

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES INFECTADAS COM SÍFILIS

Patrícia Soares da Silva

Graduanda curso de Enfermagem (UNIPAM).

E-mail: patricia_soares08@yahoo.com.br

Leonor Caixeta dos Santos

Enfermeira, Especialista em enfermagem obstétrica-UFMG, mestre em promoção a saúde-UNIFRAN-SP, Professora (UNIPAM).

E-mail: leonor@unipam.edu.br

RESUMO: Objetivou-se identificar o perfil das gestantes infectadas pela sífilis, cadastradas no programa de gestação de alto risco, buscando identificar o perfil socioeconômico dessas gestantes. Pesquisa retrospectiva, documental, de abordagem quantitativa, descritivo-exploratória, realizada no Centro Estadual de Atenção Especializada-CEAE da cidade de Patos de Minas-MG. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM (Parecer nº 2.512.641/2018). Foram coletados dados em prontuários de gestantes com VDRL positivo, cadastradas no programa de alto risco no CEAE. O critério de inclusão foram gestantes maiores de 18 anos de Patos de Minas e Macrorregião, atendidas no período de janeiro a dezembro de 2017. Foram analisados 260 prontuários e identificados 22 prontuários. A busca feita nos 22 prontuários mostrou que 36,37% das mulheres tinham entre 19 a 24 anos e 36 a 41 anos. Quanto ao estado civil, 18,19% eram casadas. 22,72% faziam uso de tabaco. Concluiu-se, nesta pesquisa, que uma equipe multiprofissional contínua é fundamental na prevenção de infecções em gestante, em especial a da sífilis pelo risco da sífilis congênita.

PALAVRAS-CHAVE: Gestante. Perfil. Sífilis. Tratamento.

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the profile of pregnant women infected with syphilis, registered in the high-risk pregnancy program, so as to find out their socioeconomic profile. A retrospective, documental, descriptive-exploratory, quantitative approach was conducted at the State Center for Specialized Attention (CEAE - Centro Estadual de Atenção Especializada) in Patos de Minas-MG. The project was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the University Center of Patos de Minas - UNIPAM (Legal Opinion No. 2.512.641 /2018). Medical record data of pregnant women with positive VDRL, enrolled in the high-risk program at CEAE, were collected. The inclusion criteria were 18 year-old and older pregnant women from Patos de Minas and Macro region attended in the period from January to December 2017. 260 medical records were analyzed and 22 were identified. The search in those 22 medical records showed that 36.37% of the women's ages were from 19 to 24 and 36 to 41. As for marital status, 18.19% were married. 22.72% of them were tobacco addicts. It was concluded that the continuous work of a multi-professional team is fun-

damental to prevent infections in pregnant women, especially syphilis due to the risk of congenital syphilis.

KEYWORDS: Pregnant. Profile. Syphilis. Treatment.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença adquirida, infectocontagiosa, de reação sistêmica, causada pelo agente *Treponema pallidum*, que tem o homem como o seu único hospedeiro. É classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária. Se não tratada, sua evolução é crônica podendo acarretar sérias complicações (BRASIL, 2014).

A sífilis apresenta várias formas de transmissão sendo através de relações sexuais desprotegidas, uso de perfuro cortantes contaminados (a via transplacentária ocasiona assim a sífilis congênita), via canal de parto ou aleitamento materno, sendo a transmissão sexual a mais predominante. A sífilis se torna mais contagiosa se transmitida em sua fase inicial (BRASIL, 2017).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986, (Portaria nº 542, de 22/12/86 – Ministério da Saúde). Em 2005, o Ministério da saúde incluiu também a Sífilis em gestante como doença agravante e de notificação compulsória pela (Portaria nº33 de 14 de julho de 2005) (LIMA et al., 2017).

Essa infecção se manifesta em três estágios de forma temporária. As duas primeiras fases são as fases em que ela se torna mais contagiosa. Como os sinais e sintomas podem desaparecer em um período de tempo, o portador pode ter a falsa sensação de cura. Com o cessar das manifestações clínicas, ele deixa de buscar um diagnóstico e um tratamento adequado e eficaz. Quando não tratada, a sífilis pode acometer a pele, olhos, ossos, sistema nervoso, cardiovascular e posteriormente levar à morte (MENESES *et al.*, 2017).

O tratamento de escolha é realizado com antibiótico, que é prescrito de acordo com o estágio da doença. A avaliação clínica indicará o melhor esquema terapêutico. O que diferencia o tratamento é a dose utilizada (BRASIL, 2016).

