

# FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS CONGÊNITA

## MATERNAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE VERTICAL TRANSMISSION OF CONGENITAL SYPHILIS

## FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Cristina Sancowich Zoilo\*, Erica Patrícia Marim Barbosa\*, Juliano Aparecido Barbosa\*, Luciana Braz de Oliveira Paes\*\*

### Resumo

**Introdução:** A transmissão vertical da sífilis é um problema de saúde pública, com impacto epidemiológico. Ocorre quando a gestante não tratada ou inadequadamente tratada transmite a doença para o conceito. **Objetivo:** Descrever os fatores maternos associados à transmissão vertical da sífilis congênita. **Método:** Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2018, através de um questionário estruturado, aplicado junto à puérperas com sífilis por ocasião do parto, em um hospital-escola do noroeste paulista. **Resultados:** Das 18 puérperas entrevistadas, 8 (44,44 %) tinham idade entre 22 e 27 anos e escolaridade de 9 a 11 anos. Quanto à ocupação, 12 (66,67%) se declararam autônomas; sobre a procedência, 11 (61,11%) residiam no município onde se realizou o estudo. **Dados obstétricos:** todas as puérperas realizaram o pré-natal, 7 (38,89) eram múltiplas e 12 (66,67%) submetidas a parto vaginal. Quanto à sífilis na gestação, 13 (72,22%) foram diagnosticadas nesta gravidez, enquanto 5 (27,78%) foram infectadas anteriormente. Quanto ao tratamento no pré-natal, 17 (94,44%) gestantes realizaram-no e apenas 10 dos parceiros (55,56%) também o fizeram. Porém, os dados laboratoriais mostraram que mesmo tratadas às mulheres tiveram no parto uma titulação maior ou igual a 1:2; dos recém-nascidos, 3 titulações até 1:2, enquanto 15 (78,95%) titulações com valores maiores. Todos os recém-nascidos haviam sido tratados. **Conclusão:** Os fatores maternos associados à transmissão foram: menor escolaridade, estar em idade reprodutiva, não estar inserida no mercado de trabalho, possuir companheiro e ser múltipla. Diante desse contexto, é possível afirmar que a sífilis congênita persiste e os resultados obtidos apontam falhas no pré-natal.

**Palavras-chave:** Sífilis na gestação. Sífilis congênita. Transmissão vertical.

### Abstract

**Introduction:** The vertical transmission of syphilis is considered a public health problem with epidemiological impact. **To objective:** describe the maternal factors associated with the vertical transmission of congenital syphilis. **Method:** A descriptive study with quantitative approach, whose data were collected between May and July, 2018, through a structured questionnaire, applied to post partum women with syphilis at the time of delivery, in a hospital in the northwest of São Paulo. **Results:** Of the 18 postpartum women interviewed, 8 (44.44%) were between 22 and 27 years old and they had at least 9 years of schooling. Concerning the occupation, 12 (66.67%) declared them-selves as freelancer, and 11 (61.11%) were resident in the municipality where the study was carried out. **Obstetric data:** all postpartum women underwent prenatal care, 7 (38.89%) were multiparous and 12 (66.67%) underwent vaginal delivery. Regarding Syphilis during gestation, 13 (72.22%) were diagnosed in this pregnancy, while 5 (27.78%) were previously infected. Regarding prenatal care, 17 (94.44%) pregnant women did it, and only 10 of the partners (55.56%) did it. However, laboratory data showed that even women treated had a higher titreat delivery or equal to 1: 2; of newborns, 3 titrations up to 1: 2, while 15 (78.95%) titrations with higher values. All newborns had been treated. **Conclusion:** The maternal factors associated with the transmission were: lower schooling, being of reproductive age, not being part of the labor market, having a partner and being multiparous. Given this context, it is possible to affirm that congenital syphilis persists and the results obtained indicate failures in prenatal care.

