



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

GABRIELA BÁRBARA SANTOS SÉRGIO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE GESTANTES COM
SÍFILIS NO PERÍODO DE 2010 A 2018 NO MUNICÍPIO DE
CAMAÇARI- BA**

Salvador- BA

2020

GABRIELA BÁRBARA SANTOS SÉRGIO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE GESTANTES COM
SÍFILIS NO PERÍODO DE 2010 A 2018 NO MUNICÍPIO DE
CAMAÇARI- BA**

Artigo Científico apresentado à disciplina de TCC II do curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, como parte dos requisitos para a aquisição do título de Bacharel em Enfermagem.

Linha de pesquisa de Campo: Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof.^a. MSc. Fernanda Cardeal Mendes

Salvador- BA

2020

GABRIELA BÁRBARA SANTOS SÉRGIO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES COM REGISTRO DE SÍFILIS
GESTACIONAL NO PERÍODO DE 2010 À 2018 NO MUNICÍPIO DE
CAMAÇARI- BA**

Artigo científico apresentado à disciplina de TCC II, do curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, como parte dos requisitos para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Saúde da Mulher

DATA DA APROVAÇÃO:

21 / 09 / 2020

Fernanda Cardinal Mendes
PROFª. FERNANDA CARDEAL MENDES

Universidade Católica do Salvador

Orientador(a)

Flávia Farias Santos
PROFª. FLÁVIA FARIAS SANTOS

Universidade Católica do Salvador

Avaliador(a)

Lorena Santana Silva
LORENA SANTANA SILVA

Centro de Parto Normal – Mansão do Caminho

Avaliadora(a)

Salvador, BA

2020.1

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS NO PERÍODO DE 2010 A 2018 NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI- BA

Gabriela Bárbara Santos Sérgio¹

Fernanda Cardeal Mendes²

RESUMO

Introdução: Entre as IST, a sífilis se destaca porque sua transmissão pode ser por via sexual ou vertical, é mais frequente nos grandes centros urbanos e está frequentemente associada a vários fatores como baixo nível socioeconômico. Observa-se o aumento no número de casos de sífilis em gestantes, sendo associado a falhas na assistência ao pré-natal. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico das mulheres com o registro de sífilis gestacional no município de Camaçari-BA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo ecológico temporal, de caráter descritivo. Composta por casos de sífilis gestacional notificados no SINAN no período 2010 a 2018. Constituíram-se em variáveis neste estudo: faixa etária, raça ou cor, escolaridade, idade gestacional, classificação clínica e esquema de tratamento. **Resultados:** A faixa etária recorrente foi de 20 a 29 anos de idade (43,9%) de raça/cor parda (61%), em relação à escolaridade a maior frequência foi em gestantes com Ensino Fundamental Incompleto (24,7%). A idade gestacional foi mais acometida o 2º trimestre de gestação (46,2%) com classificação clínica ignorada (30,3%) e sífilis latente (30%). Tendo a penicilina mais utilizada o esquema de tratamento. **Conclusão:** Evidenciou-se um crescimento significativo de sífilis gestacional, diante dessa situação sugere-se que sejam desenvolvidas mais ações de saúde voltadas para a prevenção, diagnóstico precoce e ao tratamento adequado da sífilis de forma que possa impactar significativamente na redução da mortalidade neonatal por sífilis

Palavras-chave: perfil epidemiológico; sífilis; sífilis gestacional.

¹Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: gabriela.sergio@ucsal.edu.br

² MSc na área de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: fernanda.mendes@pro.ucsal.br

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 METODOLOGIA.....	7
3 RESULTADOS	8
4 DISCUSSÃO.....	14
5 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST) se constituem um agravo que acomete a população em larga escala, afetando crianças, mulheres e homens e impactando na qualidade de vida dessas pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais. Por essas implicações sanitárias, socioeconômicas e sócio afetivas caracteriza-se em um grave problema de saúde pública (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), entre as IST, a sífilis se destaca porque sua transmissão pode ser por via sexual ou vertical, é mais frequente nos grandes centros urbanos e está frequentemente associada a vários fatores como baixo nível socioeconômico, comportamento sexual de risco, dificuldade de acesso às unidades de saúde e a falta de tratamento dos parceiros.