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) provocam um impacto intenso no ser humano, destacando a gestante infectada com sífilis como um problema de saúde pública visando a sérias complicações para ela e para o feto, provocando assim a sífilis congênita (LIMA *et al.*, 2017).

A sífilis alterna as suas características clínicas de acordo com sua fase. Ela é dividida em sífilis primária, secundária e terciária.

A sífilis primária manifesta-se em uma lesão inicial, denominada cancro duro. Aparece em torno de 10 a 20 dias, desaparecendo após quatro semanas. A fase secundária é caracterizada pela disseminação no organismo. É entre a sexta e a oitava semana após o aparecimento do cancro duro. As lesões são caracterizadas por pápulas, palmoplantares, placas, mucosas, poliadenopatia generalizada, alopecia em clareira, condilomas planos. Essas lesões tendem a desaparecer com o tratamento. Na forma terciária, os sintomas surgem após três a 12 anos ou mais de contágio, atingindo ór-

gãos e tecidos, tendo manifestações neurológicas como demência e doença cardiovascular (BRITO *et al.*, 2017).

A maior parte das gestantes encontra-se na fase latente da sífilis, tornando-se necessária a adoção de testes sorológicos para o diagnóstico. O quadro clínico do recém-nascido variará de acordo com a fase da gestação em que a infecção tiver ocorrido. Quando a infecção for adquirida no último trimestre, a probabilidade do RN nascer assintomático é maior. A sífilis congênita pode apresentar quadro clínico variável: desde rinite hemorrágica, erupção eritematopapulosa, placas mucosas, condiloma plano, fissuras periorificiais radiadas, microadenopatia e hepatoesplenomegalia, choro intenso e plaquetopenia, entre outras manifestações possíveis na sífilis congênita recente e outras manifestações tardias (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Devido à alta incidência das complicações principalmente em gestantes, cada vez mais a Saúde Pública vem realizando campanhas para alertar e orientar as pessoas sexualmente ativas frente à realidade sexual de cada um, como a multiplicidade de parceiros, a prática sexual sem o uso de preservativos, ou seu uso inadequado (MENESES *et al.*, 2017).

Portanto, é de suma importância que seja feito tratamento adequado da gestante e do seu parceiro, a fim de se obter a cura e evitar a reinfecção da gestante e a transmissão vertical, pois é sabido que a sífilis pode ser transmitida para o conceito em qualquer fase da gestação e acarretar serias complicações para este (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

O Ministério da Saúde, através da portaria 3162 de 27/12/2017, determinou que, em determinadas situações, seja realizada a administração da penicilina G benzatina como única droga de escolha no tratamento da sífilis em gestantes. Preconiza a sua administração mediante a avaliação clínica e o resultado positivo para a sorologia de VDRL (BRASIL, 2011).

É papel do enfermeiro treinar a sua equipe quanto o manejo da gestante infectada com sífilis, devendo atuar no controle da sífilis congênita, ofertando a ela, no mínimo, seis consultas de pré-natal, orientando essa gestante sobre a importância de um tratamento completo tanto dela quanto do seu parceiro, reforçando também sobre o uso de preservativo durante e após o tratamento para que se tenha maior eficácia (ROCHA *et al.*, 2017).

Este estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico das gestantes infectadas pela sífilis em qualquer período gestacional, cadastradas no programa de gestação de alto risco, buscando identificar o perfil socioeconômico e obstétrico dessas gestantes.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo documental com abordagem quantitativa, que foi realizada através de questionários, de análise dos prontuários de gestantes infectadas com sífilis cadastradas no centro de referência de alto risco de Patos de Minas, buscando perfil epidemiológico.

A pesquisa foi realizada no município de Patos de Minas- MG com as gestantes cadastradas no Centro Estadual de Atenção Especializada-CEAE localizada na rua Dr. Noé Ferreira s/n Bela vista.

O perfil epidemiológico dessas gestantes foi avaliado de acordo com faixa etária, grau de escolaridade, ocupação, situação conjugal, uso de drogas, número de gestações, trimestre em que ocorreu a infecção, tratamento completo da gestante, tratamento completo do parceiro, reinfeção, desfecho da gestação.