**Keywords:** Syphilis in pregnancy. Congenital syphilis. Vertical transmission.

### Resumen

**Introducción:** La transmisión vertical de la sífilis es un problema de salud pública, con impacto epidemiológico. Ocorre cuando la gestante no tratada o inadecuadamente tratada transmite la enfermedad al concepto. **Objetivo:** Describir los factores maternos asociados a la transmisión vertical de la sífilis congénita. **Método:** Investigaciones con abordaje cuantitativo, cuyos datos fueron recolectados entre mayo y julio de 2018, a través de un cuestionario estructurado, aplicado junto a la puérperas con sífilis con motivo del parto, en un hospital-escolta do noroeste paulista. **Resultados:** De las 18 puérperas entrevistadas, 8 (44,44%) tenían edad entre 22 y 27 años de escolaridad de 9 a 11 años. En cuanto a la asignación, 12 (66,67%) se declararon autónomas, sobre la procedencia, 11 (61,11%) residían en el municipio donde se realizó el estudio. **Datos obstétricos:** todas las puérperas realizaron el prenatal, 7 (38,89) eran múltiplas e 12 (66,67%) sometidas a parto vaginal. En cuanto a las sífilis en la gestación, 13 (72,22%) fueron diagnosticadas en este embarazo, mientras que 5 (27,78%) fueron infectadas anteriormente. En cuanto a la edad en el prenatal, 17 (94,44%) gestantes lo realizaron y sólo 10 de los socios (55,56%) también lo hicieron. Además, los datos de laboratorio muestran que incluso tratadas las mujeres tuvieron en el parto una titulación mayor o igual a 1: 2; de los recién nacidos, 3 titulaciones hasta 1: 2, mientras que 15 (78,95%) tuvieron titulaciones con valores mayores. Todos los recién nacidos habían sido tratados. **Conclusión:** Los factores maternos asociados a la transmisión fueron: menor escolaridad, estar en edad reproductiva, no estar inserta en el mercado de trabajo, tener compañero y ser múltipla. En este contexto, es posible afirmar que la sífilis congénita persiste y los resultados obtenidos apuntan fallas en el prenatal.

**Palabras clave:** Sífilis en el embarazo. Sífilis congénita. Transmisión vertical.

\*Acadêmicas do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).

\*\*Enfermeira obstetra. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).

## INTRODUÇÃO

A transmissão vertical da sífilis é considerada um problema de saúde pública, com impacto epidemiológico significativo<sup>1</sup>. Globalmente, 1,36 milhões de gestantes apresentaram sífilis, destas 80% realizaram pré-natal, 38% apresentaram desfechos graves como mortalidade fetal e neonatal, prematuridade ou baixo peso e infecção congênita<sup>2</sup>.

Ao contrário da recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que definiu a redução da incidência de sífilis congênita para  $\leq 0,5$  casos por 1000 vivos até 2015, houve aumento dos casos, pois, aproximadamente dois milhões de gestantes são contaminadas anualmente, causando impacto nos indicadores de transmissão vertical<sup>3</sup> e, conseqüentemente, tornando-se uma epidemia, com incidência de 1,3/1000 nascidos vivos infectados nas Américas e 6,5/1000 no Brasil<sup>4</sup>.

Aumento semelhante ocorreu na taxa de mortalidade por sífilis congênita. Em 2006, o Brasil apresentou taxa de 2,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos e passou para 7,4 óbitos em 2015. O incremento mencionado foi relatado também nos Estados Unidos onde a taxa passou de 8,4 casos por 100 mil nascidos vivos (2008/12) para 11,6 casos em 2014<sup>5</sup>. No Brasil, de 2005 a 2016, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) 169.546 casos de sífilis em gestantes<sup>6</sup>.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum* ou *Spirochaeta pallida*. Sua transmissão pode ocorrer por via sexual (sífilis adquirida) e vertical (sífilis congênita/infecção do feto via placentária), existindo também outras formas de transmissão menos comuns como a via indireta (objetos contaminados)<sup>7</sup> ou transfusão sanguínea, considerada rara nos dias atuais<sup>8</sup>. A sífilis congênita ocorre quando a gestante, não tratada ou inadequadamente tratada, transmite a sífilis para o feto por via transplacentária, podendo trazer conseqüências graves à gestação. Entre as doenças de transmissão vertical, apresentam o Brasil as maiores taxas (34,3%)<sup>9</sup>.

