

# Sífilis gestacional: fatores associados, comportamento de risco e repercussões neonatais

## *Gestational syphilis: associated factors, risk behavior and neonatal repercussions*

Juliana das Dores Ferreira<sup>1</sup> • Amanda Santos Fernandes Coelho<sup>2</sup> • Janaína Valadares Guimarães<sup>3</sup>  
Maira Ribeiro Gomes de Lima<sup>4</sup> • Marília Cordeiro de Sousa<sup>5</sup> • Lara Thaiane Souza Pereira<sup>6</sup>  
Kauhan Ribeiro de Paula<sup>7</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar o comportamento de risco, os fatores associados e as repercussões neonatais em gestantes com sífilis. **Método:** estudo transversal, descritivo e retrospectivo, composto por 107 casos de sífilis gestacional em um hospital referência em gestação de alto risco, no período entre janeiro de 2016 e abril de 2017. Para análise estatística, foram aplicados os testes de qui-quadrado de Yates e Exato de Fisher. **Resultados:** maior ocorrência em mulheres jovens (56,1%), de cor não branca (81%), sem companheiro (53%), procedentes de outros municípios (65%), com menor escolaridade (62%) e sem exercer atividade remunerada (82%). Apesar de realizarem o pré-natal (95%), obtiveram um tratamento inadequado para a infecção (60%) e sem adesão dos parceiros sexuais (48%). Houve um predomínio de recém-nascidos pré-termos (51%), classificados com baixo peso ao nascer (35%) e vivos (90%). Houve uma associação estatisticamente significativa entre o comportamento de risco com a escolaridade de até 8 anos de estudos ( $p < 0.010$ ), número de consultas de pré-natal  $< 6$  ( $p < 0.001$ ) e ocorrência de parto vaginal ( $p < 0.032$ ). **Conclusão:** as desigualdades sociais, aliadas às falhas na assistência pré-natal, corroboram para a persistência do quadro epidemiológico de sífilis no Brasil.

**Descritores:** Doenças Sexualmente Transmissíveis; Sífilis; Saúde da Mulher; Infecções por Treponema; Comportamentos de Risco à Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the risk behavior, associated factors and neonatal repercussions in pregnant women with syphilis. **Method:** a cross-sectional, descriptive and retrospective study of 107 cases of gestational syphilis in a high-risk gestational hospital, in the period between January 2016 and April 2017. For statistical analysis, the chi-square Yates and Fisher's Exact test were applied. **Results:** greater occurrence in young women (56.1%), non-white skin color (81%), without companion (53%), coming from other municipalities (65%), lower schooling (62%) and without exercising paid activity (82%). Although they performed prenatal care (95%), they were inadequately treated for infection (60%) and without adherence of sexual partners (48%). There was a predominance of preterm newborns (51%), classified as having low birth weight (35%) and alive (90%). There was a statistically significant association between risk behavior with up to 8 years of schooling ( $p < 0.010$ ), number of prenatal consultations  $< 6$  ( $p < 0.001$ ), and vaginal delivery ( $p < 0.032$ ). **Conclusion:** social inequalities, together with failures in prenatal care, corroborate the persistence of the epidemiological presentation of syphilis in Brazil.

**Descriptors:** Sexually Transmitted Diseases; Syphilis; Women's Health; Treponemal Infections; Health Risk Behaviors. , corroboram para a persistência do quadro epidemiológico de sífilis no Brasil. presentment

### NOTA

<sup>1</sup>Mestranda, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva- Nível Mestrado Profissional, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: juliana.nadferreira@hotmail.com.

<sup>2</sup>Mestre, Coordenadora da Residência de Enfermagem Obstétrica, Hospital Materno Infantil/HMI. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: amandasantosp@yahoo.com.br.

<sup>3</sup>Doutora, Docente de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: valadaresjanaina@gmail.com.

<sup>4</sup>Mestranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: maira\_ribeiro\_@hotmail.com.

<sup>5</sup>Doutoranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás/UFG. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: maacsousa@hotmail.com.

<sup>6</sup>Especialista em Obstetrícia, Hospital Materno Infantil/HMI. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: biomedlara@gmail.com .

<sup>7</sup>Especialista em Obstetrícia, Hospital Materno Infantil/HMI. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: kauhan\_25@hotmail.com.



## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que tem como agente etiológico o *Treponema Pallidum*<sup>(1)</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorram 11 milhões de casos de sífilis em todo o mundo; destes, 1,5 milhões são gestantes<sup>(2)</sup>. No Brasil, o número de casos notificados de sífilis na gestação aumenta a cada ano. Em 2016, no Brasil, o número total de casos notificados foi 37.436, sendo que 2,9% dos casos ocorreram no estado de Goiás<sup>(3)</sup>.

Mulheres com baixa escolaridade, de cor não branca e aquelas atendidas em serviços públicos apresentam maior prevalência de sífilis na gestação<sup>(4)</sup>. Outros fatores associados à ocorrência da infecção são assistência pré-natal inadequada, abuso de drogas, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e pobreza<sup>(5)</sup>.

Em todas as fases clínicas de manifestação da sífilis gestacional, pode haver a transmissão vertical da doença, o que pode repercutir em eventos adversos ao conceito, tais como abortos espontâneos, óbito fetal e neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e sífilis congênita<sup>(6)</sup>. O risco de transmissão vertical reduz para 1 a 2% em gestantes que receberam o tratamento. Entretanto, na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada e pode alcançar valores de 30 a 100%, a depender da fase clínica da doença<sup>(7-6)</sup>.

A transmissão vertical da sífilis está diretamente relacionada a falhas na assistência pré-natal, o que repercute na perda de oportunidades de identificação e de intervenção, aumentando os casos da infecção. Neste sentido, as ações para o controle da sífilis em gestantes envolvem a realização de testes sorológicos, bem como o tratamento oportuno e adequado das gestantes e dos parceiros sexuais<sup>(8)</sup>.

A sífilis em gestantes representa um desafio à saúde pública, visto que é responsável por importantes complicações perinatais. Nesse sentido, um estudo sobre os fatores associados à ocorrência dessa infecção e suas repercussões neonatais pode oferecer uma nova perspectiva e permitir um melhor planejamento das medidas de educação e prevenção nos grupos mais vulneráveis, bem como a avaliação das ações para a redução da transmissão vertical da sífilis<sup>(9)</sup>.

Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo analisar o comportamento de risco, os fatores associados e as repercussões neonatais em gestantes com diagnóstico de sífilis em um hospital público da rede estadual.

## MÉTODO

Trata-se de um delineamento metodológico de caráter transversal, descritivo e retrospectivo. Os dados secundários foram coletados a partir das fichas de notificação de sífilis gestacional e dos prontuários de ges-

tantes admitidas em um Hospital Público de referência em gestação de alto risco, na cidade de Goiânia, Goiás, no período compreendido entre janeiro de 2016 e abril de 2017. A escolha pelo período foi determinada conforme a rotina de arquivamento do núcleo de vigilância epidemiológica.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado com questões fechadas e abertas, o qual foi desenvolvido especificamente para aplicação neste estudo, e construído a partir de revisão da literatura referente ao tema.

O estudo compreende as seguintes variáveis: condições sociodemográficas (faixa etária, município de residência, cor, escolaridade, situação conjugal e atividade remunerada), comportamento de risco (uso de drogas ilícitas, etilismo e tabagismo), gestação atual (tipo de gestação, patologias e/ou intercorrências obstétricas, presença de infecções vaginais e/ou sexualmente transmissíveis, realização do pré-natal, trimestre gestacional de início do pré-natal e número de consultas), dados sobre a sífilis (momento da notificação, momento do diagnóstico, tratamento das gestantes e tratamento dos parceiros sexuais), parto (via de parto) e neonatais (classificação quanto à idade gestacional, apgar, classificação quanto ao peso e desfecho neonatal).

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio, junho e julho de 2017, por meio de um levantamento de todas as fichas de notificação de sífilis gestacional que foram arquivadas no núcleo de vigilância epidemiológica. As informações extraídas das fichas de notificação e dos anexos dos prontuários foram transcritas para o questionário de coleta elaborado nesta pesquisa. Foram detectados 127 casos, entretanto, 20 deles não atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Sendo assim, a população foi composta por 107 gestantes com diagnóstico de sífilis.