No Brasil, em 1993 foi lançado o projeto de eliminação da sífilis congênita, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para a redução da incidência da doença a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos. No entanto, a sífilis vem afetando um milhão de gestantes por ano no mundo e no Brasil, tem sido observado um aumento no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Só no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita com 185 óbitos (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Esse aumento do número de casos pode ser atribuído, em parte, pelo incremento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, melhora da atuação da vigilância epidemiológica, entre outros (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde vem realizando um esforço contínuo para estabelecer, de forma efetiva, uma pronta atuação para a redução da sífilis adquirida e em gestantes, e eliminar a sífilis congênita no Brasil mediante o

fortalecimento da vigilância epidemiológica, através da aplicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), capacitação de profissionais, entre outras ações, articulando os pontos da Atenção básica, setores sociais, gestores e a comunidade (BRASIL, 2016).

Domingues & Leal (2016) relatam que em 2016, no Brasil, observou-se uma taxa de detecção de 12,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos. Com relação às capitais, Rio de Janeiro, Vitória e Rio Branco foram as capitais que apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes com valores de 34,2, 33,7 e 32,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente, além disso, outras capitais que também apresentaram elevadas taxas em 2016 foram Manaus, Salvador, Florianópolis, Porto Alegre e Campo Grande, todas com taxas acima de 20 casos por mil nascidos vivos.

Em um estudo publicado sobre a epidemiologia da sífilis congênita na Bahia, observaram-se incidências elevadas da doença em Salvador, variando de 1,3 a 3,1 casos por 1.000 NV, entre os anos de 1997 e 2002. Dados mais recentes, produzidos pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), indicam que o número de notificações da doença na Bahia quase triplicou entre 2007 e 2012, elevando-se de 234 para 652 casos (BRASILEIRO, RIBEIRO, 2016)

A literatura tem sinalizado alguns aspectos significativos que podem estar associados ao aumento da sífilis em gestantes, entre eles, as falhas na assistência pré-natal. Nesse sentido, Viellas & Cols. (2014) relatam que mais de 80% das gestantes com sífilis receberam assistência pré-natal, além disso, 66% dos desfechos adversos ocorreram em gestantes que não foram testadas ou tratadas para sífilis durante esta assistência. Esses dados parecem sugerir que há uma baixa qualidade da atenção pré-natal no que diz respeito à identificação e tratamento das gestantes com sífilis.

Por outro lado, Yeganeh *et al.* (2015) demonstraram que fatores sociodemográficos também podem estar associados a prevalência da sífilis em gestantes. Para esses autores, as mulheres com infecção pela sífilis são mais vulneráveis socialmente, apresentam mais fatores de risco para prematuridade, maior prevalência de coinfeção pelo HIV, maior prevalência de fumo na gravidez atual que afeta a barreira placentária e pode aumentar a transmissão

vertical da doença, menor escolaridade materna, cor da pele preta, o início mais tardio do pré-natal, menor número de consultas e menor realização de exames sorológicos.

Portanto, esse estudo justifica-se pelo fato de que a sífilis na gestação é uma doença de transmissão vertical que está associada a resultados negativos na gravidez, entre eles o óbito fetal, e que podem ser evitados se for identificada e tratada precocemente no âmbito da atenção pré-natal através da utilização de testes laboratoriais não treponêmicos e treponêmicos para a confirmação diagnóstica sorológica da sífilis na gestação. Esse estudo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico das mulheres com registro de sífilis gestacional no município de Camaçari-BA.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo ecológico temporal, de caráter descritivo, a partir de dados secundários. O estudo do tipo ecológico trata-se de um estudo entre um grupo populacional como um todo e a unidade de estudos é uma área geográfica, sendo possível examinar associações entre exposição e doença relacionada a coletividade. (LIMA-COSTA, 2003).

A população deste estudo foi composta por casos notificados de sífilis gestacional no período de 2010 a 2018 no município de Camaçari-BA, no Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN) e disponibilizados pela Secretaria de Saúde do estado da Bahia na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (SESAB/DIVEP) na versão SINAN NET.