Foram incluídos na pesquisa prontuários de gestantes com idade acima de 18 anos, com diagnóstico positivo para sífilis, cadastradas no Centro Viva vida Dona Francisca escolástica Pereira. Foram excluídos prontuários com resultados de sorologias falso-positivos, sem exames registrados e gestantes que não foram cadastradas no período de janeiro a dezembro 2017.

Para identificar o perfil epidemiológico, fez-se análise de prontuários. Foi verificada a frequência de casos, idade, profissão, escolaridade, número de parceiros fixo, renda.

A coleta de dados foi iniciada após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM (Parecer nº2.512.641/2018). Todos os dados coletados pelo instrumento citado acima foram analisados, agrupados e organizados pela estatística descritiva através do Excel 2013.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Dos 260 prontuários de gestantes analisados, foram encontrados 22 prontuários de gestantes infectadas com sífilis, com idade entre 18 e 41 anos, cadastradas no CEAE.

Tabela 1 — Distribuição do número de Gestantes infectadas com sífilis de acordo com a Faixa etária, e escolaridade. Cidade Patos de Minas, MG, 2017

Idade	n	%
18 anos	3	13,63
19 a 24 anos	8	36,37
25 a 29 anos	1	4,54
30 a 35 anos	2	9,09
36 a 41 anos	8	36,37
Total	22	100
Idade	n	%
Ens. Fundamental	1	4,54
Ens. Médio Incompleto	1	4,54
Ens. Médio Completo	0	-
Superior	1	4,54
Não Referido	19	86,38
Total	22	100

Fonte: Autoria própria, 2018.

Dos prontuários selecionados, prevaleceram as faixas etárias de gestantes de 19 a 24 anos e de 36 a 41 anos infectadas com sífilis; as idades variaram entre 18 e 41 anos. As IST provocam um impacto intenso no ser humano, principalmente em gestantes infectadas com sífilis, acarretando sérias complicações para ela e para o feto (LIMA *et al.*, 2017).

Silva *et al.* (2017) observaram em sua pesquisa que a faixa etária mais acometida foi entre 20 e 24 anos de idade, representado um total de 31,91% da população infectada. Ainda observou uma grande parcela (25,53%) acometendo jovens de 15 a 19 anos, 23,40% entre adultos de 25 a 29 anos e 19,14% pessoas de 30 a 35 anos.

Em relação à escolaridade, os registros obtidos mostraram que 86,36% não indicaram o nível de escolaridade, 4,54% tinham ou Ensino Fundamental, ou Ensino Médio incompleto, ou Ensino Superior.

A baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e para o feto por ter efeito na percepção dos problemas de saúde e na capacidade de entendimento das informações, como na utilização dos serviços de saúde e na adesão ao tratamento (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Costa *et al.* (2016) realizaram uma entrevista com algumas gestantes com VDRL positivo e descreveram que as participantes demonstraram um déficit de conhecimento sobre a sífilis, além do domínio de conceitos fragmentados e superficiais, associando a informação de que se trata de uma simples doença transmitida sexualmente, negligenciando a gravidade do problema.

Tabela 2 — Distribuição do número de gestantes infectadas com sífilis de acordo com a ocupação, situação conjugal e uso de drogas, na Cidade Patos de Minas, MG, 2017

Trabalha	n	%
Sim	2	9,09
Não	2	9,09
Não Referido	18	81,82
Total	22	100
Situação Conjugal	n	%
Solteira	3	13,63
União Estável	2	9,09
Casada	4	18,19
Divorciada	1	4,54
Não Referido	12	54,55
Total	22	100
Drogas	n	%
Não Utilizam	12	54,55
Tabaco	5	22,73
Álcool	2	9,09
Maconha	2	9,09
Crack	1	4,54
Total	22	100

Fonte: Autoria própria, 2018.

Na tabela 2, a pesquisa mostrou que 9,09% das gestantes trabalham fora e 9,09% não trabalham; 81,81% não mencionaram se trabalharem ou não.

Quanto à situação conjugal, 54,55% não fizeram referência à situação; 18,19% são casadas, 13,3% solteiras, 9,09% estão em uma união estável e 4,54% estão divorciadas.

Quanto ao uso de drogas, prevaleceram 54,55% de gestantes que não utilizam nenhum tipo de droga e 22,73% usam tabaco. A gestante tabagista é dada como gestação de risco devido à maior possibilidade de ocorrer intercorrências na gestação,

como menor crescimento intrauterino, parto prematuro e baixo peso da criança ao nascer (PENA et al., 2017).