A amostra do estudo foi composta por gestantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir notificação de sífilis em gestante e ter prontuário na instituição de estudo. Foram considerados como critérios de exclusão: apresentar duplicidade nas fichas de notificação e falhas nos registros e no arquivamento dos prontuários.

Para análise estatística do estudo, as informações foram transcritas para uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel® 2016. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente, por meio de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. Aplicaram-se os testes de qui-quadrado de Yates e Exato de Fisher para análise estatística, sendo consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ( $p < 0,05$ ). Na apresentação dos resultados, os totais variaram devido à exclusão de dados sem informação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, com número do parecer 2.101.960, CAAE: 50897715.6.0000.5080, conforme as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 466/2012, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS

Em relação à caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes com diagnóstico de sífilis, verifica-se o predomínio da faixa etária de 20 a 29 anos (56,1%), com média de idade de 24,1 ± 6,5 anos. Houve maior frequência de gestantes procedentes de outros municípios (65%); de cor não branca (81%); sem companheiro (53%); com até 8 anos de estudos (62%) e que não exerciam atividade remunerada (82%), conforme exposto na tabela 1.

Quanto ao comportamento de risco (61%), as gestantes praticaram o uso de drogas ilícitas (37%), etilismo (34%) e tabagismo (44%). Houve uma associação estatisticamente significativa em apresentar comportamento de risco, com a escolaridade de até 8 anos de estudos, número de consultas de pré-natal abaixo de 6 e ocorrência de parto via vaginal, conforme exposto na tabela 2.

Em relação aos dados de gestação atual, foi identificado um predomínio de gestação do tipo única (94%), gestantes com pré-natal (95%), com início no 1º trimestre (60%), e com ≥6 consultas de pré-natal (54%). A maioria das gestantes apresentou patologias

e/ou intercorrências obstétricas (84%), com maior ocorrência do trabalho de parto prematuro (32%). Na presença de infecções vaginais e/ou sexualmente transmissíveis (64%), as mais frequentes foram vaginose (37%), vírus da imunodeficiência humana (31%), candidíase (19%) e tricomoníase (13%).

No que tange aos dados relativos à sífilis, verificou-se um predomínio de notificações realizadas no terceiro trimestre (88%), diagnósticos de sífilis efetuados durante o pré-natal (96%) e tratamento inadequado das gestantes (60%). Além disso, o tratamento incorreto para fase clínica da infecção (45%), o tratamento incompleto (23%) e o fato de não se iniciar o tratamento 30 dias antes do parto (21%), ou mesmo de não realizar o tratamento (11%), implicaram para o tratamento inadequado das gestantes.

Os parceiros sexuais foram tratados concomitantemente à gestante (52%), e a ocorrência do não tratamento (48%) esteve associado a não ter mais contato com a gestante (52%), a outros motivos (29%), ao fato de o parceiro não ser convocado (9%) ou recusar o tratamento (6%), e ao fato de possuir sorologia não reagente (4%).

Em relação às variáveis neonatais, houve predomínio de recém-nascidos pré-termos (51%), com idade gestacional média de 36,1 semanas ± 4 semanas; índice de apgar maior que 7 no primeiro (80%) e no quinto minuto de vida (91%); classificados com baixo peso ao nascer (35%) e vivos (90%), porém, alguns casos com desfecho para óbito fetal (8%) e óbito neonatal precoce (2%).

**TABELA 1 – Variáveis sociodemográficas em gestantes com sífilis. Goiânia, GO, Brasil, 2016 a 2017.**

Sociodemográficas	n	%
<b>Faixa Etária</b>		
< 19 anos	24	22,4
20 - 29 anos	60	56,1
≥ 30 anos	23	21,5
<b>Município</b>		
Goiânia	37	35
Outros Municípios	70	65
<b>Cor</b>		
Branca	17	19
Não Branca	74	81
<b>Situação Conjugal</b>		
Sem Companheiro	52	53
Com Companheiro	46	47
<b>Escolaridade</b>		
≤ 8 anos de estudo	56	62
> 8 anos de estudo	35	38
<b>Atividade Remunerada</b>		
Sim	18	18
Não	84	82

Fonte: dados da pesquisa. n: número de casos. %: porcentagem

**TABELA 2 – Associação entre as variáveis sociais, obstétricas e do recém-nascido e o comportamento de risco em gestantes com sífilis. Goiânia, GO, Brasil, 2016 a 2017.**