As conseqüências da sífilis durante a gravidez variam de acordo com alguns fatores, como o tempo de exposição fetal ao treponema e a carga de treponema materna, que podem resultar em: aborto, natimorto ou óbito fetal, malformação, crescimento intrauterino restrito (CIUR),

prematuridade, sequelas pós-natais como cegueira, surdez, deficiência mental. As sequelas podem ser de manifestação precoce quando aparecem até o segundo ano de vida, ou tardia, surgindo após o segundo ano de vida<sup>10</sup>, com sérias repercussões futuras<sup>11</sup>.

Dessa forma, a transmissão e os danos da sífilis congênita dependerão da fase gestacional em que a infecção se instalou. Na infecção de último trimestre, o recém-nascido terá menor probabilidade de apresentar sintomas<sup>12</sup>. Na sífilis congênita recente, é possível aparecerem os sinais e sintomas logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida. São eles: baixo peso, rinite com coriza serosa sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte e choro ao manuseio. Podem ocorrer hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropsia, pseudoparalisia dos membros, fissura orificial, condiloma plano, pênfigo palmoplantar e outras lesões cutâneas, icterícia e anemia<sup>13</sup>.

Na sífilis congênita tardia, a partir do segundo ano de vida, os principais sintomas observados são: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental<sup>13</sup> com mortalidade de até 40% das crianças infectadas<sup>14</sup>.

Assim, são necessárias estratégias efetivas para tratar a sífilis congênita como problema de saúde em âmbito nacional. Merece destaque na sua importância ministerial para diminuir os casos da doença e suas complicações às gestantes e recém-nascidos<sup>15</sup>. Diante das atuais taxas de sífilis em gestantes, a transmissão vertical pode ser evitada durante uma assistência ao pré-natal eficaz, mediante diagnóstico e tratamento adequados da gestante infectada e seu(s) parceiro(s) sexual, prevenindo resultados gestacionais prejudiciais para mãe e filho<sup>16,17</sup>.

Em uma revisão sistemática realizada da literatura de múltiplas bases de dados, utilizando dados globais, foi possível identificar que a infecção por sífilis é a principal causa de óbito fetal identificada, estando associado à assistência pré-natal inadequada, pois o baixo número de consultas resulta na não realização, ou na realização de apenas um exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) durante o pré-natal e, também, o tratamento

inadequado em resposta à um exame positivo. Compete aos serviços de saúde a busca ativa e a assistência adequada dessas gestantes durante o pré-natal<sup>18</sup>, já que o diagnóstico e tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97%<sup>19</sup>.

Diante da complexidade deste problema de saúde pública, a proposta deste trabalho foi investigar os fatores maternos associados à transmissão vertical da sífilis congênita, tendo em vista as complicações para o recém-nascido.

## MÉTODO

Pesquisa de caráter exploratório, descritiva e quantitativa, cujos dados foram coletados através de um questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores, aplicado a puérperas em um hospital-escola de um município do interior do estado de São Paulo. As entrevistas foram realizadas com puérperas que tiveram seus filhos no período de abril a julho de 2018, no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante resultado de teste rápido de sífilis reagente e/ou VDRL com titulação acima de 1:2 no momento do parto e que concordaram em participar do estudo.

Em respeito às recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino e aprovada sob parecer nº 2.658.263.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir mostram a relação de algumas variáveis de caracterização amostral de gestantes que apresentaram titulações para sífilis durante o parto, nos meses de abril, maio, junho e julho de 2018 na maternidade de realização do estudo. Foram registrados 21 casos de gestantes com VDRL positivo no momento do parto, porém apenas 18 destas foram inseridas no estudo. As variáveis de caracterização amostral são apresentadas sequencialmente.

**Tabela 1** - Percentuais sociodemográficos das mulheres que apresentaram sífilis no momento do parto (2018)

Variáveis sociodemográficas	N = 18	%
<b>Faixa etária</b>		
10 a 15 anos	00	0,00%
16 a 21 anos	06	33,33%
22 a 27 anos	08	44,44%
28 a 33 anos	03	16,67%
34 a 40 anos	01	5,56%
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	00	0,00%
1 a 4 anos	01	5,56%
5 a 8 anos	07	38,89%
9 a 11 anos	08	44,44%
≥ 12 anos	02	11,11%
<b>Possui companheiro</b>		
Sim	11	61,11%
Não	07	38,89%
<b>Ocupação</b>		
Trabalho doméstico próprio	12	66,67%
Trabalho informal	01	5,56%
Trabalho formal	04	22,22%
Desempregada	01	5,56%
Outros	00	0,00%
<b>Procedência</b>		
Cidade do estudo	11	61,11%
Cidades da região	07	38,89%