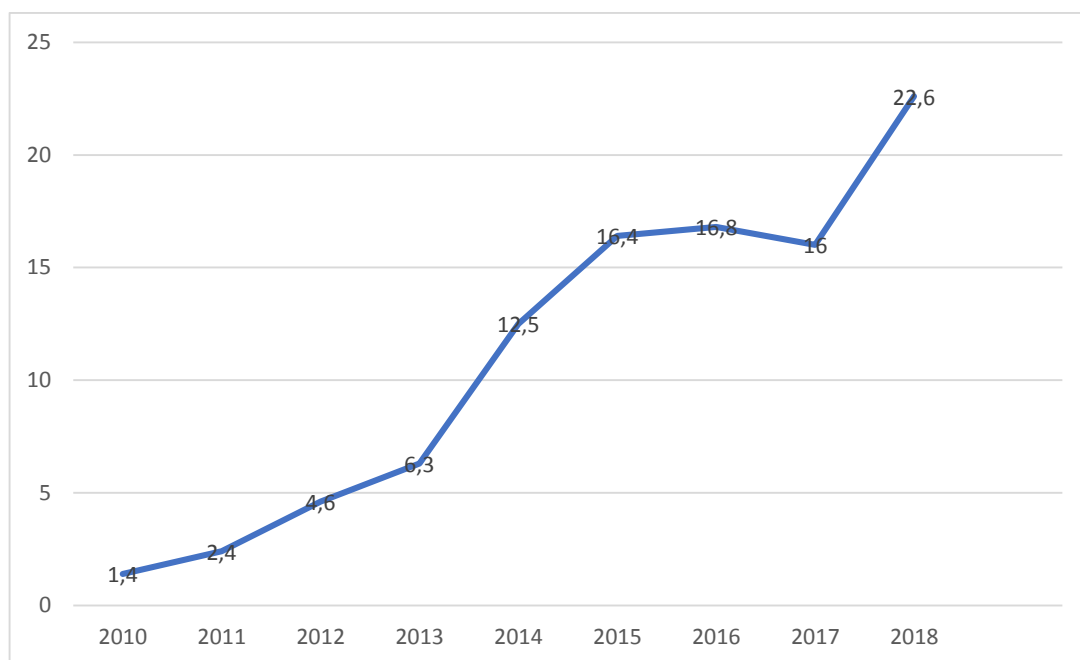
Constituíram-se em variáveis neste estudo: faixa etária, raça ou cor, escolaridade, idade gestacional, classificação clínica e esquema de tratamento. Todos os casos de gestantes com sífilis residentes o município de Camaçari-Bahia, notificados e confirmados o período de 2010 a 2018.

Para análise desses resultados os dados foram organizados em tabelas utilizando o tabulador de dados TabWin, em seguida construiu-se um banco para armazenamento no programa Microsoft Office Excel 2007, onde os dados foram processados e codificados. A partir desse processamento foram construídos gráficos e tabelas no Excel for Windows para demonstração dos resultados.

3 RESULTADOS

No município de Camaçari em um período de 2010 a 2018 observou-se que a taxa de incidência com tendência crescente durante todo o período de estudo, com uma leve queda em 2017, mas o último ano do estudo demonstrou um aumento significativo. Em 2010 a taxa de detecção era apenas 1,4 dos casos, estendendo para 6,3 em 2013, e posteriormente 2014 com 12,5. Nos anos seguintes os casos mantiveram em ascensão chegando em 2018 com 22,6 para cada 1000 nascidos vivos (Figura 1).

Figura 1. Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico, Camaçari, 2010 a 2018.



No que se refere aos casos de sífilis gestacional no tocante à faixa etária, para o município em estudo, foi constatado que, os casos se concentram nas idades entre 20 e 29 anos, com registro mínimo de 36% para o ano de 2015 e uma proporção máxima de 83,3% (Tabela 1).