Características	Comportamento de Risco <sup>a</sup>		Valor p
	Sim (n =33)	Não (n=21)	
	n (%)	n (%)	
<b>Idade</b>			
< 19 anos	4 (12)	5 (24)	0.287 <sup>c</sup>
20 - 29 anos	22 (67)	9(43)	0.149 <sup>b</sup>
≥ 30 anos	7 (21)	7 (33)	0.501 <sup>b</sup>
<b>Escolaridade</b>			
Até 8 anos de estudos	25 (86)	9 (47)	<b>0.010</b> <sup>b</sup>
Mais de 8 anos de estudos	4 (14)	10 (53)	
<b>Realizou o pré-natal</b>			
Sim	27 (84)	21 (100)	0.144 <sup>c</sup>
Não	5 (16)	0 (0)	
<b>Número de Consultas</b>			
< 6 consultas	18 (72)	4 (36)	<b>0.001</b> <sup>b</sup>
≥ 6 consultas	7 (28)	17 (64)	
<b>Via de Parto</b>			
Vaginal	23 (74)	8 (40)	<b>0.032</b> <sup>b</sup>
Cesárea	8 (26)	12 (60)	
<b>Classificação quanto a Idade Gestacional</b>			
Termo	13 (42)	12 (60)	0.331 <sup>b</sup>
Pré-Termo	18 (58)	8 (40)	
<b>Índice de Apgar</b>			
Apgar 1º min			
<7	7 (24)	3 (15)	0.496 <sup>b</sup>
≥7	22 (76)	17 (85)	
Apgar 5º min			
<7	5 (17)	0 (0)	0.070 <sup>c</sup>
≥7	24 (83)	20 (100)	
<b>Desfecho Neonatal</b>			
Vivo	26 (84)	19 (95)	0.384 <sup>c</sup>
Óbito	5 (16)	1 (5)	

Fonte: dados da pesquisa. <sup>a</sup>: Etilismo, tabagismo e/ou uso de drogas ilícitas (crack, maconha e cocaína). <sup>b</sup>: Teste de qui-quadrado. <sup>c</sup>: Teste Exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, verificou-se que a maioria das gestantes com sífilis são jovens (56,1%). Essa distribuição corrobora os resultados de outros estudos e é esperada, uma vez que essas mulheres encontram-se em idade reprodutiva e estão mais propensas a se infectarem, devido ao seu comportamento social<sup>(11-12)</sup>.

A maioria das gestantes eram procedentes de outros municípios do Estado de Goiás (65%), dado que pode esboçar a indisponibilidade de uma rede de serviços obstétricos de alta complexidade nos locais de origem dessa população. Devido à escassez de recursos especializados nesses locais, há uma busca pela assistência à saúde nas capitais, o que repercute na demora e na dificuldade dos atendimentos e das intervenções precoces, e ocasiona uma superlotação nessas instituições de saúde<sup>(13)</sup>.

Neste estudo, houve predominância da cor não branca (81%), o que se assemelha ao resultado encontrado em uma pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte, na qual 72,9% das gestantes com sífilis se autorreferiram como não brancas<sup>(11)</sup>. Embora as dificuldades no atendimento de qualidade prestado a esse grupo de gestantes possam ser atribuídas à pobreza. Admite-se a existência do racismo institucional, que é responsável por desigual-

dades na prestação dos cuidados e repercute em menores oportunidades de acesso à saúde<sup>(14)</sup>.

A maioria das gestantes não possuía companheiro (53%), o que corrobora o resultado de outra pesquisa<sup>(11)</sup>. Acredita-se que sujeitos sem parceiros fixos tendem a se envolver com múltiplos parceiros e, assim, aumentar o risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis<sup>(15)</sup>.

A escolaridade foi de até 8 anos de estudos (62%), conforme verificado em outro trabalho<sup>(11)</sup>. Além disso, esse fator sociodemográfico teve uma associação estatisticamente significativa com o comportamento de risco ( $p < 0.010$ ). A baixa escolaridade é considerada um marcador de risco para exposição às infecções sexualmente transmissíveis e pode indicar maior vulnerabilidade na população investigada, menor acesso à informação, limitado entendimento sobre a importância dos cuidados com a saúde e, principalmente, sobre as medidas de prevenção da infecção<sup>(11-16)</sup>.