Destaca-se o uso de álcool, com 9,09% das gestantes. Sabe-se que a ingestão de álcool durante a gestação acarreta diversos comprometimentos para o feto, pois está relacionada com a toxicidade embriológica e a formação de fetos teratogênicos, além de acarretar síndrome fetal alcoólica e déficit mental e de crescimento (NUNES, *et al.*, 2016).

Em relação ao uso de drogas ilícitas, 9,09% das gestantes referiram fazer uso de maconha e 4,54% uso de crack. Pesquisas mostram que a maconha e o craque estão entre as drogas ilícitas mais utilizadas pelas gestantes, incluindo a cocaína. Os malefícios dessas substâncias atingem o bebê desde a fertilização do óvulo até a fase embrionária e fetal; além disso, o bebê pode nascer com a síndrome da abstinência fetal, pois essas drogas conseguem atravessar a barreira placentária (SANTOS *et al.*, 2016).

Tabela 3 — Distribuição do número de gestantes infectadas com sífilis de acordo com número de gestações, trimestre da infecção, tratamento completo da gestante e do parceiro, reinfeção, desfecho da gestação, na Cidade Patos de Minas, MG, 2017

Nº de Gestações	n	%
1	9	40,91
2	5	22,73
3	5	22,73
4	0	-
5	3	13,63
Total	22	100
Trimestre da Infecção	n	%
1º	5	22,73
2º	14	63,64
3º	3	13,63
Total	22	100
Tratamento Completo Gestante	n	%
Sim	18	81,82
Não	4	18,18
Total	22	100
Tratamento Completo Parceiro	N	%
Sim	14	63,64
Não	8	36,36
Total	22	100
Reinfecção	n	%
Sim	4	18,18
Não	18	81,82
Total	22	100
Desfecho Gestação	n	%
Pré Termo	0	-
A Termo	15	68,19
Aborto	1	4,54
Natimorto	1	4,54
Não Refere	5	22,73
Total	22	100

Fonte: Autoria própria, 2018.

Referente ao número de gestações, 40,91% estavam em sua 1ª gestação, 22,73% em sua 2ª ou 3ª gestação; apenas 13,63% estavam na 5ª gestação.

O índice de maior infecção por sífilis encontra-se no 2º trimestre da gestação, cerca de 63,64%, seguido pelo 1º trimestre, com 22,73% e pelo 3º trimestre, com 13,63%.

Dos prontuários analisados, observou-se que 81,82% das gestantes realizaram o tratamento completo e 18,18% não tiveram adesão ao tratamento por algum motivo. Quando não tratada, a sífilis na gestação pode causar morbidades na vida intrauterina e levar a complicações como o aborto e malformações fetais em grande parte dos casos. O pré-natal é de suma importância para o diagnóstico precoce e o tratamento correto dessas gestantes (LIMA et al., 2017).

A forma de tratamento preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde, diante dos casos diagnosticados de sífilis, é tratar imediatamente a mulher e seu parceiro, considerando a fase em que se encontra a doença: sífilis primária: penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), em dose única; sífilis secundária ou sífilis assintomática com menos de um ano de evolução (latente recente): duas séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série; dose total: 4.800.000 UI; sífilis terciária ou sífilis assintomática com mais de um ano de evolução (latente tardia) ou com evolução ignorada: três séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM (1.200.000 UI aplicados em cada glúteo), com intervalo de uma semana entre cada série; dose total: 7.200.000 UI (BRASIL, 2006).

Foi observado que os parceiros têm certa resistência ao tratamento em comparação com as gestantes, pois somente 63,64% destes realizaram o tratamento completo e os outros 36,36% não realizaram. A falta de adesão ao tratamento por parte do parceiro ainda é um dos desafios enfrentados para o controle da sífilis e a principal causa de reinfecção na gestação (FIGUEIREDO *et al.*, 2015).

Esse déficit no tratamento dos parceiros foi identificado em dois estudos distintos. Isso contribui para a permanência e disseminação da doença. Os autores apresentaram como fatores associados a essa falta de adesão ao tratamento por parte dos parceiros o grau de instrução e de educação, a falta de conhecimento a respeito das infecções sexualmente transmissíveis, a baixa adesão ao serviço de saúde pela população masculina, seja por motivos empregatícios, seja por falta de interesse quanto aos cuidados com a saúde (ROCHA *et al.*, 2017).