Analisando os casos de sífilis em gestantes no município de Camaçari no tocante à raça ou cor, mostra que 61% dessas gestantes infectadas são pardas. Os casos de sífilis são menos acometidos nas gestantes da raça/cor amarelas, onde não houve nenhum registro no período de 2010 a 2014 tendo seu maior

registro em 2016 de 2,8%. Vale destacar que, 12,9% são de raça/cor ignorada (Tabela 1).

Apesar dos casos registrados se concentrarem nas idades entre 20 a 29 anos, ao analisar a escolaridade observa-se que 24,7% das gestantes possuem o ensino fundamental incompleto (5^a a 8^a série) e apenas 15,7% delas possuem o Ensino Médio incompleto, além disso, nenhuma dessas gestantes possuem o Ensino Superior completo e somente 0,9% possuem o Ensino Superior Incompleto. Os achados mostram portanto, que as gestantes do município de Camaçari mais acometidas pela Sífilis no período de 2010 a 2018 são da raça/cor parda e preta, estão na faixa etária de 20 a 29 anos com ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos casos de sífilis em gestantes, Camaçari, 2010 a 2018.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Faixa Etária										
10 a 14 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	4,0	5,6	0,0	0,0	2,1
15 a 19 anos	0,0	20,0	31,6	25,9	14,5	32,0	26,8	28,6	29,3	27,0
20 a 29 anos	83,3	50,0	57,9	40,7	47,3	36,0	39,4	41,4	48,5	43,9
30 a 39 anos	16,7	30,0	10,5	29,6	29,1	26,7	23,9	25,7	21,2	24,5
40 anos ou mais	0,0	0,0	0,0	3,7	3,6	1,3	4,2	4,3	1,0	2,5
Raça ou cor										
Branca	0,0	20,0	0,0	0,0	13,0	5,3	2,8	5,7	9,1	6,5
Preta	16,7	10,0	31,6	14,8	13,0	14,7	18,3	20,0	23,2	18,5
Amarela	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,8	1,4	1,0	1,2
Parda	50,0	60,0	52,6	77,8	63,0	72,0	62,0	58,6	51,5	61,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ignorada	33,3	10,0	15,8	7,4	11,1	6,7	14,1	14,3	15,2	12,9
Escolaridade										
Analfabeto	0,0	0,0	5,3	0,0	3,7	1,3	0,0	0,0	1,0	1,2
1ª a 4ª série incompleta	0,0	20,0	21,1	14,8	7,4	9,3	5,6	5,7	3,0	7,4
4ª série completa	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	5,3	12,7	1,4	1,0	3,7
5ª a 8ª série incompleta	33,3	20,0	15,8	37,0	24,1	20,0	25,4	32,9	21,2	24,7
Fundamental Completo	0,0	10,0	0,0	3,7	3,7	6,7	1,4	7,1	8,1	5,3
Médio Incompleto	0,0	10,0	10,5	22,2	9,3	25,3	11,3	14,3	17,2	15,7
Médio Completo	16,7	0,0	15,8	0,0	9,3	6,7	9,9	12,9	18,2	11,1
Superior Incompleto	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Superior Completo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ignorado	50,0	40,0	21,1	22,2	42,6	21,3	33,8	25,7	30,3	30,0

A tabela 2 mostra que cerca de 46,2% das gestantes descobriram ou adquiriram a sífilis no 2º trimestre da gestação, o que leva a analisar a qualidade da assistência ao pré-natal no município, uma vez que a testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre. Porém atenta-se também ao aumento nos casos de sífilis no 1º trimestre no decorrer dos anos passando de um percentual de 10 e chegando a 32,3%. Importante destacar que em 2016 ocorreu a maior taxa de gestantes com Sífilis no primeiro trimestre 36,6%(Tabela 2). Foi observado que 30% das gestantes foram diagnosticadas na fase latente da sífilis, ou seja, não apresentavam nenhum tipo de sintomas, vale ressaltar que na fase latente recente, a pessoa está assintomática, mas tem menos de dois anos de infecção e na latente tardia, mais de dois anos de infecção. Mas os casos de sífilis latente foram mais acometido em 2014 e 2015 onde atingiram 48,1 e 40% do total. Mas o que chama atenção é o número de casos ignorados sendo maioria com 30,3%, porém a tabela 2 também traz outro dado significativo, 12,9 21,9 % das gestantes foram diagnosticadas com Sífilis terciária que pode surgir dois anos após a infecção e pode apresentar complicações graves, como lesões cardiovasculares e neurológicas (Tabela 2).

