestantes da pesquisa residem em zona urbana, sendo consideradas privilegiadas em relação ao acesso à saúde e à educação, comparando com 9,09% (N=4) das gestantes do bairro Bello que moram em área rural, pois a população de zona rural é considerada vulnerável para

diversos agravos por conta da dificuldade ao acesso a serviços de saúde, saneamento básico e educação (DE SOUZA et al., 2020).

Com relação as características do pré-natal das gestantes com sífilis (Tabela 2) os valores encontrados foram muito semelhantes, trazendo a mesma análise para as duas áreas, sendo que no Centro 76,47% (N=13) e no Bello 72,73% (N=32) das gestantes foram diagnosticadas no primeiro trimestre, fator benéfico pois com o diagnóstico e intervenção imediata é possível prevenir a transmissão vertical, já que é no estágio primário e secundário da sífilis onde ocorrem as maiores taxas de transmissão para o feto (SÃO PAULO, 2021). Em contraponto 23,53% (N=4) e 27,27% (N=12) no Centro e Bello, respectivamente, foram diagnosticadas no segundo trimestre, isso pode ser devido ao início tardio do pré-natal, já que os testes são realizados na primeira consulta e no início do terceiro trimestre. Esse pré-natal tardio ou até mesmo a ausência de pré-natal estão associados com maiores chances ao desenvolvimento da sífilis congênita e desfechos desfavoráveis para o bebê (BRASIL, 2012).

Tabela 2 – Características do pré-natal das mulheres com sífilis na gestação no período de 2018 a 2022.

Características	Bairro Centro		Bairro Bello		Amostra total	
	N* (17)	FR** (%)	N* (44)	FR** (%)	N* (61)	FR** (%)
Trimestre gestacional positivo	-	-	-	-	-	-
1º trimestre	13	76,47%	32	72,73%	45	73,77%
2º trimestre	4	23,53%	12	27,27%	16	26,23%
3º trimestre	0	0	0	0	0	0
Teste não treponêmico no diagnóstico	-	-	-	-	-	-
Reagente	17	100%	44	100%	61	100%
Não reagente	0	0	0	0	0	0
Título do teste não treponêmico	-	-	-	-	-	-
1:2	0	0	0	0	0	0
1:4	0	0	0	0	0	0
1:8	2	11,77%	0	0	2	3,28%
1:16	9	52,95%	23	52,27%	32	52,47%
1:32	3	17,64%	15	34,09%	18	29,5%
1:64	3	17,64%	6	13,64%	9	14,75%
Teste treponêmico no diagnóstico	-	-	-	-	-	-
Reagente	17	100%	44	100%	61	100%
Não reagente	0	0	0	0	0	0
Esquema de tratamento da gestante	-	-	-	-	-	-
Penicilina G Benzatina 2.400.000	0	0	0	0	0	0
UI	5	29,42%	9	20,45%	14	22,95%
	11	64,70%	33	75,00%	44	72,13%
	1	5,88%	2	4,55%	3	4,92%

Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI						
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI						
Não realizado						

*N= Número de casos, **FR= Frequência relativa

Fonte: os autores (2023).

Quanto a realização dos testes de diagnóstico, os testes treponêmicos detectam presença de anticorpos anti-treponema pallidum e confirmam infecção, porém não distinguem se a doença está ativa. Como observado na Tabela 2, no caso do teste não treponêmico, as pacientes apresentaram diluições diferentes, sendo Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) sendo que a maior porcentagem foi a de 1/16, 52,95% no Bairro do Centro e 52,27% no Bairro do Bello, pois quanto maior a titulação, maior a concentração de anticorpos, e títulos menores são característicos de fases mais tardias da doença (BRASIL, 2012). Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas (BRASIL, 2022).

A UBS Central, utilizou para as gestantes o protocolo da Rede Cegonha, que institui que o tratamento para mulheres com sífilis deve ser realizado com Penicilina G Benzatina e a dosagem varia conforme o estágio da sífilis. Para o tratamento da sífilis recente é utilizado 2,4 milhões UI em dose única, já para a sífilis tardia o esquema terapêutico é feito com 2,4 milhões UI, por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI. A Tabela 2 revela que nenhuma gestante foi tratada como sífilis recente, e 72,13% (N=44) foram classificadas dentro do grupo da sífilis tardia, que engloba a sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária (SANTA CATARINA, 2019).