Das 18 mulheres, as idades variaram entre 16 a 40 anos, com predomínio na faixa de 22 a 27 anos (44,44%). Com relação ao grau de escolaridade, apenas 01 (5,56%) mulher apresentou estudo de 1 a 4 anos, 07 (38,89%) de 5 a 8 anos, 02 (11,11%) maior ou igual a 12 anos, com predominância de 08 (44,44%) com escolaridade de 9 a 11 anos. A maioria das mulheres 11 (61,11%) relatou ter companheiro. Esse dado corrobora com outro estudo em que mulheres casadas são mais suscetíveis à infecção sexualmente transmissível por deixarem de se proteger adequadamente<sup>20</sup>. Quanto à ocupação, a maioria se classifica em realizar trabalho doméstico próprio 12 (66,67%), 04 (22,22%) trabalham formalmente, 01 (5,56%) realiza trabalho informal e 01 (5,56%) está desempregada. Resultados semelhantes relatam que a maioria das mulheres não exerce atividade remunerada, fator relacionado com a baixa escolaridade e menor chance de emprego<sup>21</sup>. A maioria das mulheres é procedente da cidade em que o estudo foi realizado 11 (61,11%) e 07 (38,89%) residem em cidades da região.

De acordo com estes dados, fatores maternos são agravantes para transmissão vertical. No que diz respeito à idade, este estudo concorda com os demais presentes na literatura ao verificar que é preocupante observar a idade em que prevalece a sífilis, o qual ocorre principalmente na fase reprodutiva, e tem relevância epidemiológica da transmissão vertical, como a gravidez indesejada por falta do uso de preservativos. Outro fator associado é baixa escolaridade, pois indica a dificuldade de entendimento da doença. Assim como múltiplos parceiros e o não tratamento dos mesmos, o que esclarece a gravidade da disseminação da doença<sup>22-25</sup>.

**Tabela 2** - Percentuais obstétricos das mulheres que apresentaram sífilis no momento do parto (2018)

Variáveis obstétricas	N = 18	%
<b>Gestação</b>		
1	06	33,33%
02 a 03	05	27,78%
04 a 05	07	38,89%
<b>Paridade</b>		
0	00	0,00%
01 a 02	09	50,00%
03 a 04	09	50,00%
<b>Aborto</b>		
0	14	77,78%
1	03	16,67%
2	01	5,56%
<b>Acompanhamento pré-natal</b>		
Sim	18	100,00%
Não	00	0,00%
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	12	66,67%
Cesárea	06	33,33%
Fórceps	00	0,00%

Quanto ao número de gestações, 6 (33,33%) são primíparas, 12 (66,67%) são múltíparas, sendo que 5 (27,78%) tiveram de 2 a 3 gestações e 7 (38,89%) de 4 a 5 gestações; 9 delas pariram de 01 a 02 (50,00%) vezes e outras 9 pariram de 3 a 4 (50,00%) vezes; 4 (22,23%) apresentaram aborto. Também concordando com estudo realizado no Distrito Federal no qual a predominância das gestantes infectadas são as que apresentaram mais de uma gestação<sup>21</sup>. Quanto ao pré-natal, todas as 18 (100%)

realizaram o acompanhamento, o que nos preocupa e nos faz refletir sobre a qualidade do pré-natal e sua função enquanto promoção de saúde. Costa et al.<sup>25</sup> referem que entre os anos de 2000 a 2009, a maioria dos bebês infectados eram de mães que realizaram pré-natal.

O tipo de parto predominante foi o parto vaginal, 12 (66,67%), outras 06 (33,33%) tiveram cesárea. O parto vaginal foi maioria entre mães infectadas em um outro estudo<sup>18</sup>.

Dessa forma, neste estudo é possível observar que quanto maior o número de gestações, menor a participação no pré-natal. Consequentemente, a assistência ao pré-natal inadequada contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis<sup>26</sup>.