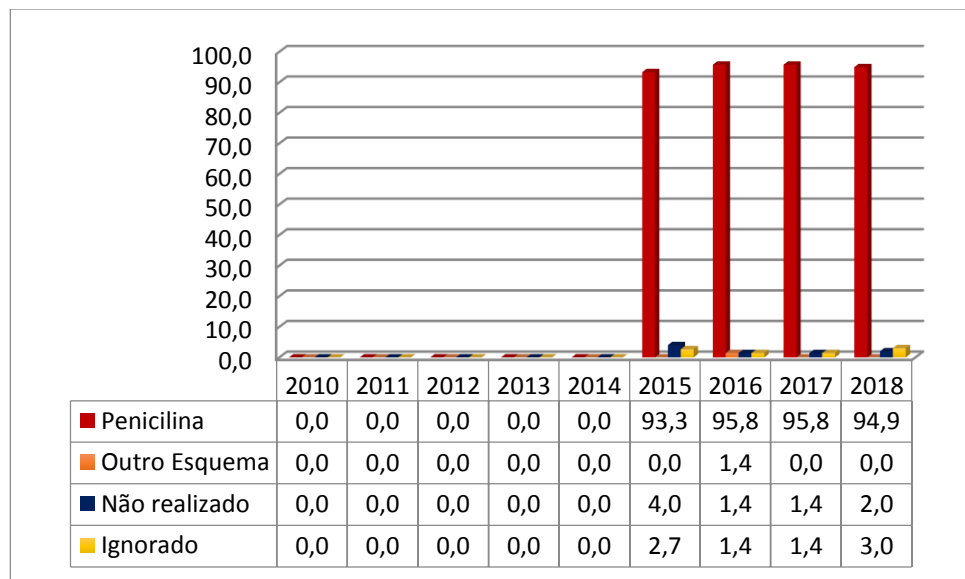
Tabela 2. Características clínicas dos casos de sífilis em gestantes, Camaçari, 2010 a 2018.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Idade Gestacional										
1º Trimestre	0,0	10,0	5,3	18,5	27,8	29,3	36,6	34,3	32,3	29,1
2º Trimestre	33,3	80,0	63,2	48,1	42,6	49,3	39,4	54,3	39,4	46,2
3º Trimestre	50,0	0,0	31,6	25,9	25,9	20,0	21,1	11,4	14,1	19,5
Idade gestacional ignorada	16,7	10,0	0,0	7,4	3,7	1,3	2,8	0,0	14,1	5,5
Classificação Clínica										
Sífilis Primária	33,3	80,0	21,1	25,9	5,6	9,3	9,9	4,3	14,1	12,9

Sífilis Secundária	16,7	10,0	10,5	3,7	0,0	1,3	2,8	5,7	9,1	4,8
Sífilis Terciária	0,0	0,0	10,5	3,7	13,0	26,7	29,6	32,9	21,2	21,9
Sífilis Latente	16,7	0,0	26,3	18,5	48,1	40,0	23,9	32,9	23,2	30,0
Ignorado	33,3	10,0	31,6	48,1	33,3	22,7	33,8	24,3	32,3	30,3

A Figura 2 mostra o esquema de tratamento realizados nos casos notificados das gestantes que testaram positivo em 2010 a 2018 no município de Camaçari. Observa-se que houve uma falha nas notificações nos anos de 2010 à 2014 apresentando dados de 0% em todo o período. A penicilina aparece como a mais usada no tratamento da sífilis no período de 2015 a 2018 com quase 95% dos esquemas de tratamento dos casos de sífilis.

Figura 2. Distribuição do esquema de tratamento dos casos de sífilis em gestantes, Camaçari, 2010 a 2018.