Ainda observando a Tabela 2, 22,95% (N=14) das gestantes foram tratadas somente com 4,8 milhões UI da Penicilina G Benzatina, porém no protocolo da Rede Cegonha, essa quantidade não é apresentada, portanto, tal situação pode ser definida como abandono do tratamento e, portanto, do pré-natal. Somado a isso, 3 dessas gestantes não realizaram o tratamento. Tanto o abandono quanto a não realização do tratamento para SG são problemas sérios que estão relacionados a assistência ao pré-natal, visto que as pacientes precisam ser bem orientadas quanto ao diagnóstico e tratamento e as consequências graves da ausência ou abandono da terapia. Sendo assim, as gestantes devem desenvolver, com auxílio dos profissionais da saúde, a percepção da gravidade da doença, isso contribui para a melhor adesão ao tratamento (LIMA et al., 2022). É por esse

cenário, que deve ser preconizado uma assistência ao pré-natal de qualidade, com busca ativa das gestantes do território, com objetivo de identificar as vulnerabilidades das gestantes e as demandas para assim promover a saúde da mãe e do bebê, e prevenir consequências graves, como a SC.

Tabela 3 – Características do parceiro da mulher com sífilis gestacional no período de 2018 a 2022.

Características	Bairro Centro		Bairro Bello		Amostra total	
	N* (17)	FR** (%)	N* (44)	FR** (%)	N* (61)	FR** (%)
Parceiro tratado	-	-	-	-	-	-
Não	8	47,05%	20	45,45%	28	44,26%
Sim	9	52,95%	24	54,55%	33	55,74%
Esquema de tratamento do parceiro	-	-	-	-	-	-
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	9	52,95%	24	54,55%	33	54,10%
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	0	0	0	0	0	0
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	0	0	0	0	0	0
Não realizado	8	47,05%	20	45,45%	28	45,90%
Motivo do não tratamento do parceiro	-	-	-	-	-	-
Não tem contato	6	35,29%	13	29,55%	19	31,15%
Não compareceu	2	11,76%	5	11,36%	7	11,47%
Ignorado	0	0%	2	4,54%	2	3,28%

*N= Número de casos, **FR= Frequência relativa
 Fonte: Os autores (2023).

Na Tabela 3 foi evidenciado que 44,26% (N=28) dos parceiros não foram tratados, esse número apresenta impacto na reinfecção da gestante e possibilidade de evolução para SC. Portanto, a adesão terapêutica por parte do parceiro sexual é um fator relevante para prevenção das complicações da sífilis, visto que, é o principal meio para reinfecção da mulher, e os profissionais que atendem as UBS, devem estar preparados para incluir os parceiros nas consultas de pré-natal e reforçar a importância, além promover a corresponsabilidade (CALDEIRA et al., 2022). A respeito dos parceiros não tratados, 31,15% (N=19) apresentam como justificativa o não contato com a gestante, revelando assim o motivo de não adesão ao tratamento e, por consequência, a geração de novos casos, sendo necessário o rastreamento dessa população para fornecer informação sobre a doença, o tratamento e das possíveis complicações. Desses parceiros não tratados, 11,47% (N=7) não compareceram mesmo com o contato da gestante ou do profissional de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (2021), após o contato e o não

comparecimento, é preciso realizar busca ativa para realização do teste diagnóstico, a fim de evitar propagação de novos quadros. No total de 4,54% (N=2) não foram tratados, sendo exclusivamente parceiros de gestantes do bairro Bello, tendo a justificativa como ignorado, não havendo contato com eles, demonstrando a falta de informação sobre a evolução da doença e, até a cultura do gênero masculino sobre cuidados com saúde, os quais possuem uma resistência maior para procurar auxílio (SANTANA et al., 2019). Com isso, o incentivo do parceiro na participação do pré-natal ainda é um fator importante, para promover ações educativas e garantir o diagnóstico e o tratamento precoce, com o objetivo de reduzir os índices de reinfecção e de novas infecções.

Na pesquisa, com relação as características dos recém-nascidos (RN) (Tabela 4) demonstram que das 61 gestantes, 58 realizaram o parto até março de 2023. Diante dos resultados, 93,10% dos RN tiveram o teste não treponêmico de sangue periférico com resultado não reagente, e 100% tiveram o diagnóstico clínico como assintomático. Desse modo, observa-se que a adesão ao pré-natal e ao tratamento adequado da sífilis – desconsiderando escolaridade, idade gestacional no diagnóstico, titulação do teste não treponêmico – preservou as gestantes notificadas de terem os filhos com diagnóstico de sífilis congênita (ALMEIDA et al., 2021). De acordo com Mota et al. (2018), a maioria das crianças são assintomáticas e sem manifestação clínica, confirmando o que é analisado nos dados, mas vale ressaltar a importância da orientação e do acompanhamento desse paciente, devendo ser realizado os exames para investigação no decorrer do seu desenvolvimento.