**Tabela 3** - Percentuais referentes à incidência de sífilis nas gestações anteriores (2018)

Incidência de sífilis na gestação anterior	N = 18	%
<b>Sífilis antes da gestação</b>		
Sim	05	27,78%
Não	13	72,22%
<b>Se sim, quantas realizaram o tratamento com o parceiro?</b>		
Sim	04	22,22%
Não	01	5,56%

Em relação à sífilis em gestações anteriores, 13 (72,22%) negaram ter apresentado a infecção anteriormente, outras 5 (27,78%) afirmaram ter diagnóstico anterior de sífilis, entre estas, 4 (80,00%) realizaram o tratamento com o parceiro e apenas 01 mulher (20,00%) relatou que o parceiro não fez o tratamento. Foram encontrados resultados semelhantes em outros estudos<sup>23,27,28</sup>.

O estudo de Tannous et al.<sup>29</sup>, realizado em 2015, confirmou um aumento significativo da sífilis congênita na região noroeste do Estado de São Paulo, ocorrido, entre outros fatores, devido ao desabastecimento nacional de penicilinas, decorrente da falta de matéria-prima para sua produção, confirmado em nota informativa pelo Ministério da Saúde em 2015<sup>30</sup>.

**Tabela 4** - Percentuais referentes à incidência de sífilis nas gestantes antes e durante o pré-natal (2018)

Variáveis relacionadas à sífilis	N = 18	%
<b>Dificuldade para realizar o tratamento</b>		
Sim	01	5,56%
Não	17	94,44%
<b>Mulheres que receberam orientações no pré-natal</b>		
Sim	12	66,67%
Não	06	33,33%
<b>Realizaram o tratamento para sífilis durante o pré-natal</b>		
Sim	17	94,44%
Não	01	5,56%
<b>Parceiros que realizaram o tratamento</b>		
Sim	10	55,56%
Não	08	44,44%

Das 18 (100%) participantes, 17 (94,44%) não tiveram problemas para realizar o tratamento e apenas 1 (5,56%) teve dificuldades por ser alérgica à penicilina, sendo realizado tratamento alternativo. Quanto às orientações no pré-natal, 12 (66,67%) mulheres afirmaram ter recebido orientações, outras 06 (33,33%) disseram que não as receberam.

Sobre o tratamento para sífilis durante o pré-natal, 17 (94,44%) relataram tê-lo feito e apenas 1 (5,56%) não o fez. Quanto aos parceiros, 10 (55,56%) realizaram o tratamento junto com a gestante, outros 08 (44,44%) não o realizaram. Deve-se ressaltar que é imprescindível o homem no acompanhamento de pré-natal, pois o não tratamento do parceiro explica a dificuldade na quebra da transmissão da sífilis congênita<sup>22</sup>.

Com este estudo, destaca-se como fator de maior relevância a assistência pré-natal inadequada, pois todas as gestantes que participaram da pesquisa e realizaram o pré-natal relataram falhas nas orientações recebidas durante a assistência. Assim como mencionam outros trabalhos científicos, é fundamental a relação do diagnóstico inicial e controle da sífilis congênita, presumindo ações que intensifiquem a diminuição da sífilis no período gestacional e, portanto, da sífilis congênita<sup>21,31</sup>.

**Tabela 5** - Percentuais dos resultados de exames laboratoriais das mulheres e de recém-nascidos com sífilis (2018)

Dados das mulheres e do RN relacionados aos exames laboratoriais			
Mulheres	No pré-natal	No hospital	Recém-Nascido
M1	1 = NR 2 = NR	1:8	1:4
M2	1 = 1:2 2 = teste treponêmico	1:4	1:4
M3	1 = 1:16 2 = teste treponêmico	1:8	G1= 1:2 G2= 1:2
M4	1 = 1:81 2 = teste treponêmico	1:4	1:2
M5	1 = 1:64 2 = teste treponêmico	1:64	1:32
M6	1 = 1:4 2 = 1:2	1:2	1:1
M7	1 = 1:16 2 = teste treponêmico	1:8	1:4
M8	1 = 1:128 2 = 1:32 3 = 1:16	1:64	1:8
M9	1 = 1:4 2 = teste treponêmico	1:8	1:4
M10	1 = 1:1 2 = teste treponêmico	1:2	1:1
M11	1 = 1:8 2 = 1:4	1:8	1:8
M12	1 = 1:32 2 = teste treponêmico	1:64	1:4
M13	1 = 1:16 2 = teste treponêmico	1:2	1:2
M14	1 = 1:32 2 = 1:64	1:32	1:16
M15	1 = 1:128 2 = 1:64	1:128	1:64
M16	1 = 1:32 2 = 1:8	1:8	1:4
M17	1 = 1:64 2 = teste treponêmico	1:128	1 = NR 2 = 1:16
M18	1 = 1:8 2 = teste treponêmico	1:2	1:1