4 DISCUSSÃO

A taxa de incidência da sífilis em gestantes em Camaçari no período estudado variou entre 1,4 e 22,6 casos por 1.000 nascidos vivos. Esses dados demonstram que o município apresentou uma taxa de incidência abaixo dos valores brasileiro no período de 2010 até 2013 de 3,5 a 7,2 respectivamente. Porém, nos anos posteriores no município de Camaçari ultrapassou a taxa apresentada pelo país, 8,9 a 21,4 casos por 1.000 nascidos vivos. Atribui-se o aumento do número de casos confirmados de sífilis gestacional possa estar relacionado à não realização de ações de educação em saúde ou foram inefetivas (BRASIL, 2019).

A Sífilis é considerada como um problema de saúde pública mundial e está entre as patologias transmissíveis mais comuns, tendo um número de casos de infecção preocupantes que precisam ser controlados (BRASIL, 2019)

Com o grande aumento no número de notificações o controle da sífilis tornou-se um grande desafio para o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais e de várias entidades, que reuniu-se para a elaboração da Agenda de Ações Estratégicas para Redução da sífilis no Brasil, destinada a implementar um projeto de resposta rápida à sífilis em 100 municípios prioritários. O projeto foi criado com intuito de realizar ações voltadas ao controle da sífilis nas redes de atenção à saúde, produzir conhecimentos por meio de estudos operacionais e potencializar a capacidade técnica de vigilância e assistência locais. Objetivou-se que as informações contidas neste Boletim auxiliassem os gestores, os trabalhadores da saúde e as organizações comunitárias, a dedicar-se a ações para a redução da doença e assim diminuir a distância entre as ações de vigilância em saúde, Atenção Básica e maternidades (BRASIL, 2018).

O perfil epidemiológico das gestantes nesse estudo indicou que a sífilis no município de Camaçari está ocorrendo em mulheres jovens, de raça/ cor parda e com baixa escolaridade. No que diz respeito a faixa etária a maioria das gestantes infectadas possuem de 20 a 29 anos de idade, esses achados encontram convergência com os dados existentes na literatura, no qual foi observado que a sífilis gestacional é mais incidente em mulheres a partir dos 20 anos e com menos de 40 anos de idade. Desse modo, resultado semelhante foi

encontrado em uma pesquisa realizada entre 2007 a 2014, em Palmas-Tocantins (LAFETA *et al.*, 2016) e a resultados de outros estudos que confirmam maior ocorrência de sífilis em gestantes jovens (CAVALCANTE *et al.*, 2017; HOLANDA *et al.*, 2011; PANDOVANI *et al.*, 2018).

Em uma análise epidemiológica dos casos de sífilis em gestante o município de Sobral-Ceará traz como explicação os números elevado de gestantes jovens na idade fértil que estão no auge da atividade sexual, afirmando também serem mais propensas a realização de práticas sexuais desprotegidas (BRANDÃO *et al.*, 2018).

No presente estudo, cerca de 61% das gestantes são parda e 24,7% delas possuem o Ensino Fundamental Incompleto (5ª a 8ª série). De acordo com Brandão *et al.*, (2018), a influência das desigualdades sociais no acometimento da sífilis gestacional, mostra que as gestantes em sua maioria apresentam cor parda e baixa escolaridade demonstrando a influência dos fatores sociais na contextualização dos agravos.

Em uma pesquisa exploratória realizada através da coleta dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias (MA), percebeu-se também que as menores condições ou acesso à informação podem comprometer a compreensão sobre a importância dos cuidados básicos com a saúde, primordialmente no que diz respeito à prevenção, o que relaciona a baixa escolaridade com o risco à saúde, ficando assim prejudicada a interrupção da cadeia de transmissão (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

No que diz respeito ao período gestacional em que foi detectada a Sífilis, o Ministério da Saúde (2016) recomenda que toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal, uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre (a partir de 28º semanas). Os testes para diagnóstico da sífilis são divididos em: exames diretos, teste imunológico, teste não treponêmicos e treponêmicos. Importante ressaltar que o teste não treponêmico também conhecido como teste rápido (TR) se encontra disponível nos serviços de saúde do SUS, sendo prático e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial.