Tabela 4– Características do recém-nascido com sífilis congênita no período de 2018 a 2022.

Características	N* (58)	FR** (%)
Idade	-	-
Até 23 horas	58	100 %
1 dia a 29 dias	0	0 %
1 mês a 11 meses	0	0 %
>1 ano	0	0 %
Sexo	-	-
Masculino	24	41,37 %
Feminino	34	58,62 %
Raça	-	-
Branca	23	39,65 %
Parda	35	60,34 %
Teste não treponêmico sangue periférico	-	-
Reagente	4	6,89 %
Não reagente	54	93,10 %

	-	-
Teste não treponêmico líquido	0	0 %
Reagente	0	0 %
Não reagente	58	100 %
Não realizado	-	-
	0	0
Evidência de <i>Treponema pallidum</i>	0	0
Sim	0	0
Não	58	100 %
Não realizado	-	-
	0	0
Alteração liquórica	0	0
Sim	58	100 %
Não	-	-
Não realizado	-	-
	0	0
Exame radiológico – alteração do exame dos ossos longos	0	0
Sim	58	100 %
Não	-	-
Não realizado	-	-
	58	100 %
	0	0
Diagnóstico clínico	0	0
Assintomático	-	-
Sintomático	4	6,89 %
	58	93,10 %
Esquema de tratamento	-	-
Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias	-	-
Não realizado	58	100 %
	0	0
Evolução		
Vivo		
Óbito		

*N= Número de casos, **FR= Frequência relativa
 Fonte: os autores (2023).

Com o desdobramento do estudo, ao analisar as características dos pacientes, observa-se que 58,62 % eram do gênero feminino e 60,34 % da raça parda, tendo os 58 nascidos testados nas primeiras 24 horas de vida. O exame radiológico de ossos longos não foi realizado em nenhum dos RN, assim como o teste treponêmico de líquido, a evidência de *Treponema pallidum*, a alteração liquórica, também não foram realizados. Felizmente, 100% (n=58) dos nascidos tiveram evolução do caso como vivos. Concordante com o Ministério da Saúde, em 2021, que preconizou como triagem para o RN de mãe com diagnóstico de SG tratada adequadamente no pré-natal, a realização do teste não treponêmico, sendo este não reagente, o seguimento se dá em âmbito de UBS. Porém, nos demais casos deve-se estender a investigação a todos os demais exames disponíveis, que não foram realizados pela população do estudo, para então seguir o tratamento adequado.

Os dados analisados corroboram com os expostos no Boletim Epidemiológico de 2022, onde considera que 96,1% dos casos são notificados até os 29 dias de vida, e que quanto mais rápido o diagnóstico, maior a chance de o tratamento ser eficaz e prevenir complicações tardias (BRASIL, 2022). Visto que 6,89% (n=4) tiveram o teste não treponêmico como reagente, os mesmos receberam tratamento por 10 dias em internação com a Penicilina G Cristalina, de acordo com o peso. Nesse sentido, os dados comprovam que o pré-natal eficaz, a assistência adequada, o diagnóstico e o tratamento precoce, assim como o vínculo da equipe de saúde com os usuários são fatores determinantes para a diminuição dos índices de infecção. Considerando que estudos mostram que a persistência da alta incidência da sífilis congênita se deve a ineficácia dos fatores citados, os quais são vistos como desafios no combate da doença (VIEIRA et al., 2020). Ainda analisando e reforçando os dados, no período de 2018 a 2022 foram notificados, no total, 4 casos de SC no município de Caçador-SC, sendo 1 caso no ano de 2019 e 3 em 2018, embora seja uma média abaixo da nacional e estatisticamente não seja tão significativa, reafirma que a notificação é um instrumento relevante para a vigilância epidemiológica, a qual informa sobre a adesão ao pré-natal e ao tratamento adequado da sífilis confirmando os dados já citados (ALMEIDA et al., 2021; SOARES et al., 2017).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se a relevância do diagnóstico precoce de SG para o tratamento adequado e completo, seguido do acompanhamento de qualidade do pré-natal como determinantes para interromper a cadeia de SC. De acordo com a análise de dados da UBS, as gestantes possuem o acesso ao pré-natal com a inclusão de suas ações preventivas, diagnósticas e curativas. Sendo na sua maioria, a realização precoce do diagnóstico da SG e a adesão ao tratamento adequado, a fim de evitar complicação na gestação. Entretanto, o índice de parceiro sexual não tratado ainda é algo que está aquém do esperado, considerando que é um dos fatores que causa a reinfecção na gestante, e que pode ser melhorado para alcançar os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde. Dessa maneira, o conhecimento a respeito da infecção, das suas formas de transmissão, do tratamento e das possíveis complicações quando não tratada, são fundamentais para maior adesão dos parceiros ao tratamento, a fim de reduzir outras infecções e reinfecção nas mulheres.