No que diz respeito à atividade remunerada, houve um predomínio de mulheres que não exerciam atividade remunerada (82%). Esse evento pode ser atribuído à vulnerabilidade social dessas gestantes, que são, em sua maioria, de cor não branca e possuem baixa escolaridade, o que implica menores condições de conquistar um emprego<sup>(12)</sup>.

Foi evidenciado o comportamento de risco entre as gestantes notificadas com sífilis, mediante o uso de drogas ilícitas (37%), etilismo (34%) e tabagismo (44%). De maneira análoga, um estudo realizado no Nordeste do Brasil, que identificava a prevalência e os fatores associados à sífilis em 173 parturientes, encontrou uma forte associação do uso de drogas ilícitas com a ocorrência de sífilis<sup>(15)</sup>.

Sabe-se que a exposição ao álcool durante a gestação aumenta o risco de mortalidade e de incidência de diferentes agravos à saúde da mulher, além de repercussões para o feto e para o recém-nascido<sup>(17)</sup>. Igualmente, o tabagismo é citado como um marcador de risco para a prematuridade, assim como afeta a barreira placentária e aumenta a transmissão vertical da sífilis<sup>(18)</sup>. Dessa forma, é necessário concentrar esforços no sentido de identificar precocemente o comportamento de risco apresentado pelas gestantes, com vistas a evitar ou a diminuir danos e agravos à saúde materno-infantil<sup>(17)</sup>.

A gestação atual exibiu maior frequência de gestantes com sífilis que obtiveram assistência pré-natal (95%), iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional (60%) e realizaram o quantitativo mínimo de  $\geq 6$  consultas pré-natal (54%), de maneira semelhante aos resultados de outras pesquisas<sup>(8-9-11-12)</sup>.

Apesar de a assistência pré-natal das gestantes do estudo atender aos critérios preconizados, o atendimento não tem sido suficiente para assegurar um pré-natal de qualidade, uma vez que os casos de sífilis congênita e em gestantes aumentam no Brasil a cada ano<sup>(3)</sup>. Esse fato ratifica a necessidade de desenvolver estudos que avaliem a qualidade da atenção prestada no transcurso do cuidado pré-natal. É concebível, porém, que algumas características de maior vulnerabilidade, tais como menor escolaridade, cor, barreiras de acesso geográficas, culturais e sociais também possam influenciar na assistência ofertada<sup>(4)</sup>.

Houve uma associação estatisticamente significativa em apresentar comportamento de risco com número de consultas de pré-natal menor que 6 ( $p < 0.001$ ). A identificação de gestantes usuárias de drogas ilícitas durante o pré-natal pode permitir uma intervenção mais precoce, com redução de comportamentos de risco à saúde e melhoria da qualidade da assistência materna e infantil<sup>(17)</sup>.

Quanto à presença de intercorrências gestacionais (84%), verificou-se uma elevada frequência de gestantes que apresentaram trabalho de parto prematuro (32%), o que é descrito na literatura, quando associado à sífilis materna<sup>(18)</sup>.

Em um estudo conduzido no Rio de Janeiro, que avaliou a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis, foi encontrado que 9,3% das gestantes tinham história obstétrica de risco. Salienta-

se que a maior prevalência de sífilis na gestação em mulheres com história clínica-obstétrica de risco torna ainda mais complexo o desafio de controle da sífilis nessa população<sup>(19)</sup>.

No presente estudo, no que tange às infecções vaginais e/ou sexualmente transmissíveis (64%), as gestantes notificadas com sífilis apresentaram vaginose bacteriana (37%), vírus da imunodeficiência humana (31%), candidíase (19%) e tricomoníase (13%).

Um estudo realizado na África Subsaariana aponta que mais de 50% das mulheres apresentaram alguma infecção sexualmente transmissível ou infecção vaginal durante a gestação<sup>(20)</sup>. Outra pesquisa indicou que mulheres com diagnóstico de sífilis apresentaram maior prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sifilíticas<sup>(18-1)</sup>.