\* NR = Não Reagente  
\* G1 e G2 = Gemelar

Todas as mulheres realizaram o exame no pré-natal e parto. Os exames padronizados no município são teste rápido, VDRL, FTA-abs (*fluorescente treponemal antibody-absorption*). A esse respeito, os resultados laboratoriais identificaram que mesmo tratadas, as puérperas apresentaram, no momento do parto, titulação maior ou igual a 1:2.

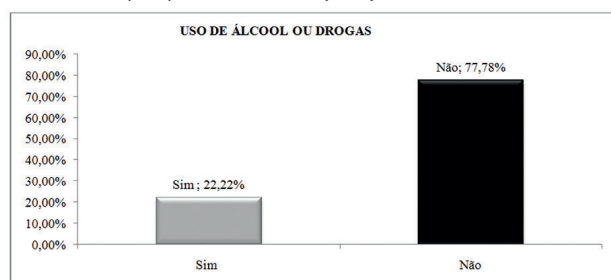
Dados laboratoriais mostram que apenas uma

gestante (5,56%) teve o VDRL não reagente durante o pré-natal, sendo diagnosticada a sífilis com VDRL titulação 1:8 no momento do parto. Encontramos resultados semelhantes sem que o primeiro exame VDRL foi não reagente em 7,1% das gestantes pesquisadas, não indicando a infecção no período gestacional<sup>23</sup>.

Ao nascimento, 15 (78,95%) recém-nascidos apresentaram titulação maior ou igual a 1:2, outros 3 (15,79%) apresentaram titulação de 1:1, porém também foram tratados baseados em protocolo de atendimento. O recém-nascido que apresentou resultado não reagente ao nascimento 1 (5,26%) foi tratado com uma dose de penicilina procaína IM profilática. Após nove dias do tratamento, o exame de VDRL foi repetido apresentando titulação de 1:16, iniciando tratamento conforme protocolo de atendimento.

É importante ressaltar que a mãe (M5) foi tratada com medicações alternativas, pois a mesma apresentava alergia a penicilina. Dessa forma, este estudo comprova a ausência de eficácia na prevenção de transmissão vertical da sífilis congênita, pois o recém-nascido apresentou VDRL com titulação 1:32. Assim, corrobora com outro estudo ao relatar que o tratamento alternativo poderá levar a cura da gestante, não do feto<sup>17</sup>. Neste contexto, a mãe permaneceu com titulação elevada no momento do parto, constatando a importância da realização da dessensibilização da penicilina para estes casos<sup>32</sup>.

**Gráfico 1** - Percentuais referentes à drogadição durante o uso na gestação das mulheres que apresentaram sífilis (2018)



Relacionado ao uso de álcool e drogas durante a gestação, 14 (77,78%) mulheres o negaram e 4 (22,22%) afirmaram ter usado álcool ou drogas durante todo o período gestacional. Portanto, neste estudo observamos que o uso de drogas não foi fator relevante, discordando de outros estudos que comprovam que a drogadição é fator de risco para sífilis congênita<sup>21,33,34</sup>.

## CONCLUSÃO

Os fatores maternos associados a transmissão da sífilis congênita neste estudo, foram: possuir menor escolaridade, estar em idade reprodutiva, não estar inserida no mercado de trabalho, possuir companheiro e ser multípara. Além de evidenciarmos que fazer pré-natal apenas da mulher não contribui para redução da sífilis congênita, é urgente a necessidade de políticas públicas que insiram o homem de forma efetiva no pré-natal.

Atualmente, pode-se dizer que na região do estudo vive-se uma epidemia de sífilis, e estratégias para o controle da doença devem ser tomadas, como treinamento e capacitação para os profissionais da saúde. Diante desse contexto, é possível afirmar que a sífilis congênita persiste e os resultados obtidos apontam falhas no pré-natal sendo necessário intensificar as políticas de saúde reprodutiva e sexual.