Perante o exposto percebe-se a relevância da promoção e prevenção das IST's enfatizando a sífilis e suas classificações, através de informações sobre as formas existentes, as consequências causadas pelas mesmas, e os índices epidemiológicos municipais para melhores esclarecimentos individuais. Nos deparamos com um limitador do estudo que foi a subnotificação de casos e o preenchimento incompleto de fichas retiradas do SINAN, pois por mais que utilizamos dados secundários os quais passam por refinamento manual, este ponto pode apresentar leve discordância do que é encontrado na clínica.

Em vista da relevância do tema proposto, sugere-se que novos estudos sejam realizados para avaliação de outras áreas, seguido de melhor acompanhamento e evolução dos casos, com o objetivo de expandir conhecimento sobre os fatores relacionados com a SG, e melhorar ainda mais o cenário da SC para o município.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. S. et al. Sífilis na gestação, fatores associados à sífilis congênita e condições do recém-nascido ao nascer. **Texto Contexto Enferm**, v. 30, 2021.
- AMARAL, J. V. et al. Análise da sífilis congênita no nordeste brasileiro. **UNISC**, p. 1-10, 2021.
- ANDRADE, A. L. M. B. et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 3, p. 376-381, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária 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, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais** / Ministério da Saúde, Secretária de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 224 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis**. Secretária de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2022. v. 6, n. 01, 60 p.
- CALDEIRA, J. G.; MORAIS, C. C.; LOBATO A. C. L. Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte MG. **Femina**, v. 50, n. 6, p.367-372, 2022.
- DA SILVA, J. G. et al. Sífilis gestacional: repercussões para a puérpera. *Cogitare enfermagem*, v. 24, 2019.
- DE SOUZA, I. R. et al. O ambiente rural e sua relação com as infecções sexualmente transmissíveis. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10494-10507, 2020.
- FAVERO, M. L. D. C. et al. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 2-8, 2019.
- GARBIN, C. A. S. et al. Sífilis na gravidez: perfil e fatores sociodemográficos associados na região noroeste do Estado de São Paulo. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 3, p. 467-474, 2021.
- GUERRA, H. S. et al. Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 3, n. 46, p. 194-202, 2017.
- KIRIENCO, M. S. et al. Sífilis congênita em regiões de fronteira internacional brasileira: uma realidade preocupante. **Arquivos de Ciência da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n.3, p. 1002-1018, 2022.
- LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 01, p. 63-74, 2016.
- LEAL, M. do C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 08, 2020.

- LIMA, V. C. et al. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região nordeste. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 374-386, 2022.
- MOTTA, I. A. et al. Sífilis congênita: porque sua prevalência continua tão alta. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, n. 6, p. 45-52, 2018.
- PADOVANI, C. et al. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.
- PUCCIO, J. A. et al. Resurgence of Syphilis. **Advances In Pediatrics**, v. 66, p. 231-244, 2019.
- RAMOS, Alberto Novaes Junior. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 1-6, 2022.
- RIGO, F. L. et al. Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 01, p. 127-137, 2021.
- RONCALLI, A. G. et al. Efeito da cobertura de testes rápidos na atenção básica sobre a sífilis em gestantes no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 94-104, 2021.
- ROSA, R. F. N. et al. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 14, 2020.
- SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento e Gestão, Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado Materno Infantil**. Santa Catarina. 2019. 41 p.
- SÃO PAULO. Secretária Municipal da Saúde de São Paulo, Prefeitura de São Paulo. **Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis**. São Paulo. 2021. 38 p.
- SANTANA, M. V. S.; BARBOSA, P. N. G.; SANTOS, J. F. L. Sífilis gestacional na atenção básica. **Diversitas Journal**. v. 4, n. 2, p. 403-419, 2019.
- SOARES, L. G. *et al.* Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 781-789, 2017.
- VIEIRA, J. M. et al. Sífilis congênita no Brasil: fatores que levam ao aumento da incidência dos casos. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 32, n. 1, p. 41-45, 2020.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.
- WALTZ, M. B. et al. Sífilis gestacional segundo a idade das mães: ocorrências no município do Rio de Janeiro entre 2008 e 2018. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 13, p. 03, 2021.