Observou-se entre as gestantes do município de Camaçari que testaram positivo para sífilis que 46,2% estavam no 2º trimestre. Resultado semelhante foi encontrado por Cavalcante & Cols (2017) que relacionou os seus achados a procura tardia da gestante à assistência ao pré-natal e a baixa qualidade da assistência à gestante. Também foram encontrados estudos com resultados divergentes em municípios do estado do Maranhão (2013 a 2017) e da Bahia (2007 a 2015), onde tiveram uma elevada frequência de diagnósticos da sífilis no 3º trimestre de gestação, comprometendo o tratamento adequado e em tempo oportuno para prevenção da transmissão vertical e o desfecho favorável da sífilis congênita.

O acompanhamento precoce a assistência ao pré-natal qualificada, garante a identificação da infecção materna durante a gestação, e do tratamento oportunamente podendo diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil (BRASILEIRO; RIBEIRO, 2016).

Segundo a classificação clínica 30% dos casos das gestantes com sífilis no município de Camaçari tinham sífilis latente, ou seja, em uma fase tardia da doença. Conforme o Ministério da Saúde (2015) essa patologia é tratada e classificada como sífilis latente tardia, quando a gestante é diagnosticada com base no resultado de testes realizados durante o período entre o pré-natal e o parto onde nem sempre a cronologia do tempo de infecção é determinado com exatidão. A sífilis primária tem sido prevalente na análise epidemiológica da sífilis gestacional no Brasil, porém, de acordo com a fisiopatologia da infecção, a prevalência é da fase latente, então, a sífilis dificilmente é diagnóstica na fase primária.

Em contrapartida, foram divergentes os resultados de estudos levantados no que se referem a classificação clínica da sífilis no momento do diagnóstico sendo encontrado maiores percentuais de sífilis na fase primária. Nesse sentido, nos municípios dos estados do Paraná (2011 a 2015) com 61,11% de sífilis primária, Tocantins (2007 a 2014) com 36,8% e Maranhão (2013 a 2017) 71,1%. O percentual de sífilis primária elevado indica que possa haver classificação inadequada, ressaltando que a classificação adequada nesse caso é a sífilis latente tardia, uma vez que o tratamento para a sífilis primária seria insuficiente caso não fosse o verdadeiro diagnóstico (BRASIL, 2015). Por fim, os achados

mostram que 30,3% dos casos notificados referente a classificação clínica no atual estudo constavam como ignorados. A falha na assistência pré-natal interfere na realização de diagnóstico precoce e o tratamento adequado e em tempo oportuno.

Importante ressaltar que na sífilis terciária e latente tardia, o tratamento demanda uma dose semanal, durante 3 semanas seguidas, enquanto a terapêutica da sífilis primária e secundária envolve uma dose única. Em virtude disso, o tratamento da sífilis terciária e latente tardia apresenta maior risco de taxa de abandono, devido à sua maior complexidade (BRASIL, 2018).

Salienta-se que no que diz respeito a gestantes com teste para diagnóstico da sífilis uma vez positivo, mesmo que já tenha realizado o tratamento, é necessário dar segmento com teste não treponêmico VDRL ou RPR mensal (BRASIL, 2015).

Quanto ao tratamento, o Ministério da Saúde (2015) afirma que a penicilina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. Embora outros esquemas (como as tetraciclinais orais e os macrolídeos) tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em geral em adultos, estes são considerados inadequados para o tratamento em gestantes, pois oferecem risco ao feto devido a toxicidade e por não atravessarem a barreira placentária. Nesse estudo observou-se que a penicilina G benzatina de fato, foi a forma de tratamento mais utilizada contra a sífilis na gravidez no município de Camaçari no período de 2015 a 2018 em mais 90% dos casos, resultados semelhantes a diversos estudos (AQUINO *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2017; CONCEIÇÃO *et al.*, 2020; NONATO *et al.*, 2015; PANDOVANI *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que caso a gestantes tenha alergia confirmada à penicilina o Ministério da Saúde (2015) recomenda a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina.