## REFERÊNCIAS

- Qin JB, Feng TJ, Yang TB, Hong FC, Lan LN, Zhang CL. Maternal and paternal factors associated with congenital syphilis in Shenzhen, China: a prospective cohort study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014; 33(2):221-32.
- Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013; 10(2):e1001396.
- Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington: PAHO; 2014.
- Organização Pan-Americana de Saúde. Resolução nº. CD49.R19, de 02 de outubro de 2009. Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza. Washington, D.C.; 02 de out 2009. [citado em 15 ago. 2017]. 61ª seção. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Eng.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Eng.).pdf)
- Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital Syphilis: United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64(44): 1241-5.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis. *Boletim Epidemiol Sífilis*. Brasília. 2016; 35(47)1-29.
- Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26.
- Adegoke A, Akanni O. E. Survival of treponema pallidum in banked blood for prevention of syphilis transmission. *N Am J Med Sci*. 2011 Jul; 3 (7):329-32.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília; 2014. [Internet] [citado em 15 ago. 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guavigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>
- Couto JCF, Andrade GQM, Tonelli E. Infecções perinatais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- Salazar AJ, Perret CP, Chávez AP, García PC, Millán ZO, Goycoolea MM, et al. Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita. *Rev Chil Infectol*. 2000; 17(4):289-96.



12. Costa MC, Demarch EB, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(6):767-85.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 8ª ed. Série B. Brasília; 2010.
14. Ministério da Saúde (BR). Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília; 2014 [citado em 15 ago. 2017]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_sifilis\\_web\\_pd\\_60085.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf)
15. Sousa DMN, Costa CC, Chagas ACMA, Oliveira LL, Oriá MOB, Damasceno AKC. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravamento sem controle na saúde mãe e filho. *Rev Enferm UFPE.* 2014; 8(1):160-5.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília; 2009 [citado em 15 ago. 2017]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf).
17. Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajano AJB. Sífilis na Gravidez. *Rev HUPE.* 2014;13(3):88-94.
18. Piva DD, Toso G, Tabile PM, Matras RC, Teixeira RM, Fuhrmann IM, Crespo M, Weber SR, Assmann LL. Prevalência de óbito fetal por sífilis e fatores de risco associados: análise em um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. *Uningá.* 2016;25(3):41-5
19. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Livessaved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related still births and neonatal mortality. *BMC Public Health.* 2011; 11 Suppl 3:S9.
20. Pinto VM, Basso CR, Barros CR, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018; 23(7):2423-32.
21. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública.* [Internet] 2013; 29(6) [citado em 06 jun 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>
22. Fernandes HD, Dias RM, Ventura AM, Noronha VL, Brasil L, Araújo EC. Sífilis congênita em município da Amazônia Brasileira. *Rev Paraense Med.* 2014; 28(4).
23. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(4):681-94.
24. Carvalho IS, de Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014;23(2):287-94.
25. Da Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, De Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):152-9.
26. Hildebrand VLPC. Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
27. Green T, Talbot MD, Morton RS. The control of syphilis, a contemporary problem: a historical perspective. *Sex Transm Infect.* 2001; 77:214-7.
28. Fernandes RCSC, Fernandes PGCC, Nakata TY. Análise dos casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de Campos, RJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19:157-61.
29. Tannous LSD, Pansiera CJ, Ribeiro MP, Oliveira MS, Contiero NC. Comparação entre os índices de sífilis na gestação e sífilis congênita na região de Catanduva-SP. *Rev CuidArte Enferm.* 2017;11(2):187-92.
30. Ministério da Saúde (BR). Nota informativa conjunta nº109/2015/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS. [Internet] [citado em 06 abr. 2017]. Disponível: <http://www.soperj.org.br/novo/imageBank/MS-BR-Nota-109-USO-DE-PENICILINA-EM-GESTANTES-E-CRIANCAS.pdf>
31. 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* 2004; 16:168-75.
32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
33. Rodrigues CS, Guimarães MD, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(5):851-8.
34. Ministério da Saúde (BR). Projeto de eliminação da sífilis congênita [Internet]. [citado em 06 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/Unidadedesdiagnóstico,assistênciaetratamento/Documentosreferenciais>