Em relação às variáveis da sífilis, a maioria das gestantes receberam o diagnóstico dessa infecção no transcurso da assistência pré-natal (96%), tal como em um trabalho conduzido no Distrito Federal. Destacase que a melhora no diagnóstico oportuno das gestantes pode estar relacionada à implantação dos testes rápidos nas unidades de saúde, bem como à realização de testes sorológicos durante o pré-natal, o que permite o diagnóstico precoce da infecção e a adoção de medidas para prevenção da transmissão vertical<sup>(8)</sup>.

Apesar de a maioria das gestantes receberem o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal (96%), realizarem o mínimo recomendado de consultas pré-natal (54%), com início no primeiro trimestre (60%), houve um predomínio de notificações realizadas no terceiro trimestre (88%). Nesse sentido, recomenda-se a definição de estratégias que auxiliem no fortalecimento da vigilância epidemiológica, bem como a capacitação técnica das equipes de saúde, no que toca às notificações.

Quanto ao tratamento das gestantes, a maioria procedeu de forma inadequada (60%), igualmente aos resultados de diversos estudos<sup>(8-9-12)</sup>. Esse fato revela que a garantia de um pré-natal realizado conforme preconizado não é suficiente para assegurar uma assistência de qualidade<sup>(8)</sup>. Para ser considerado adequado o tratamento na gestante com sífilis, é necessário realizar o tratamento completo, de acordo com a fase clínica da doença, com penicilina benzatina e com início do esquema terapêutico em até 30 dias antes do parto<sup>(3)</sup>.

A frequência de parceiros sexuais não tratados concomitantemente à gestante foi insatisfatória (48%), o que evidencia uma grave falha na prevenção da transmissão vertical e no tratamento da sífilis materna, já que, mesmo havendo tratamento adequado por parte das mulheres, elas estão sujeitas à reinfecção por meio de seus companheiros<sup>(8)</sup>.

No presente estudo, houve uma associação estatisticamente significativa em apresentar comportamento de risco com o parto via vaginal ( $p < 0.032$ ). Uma pesquisa apontou que gestantes em situações de vulnerabilidade recebem um cuidado diferenciado e discriminatório durante a assistência ao parto, o que resulta em menores intervenções obstétricas no processo de parturição. As desigualdades existentes no processo de atenção à gestação e ao parto contribuem para as disparidades nos indicadores de saúde<sup>(14)</sup>.

Acerca do peso ao nascer, foi preponderante o quantitativo de recém-nascidos classificados com baixo peso (35%). Um estudo nacional de base hospitalar aponta que 10,9% dos recém-nascidos tiveram baixo peso ao nascer, semelhantemente a um estudo conduzido no Distrito Federal, onde essa ocorrência apresentou um percentual de 12%<sup>(18-8)</sup>.

Observou-se, no presente estudo, um predomínio de recém-nascidos pré-termo (51%). Apesar de outros estudos indicarem valores menores de prematuridade, diversos autores relacionam este desfecho neonatal à ocorrência de sífilis gestacional<sup>(8-11-18)</sup>.

Este estudo evidenciou a ocorrência de óbitos fetais (8%) e óbitos neonatais precoces (2%) em conceptos de mulheres notificadas com sífilis. Na gestante com sífilis não tratada, a gravidez pode evoluir com desfechos negativos. Uma pesquisa demonstrou uma proporção de óbitos fetais, entre os casos de sífilis congênita, seis vezes superior ao observado em mulheres sem diagnóstico de sífilis<sup>(18)</sup>.

As consequências da transmissão materno-fetal reforçam a importância do diagnóstico e do tratamento oportuno da sífilis em gestantes e parcerias sexuais, assim como evidenciam a necessidade do tratamento e do

seguimento adequado do recém-nascido até a negação do caso<sup>(1)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo apontam que as desigualdades sociais, associadas às falhas na assistência, como o tratamento inadequado das gestantes e baixa adesão dos parceiros sexuais, corroboram para a persistência do quadro epidemiológico de sífilis no Brasil.

Assim, verifica-se que as gestantes com sífilis e com risco maior de desenvolver a doença não estão sendo detectadas e tratadas adequadamente. É importante que ocorra a busca ativa das gestantes com exame positivos e seus parceiros sexuais, atendimento individualizado e mais frequente de forma a prevenir a sífilis congênita.