Os dados do município de Camaçari mostraram no que diz respeito à faixa etária, houve predominância dos casos de sífilis na faixa etária de 20 a 29 anos reforçando a importância de programas de rastreio e notificação específicos para a fase de maior fertilidade das mulheres. No que diz respeito à raça ou cor, as

mulheres pardas foram as mais acometidas pela sífilis. Esse problema se relaciona às diferenças socioeconômicas e a desigualdade de acesso à atenção pré-natal. Além disso, o maior número de infecções por sífilis entre as gestantes do município baiano foi entre as de baixa escolaridade o que parece relacionar-se ao difícil acesso às informações sobre a doença e à maior dificuldade para realização do pré-natal, (BRASILEIRO, RIBEIRO, 2016)

Importante ressaltar que uma limitação do estudo diz respeito à qualidade dos dados, pela sua incompletude, uma vez que o SINAN como qualquer sistema de informação em saúde pode sofrer interferência na produção dos dados devido falhas no preenchimento de algumas variáveis ou das fichas de notificação o que pode indicar dificuldades no processo de trabalho da vigilância em Saúde no município de Camaçari.

5 CONCLUSÃO

Através do estudo, pode-se concluir as taxas de incidência no município de Camaçari vem crescendo de maneira exacerbada comparado com a média nacional. Evidenciou-se um crescimento significativo de sífilis gestacional, dando características a um perfil epidemiológico através do qual a maioria das gestantes foram jovens pardas e com baixa escolaridade.

Observou-se também uma fragilidade na notificação do esquema de tratamento. Isso torna necessária uma qualificação dos profissionais responsáveis podendo ser oferecida uma educação permanente no que diz respeito a vigilância da sífilis gestacional.

Ressalta-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para o acompanhamento vigoroso das gestantes nas consultas pré-natais para garantir a qualidade das informações de forma mais efetiva, realizando também atividades de educação permanente para que as informações contidas nos boletins auxiliem os gestores, os trabalhadores da saúde e as organizações comunitárias, a dedicar-se a ações para a redução da doença e redução de neonatal por sífilis. Essas medidas permitem o conhecimento sobre a importância do pré-natal de qualidade tanto para os profissionais quanto para as gestantes, desencadeando ações de controle e planejamento das estratégias para a promoção da saúde e da prevenção da doença tornando o acompanhamento e tratamento das gestantes algo mais afetivo.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, Maria Girlane Sousa Albuquerque; MARTINS, Camila Paiva; FREIRE, Maria Thayane Jorge; BRITO, Odézio Damasceno; ALBUQUERQUE, José Cirilano Sousa; BARROS, Livia Moreira. Análise epidemiológica dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2013. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 22, n. 1, p. 14-18. Mar/Mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e Diretrizes terapêuticas para Prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017**. V. 48. n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 54 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2018**. Nº 1. Bahia: Secretaria de Saúde, 2018.
- BRASILEIRO, Cristiana de Souza Meira; RIBEIRO, Guilherme de Sousa. Incidência e distribuição da sífilis congênita na Bahia, 2005-2012. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. V. 40, supl. 2, p. 27-56. Abr./Jun. 2016.
- CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 255-264, 2017.
- CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da; CÂMARA, Joseneide Teixeira; PEREIRA, Beatriz Mourão. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1145-1158, 2020.
- DE AQUINO, Gustavo Thomaz et al. Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 72-81, 2016.

- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(6). jun, 2016.
- HOLANDA, Maria Tereza Costa Gomes de et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte-2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.
- LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.
- MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013. .
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Sífilis na gravidez**. [Brasília, DF]: Federação Brasileira das Associações Ginecológicas e Obstetrícia, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-na-gravidez>. Acesso em: 13 mar. 2020.
- NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 681-694, 2015.
- PADOVANI, Camila; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; PELLOSO, Sandra Marisa. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.
- Viellas EF; Domingues RMSM; Dias MAB; Gama SGN; Theme Filha MM; Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, ago. 2014.
- YEGANEH, Nava et al. Syphilis in HIV-infected mothers and infants: results from the NICHD/HPTN 040 study. **The Pediatric infectious disease journal**, v. 34, n. 3, p. e52, 2015.