A capacitação técnica e sensibilização de enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde que prestam assistência às gestantes contribuirá para uma maior cobertura de testagem de gestantes e seus parceiros, além do acompanhamento dos casos positivos. Assim algumas estratégias de ação foram sinalizadas, embora elas não se esgotam tendo em vista a complexidade diagnóstica desse agravo; e o reconhecimento e alcance dos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis, e que estão mais expostos a infecção.

O estudo apresentou limitações inerentes à pesquisa, como a ausência e a parcialidade dos registros nos prontuários e nas fichas de notificação analisadas, acarretando em elevada frequência de variáveis sem informação. Tendo em vista a importância dos registros referentes ao acompanhamento dos casos notificados, o preenchimento incompleto, bem como informações divergentes ou ignoradas, demonstram uma falha na assistência, uma vez que os profissionais não utilizam adequadamente um recurso que contempla o cuidado pré-natal.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente. Brasília: Ministério da Saúde; [Internet] 2015 [acesso em 05 ago 2017]. Disponível em: [http://bvsm-saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](http://bvsm-saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)
2. 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; [Internet] 2012 [acesso em 05 ago 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf?ua=1)
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Brasília: Ministério da Saúde; [Internet] 2017 [acesso em 02 mai 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>
4. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 13 ago 2017]; 48(5):766-774. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/0034-8910-rsp-48-5-0766.pdf>
5. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2004 [acesso em 17 ago 2017]; 16(3):168-75. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23086.pdf>
6. Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 03 set 2017]; 42(4):768-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>
7. Sheffield JS, Sánchez PJ, Morris G, Maberry H, Zeray F, McIntire DD, et al. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [acesso em 10 set 2017] Mar; 186 (3): 569-73. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)39771-0/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)39771-0/fulltext)
8. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 13 ago 2017] Jun; 29(6):1109-1120. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>
9. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 17 ago 2017]; 26(2):255-264. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/en\\_2237-9622-ress-26-02-00255.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/en_2237-9622-ress-26-02-00255.pdf)
10. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet] 13 jun 2013 [acesso em 03 set 2017]; Seção 1. Disponível em: [http://bvsm-saude.gov.br/bvs/saude-legis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsm-saude.gov.br/bvs/saude-legis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
11. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 13 ago 2017]; 24(4):681-694. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/en\\_2237-9622-ress-24-04-00681.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/en_2237-9622-ress-24-04-00681.pdf)
12. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão H. Profile of notified cases of congenital syphilis. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 03 set 2017]; (22)2: e48949. Disponível em: [http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949/pdf\\_en](http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949/pdf_en)
13. Castro BC, Ramos SCS. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. *Revista Saúde Santa Maria* [Internet]. 2016 [acesso em 10 set 2017]; 42(1):103-112. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20953/pdf>
14. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 10 set 2017]; 33 Sup 1:e00078816. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/en\\_1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/en_1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf)
15. Araújo MAL, Freitas SCR, Moura HJ, Gondim APS, Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [acesso em 13 ago 2017]; 13:206. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-206?site=bmcpubhealth.biomedcentral.com>
16. Padovani C, Antunes MB, Bega AG, Gravena AAF, Fernandes CAM, Peloso SM. Rastreamento de casos de sífilis na gestação no sul do Brasil. *Rev Enferm Atual* [Internet]. 2017 [acesso em 03 mai 2018]; 83. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/uploads/revistas/21/revista.pdf>
17. Zanoti-Jeronymo DV, Nicolau JF, Botti ML, Soares LG. Repercussões do Consumo de Álcool na gestação- Estudo dos efeitos no feto. *BJSCR* [Internet]. 2014 [acesso em 03 set 2017]; 6(3): 40-46. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501\\_181135.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_181135.pdf)
18. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 10 set 2017] Jun; 32(6):e00082415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>
19. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 11 set 2017]; 47



- (1):147-57. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/en\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/en_19.pdf)
20. Kurewa NE, Mapingure MP, Munjoma MW, Chirenje MZ, Rusakaniko S, Stray-Pedersen B. The burden and risk factors of Sexually Transmitted Infections and Reproductive Tract Infections among pregnant women in Zimbabwe. BMC Infectious Diseases [Internet]. 2010 [acesso em 10 set 2017]; 10:127. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2334-10-127?site=bmcinfectdis.biomedcentral.com>