Entre as gestantes que realizaram ou não o tratamento completo junto com seus parceiros, 81,82% não tiveram reinfecção durante o período gestacional e 18,18% das gestantes diagnosticadas com sífilis em algum período da gestação tiveram reinfecção com o vírus *Treponema Pallidum*.

O desfecho das gestações da grande maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal, que tiveram um acompanhamento rigoroso e adequado, foi o seguinte: 68,19% tiveram parto a termo e 22,73% ainda não tinham atingido a idade gestacional no momento da pesquisa; as gestantes que não se trataram adequadamente, 4,54%, tiveram aborto ou parto em que o feto nasceu natimorto.

CONCLUSÃO

Concluimos, nesta pesquisa, a importância de uma equipe multiprofissional na prevenção de infecções para a gestante, em especial na prevenção da sífilis, pelo risco de infectar o feto. Sabe-se que o número de casos continua em ascensão, colaborando com altos índices de óbitos fetais.

Observou-se a necessidade de o enfermeiro, como profissional da equipe da saúde da família, atuar de forma intersetorial e interdisciplinar, no sentido de orientar e sensibilizar as gestantes sobre a importância da adesão ao tratamento da sífilis, efetuar as aplicações de penicilina G benzatina ainda na unidade, ressaltando às gestantes a importância de um tratamento completo, tanto o delas quanto o de seus parceiros, com vistas a prevenir os impactos negativos ao feto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portal Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/Guia_VE.pdf> Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Associação de ginecologistas e obstetras de Minas Gerais. *Sogimig*. Disponível em: <<http://www.sogimig.org.br/site/sifilis-na-gravidez-pode-gerar-prejuizos-a-saude-dobebe-e-ate-mesmo-abortamento>> Acesso em: 03 out. 2017.

_____. Federação Brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Febrasgo* 2017. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/188-sifilis?highlight>> Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) 38 - SVS - Programa Nacional de DST/Aids*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controladoencas_sexualmente_transmissiveis.pdf> Acesso em: 23 out. 2017

_____. Ministério da saúde. *Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html> Acesso em: 07 out. 2017.

BRITO, Alane Silva *et al.* Cartilha com informações de saúde sobre a Sífilis gestacional: elaboração e implementação. *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*, Quixadá-CE, 2(1): 1-5, 2017.

COSTA, Joávio Soares *et al.* O conhecimento de gestantes com diagnóstico de sífilis sobre a doença. *Revista Interdisciplinar*, 9(2): 79-89, 2016.

DAMASCENO, Alessandra B. A. *et al.* Sífilis na gravidez. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, 13(3): 88-94, 2014.

FIGUEIREDO, Mayanne de *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Cariri (CE), 16(3): 346-347, 2015.

LIMA, Valdênia Cordeiro *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *Journal of Health & Biological Sciences*, Sobral (CE), 5(1): 56-61, 2017.

LIMA, Ana Júlia Modesto *et al.* Sífilis Congênita: desafios da assistência pré-natal e suas consequências. *Revista Educação em Saúde*, Anápolis (GO), 5(supl 1):37, 2017.

MACIEL, Rayane Bento *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis na cidade de Americana (SP) de 2005 a 2015. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul (RS), 7(3): 2-8, 2017.

MARIA, Fernanda Nunes *et al.* Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do sul de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, 44(1): 41-61, 2016.

MENESES, Maiara Oliveira *et al.* O perfil do comportamento sexual de risco de mulheres soropositivas para sífilis. *Revista de enfermagem UFPE*, Rio de Janeiro, 11(4): 1585-1594, 2017.

PENA, Janaina Cristina de Paula *et al.* Uso de álcool e tabaco na gestação: influência no peso do recém nascido. *Revista Saúde-UNG*, Guarulhos (SP) 11(1/2): 74-82, 2017.

SILVA, Ivone Tristão da *et al.* Situação epidemiológica da sífilis no município de goianésia-go durante o período de 2013 a 2017. In: *Congresso Interdisciplinar-ISSN: 2595-7732*, Goianésia (GO), 2017 4(1): 1-4.

ROCHA, Roseany Patricia Silva *et al.* Análise do perfil epidemiológico de sífilis nas gestantes em Tangará Da Serra de 2007 a 2014. *Renome*, Tangará da Serra (MT), 5(2): 03-21, 2017.

SANTOS, Carolina Souza *et al.* Avaliação de variáveis ao nascimento de recém-nascidos de mães usuárias de drogas. Santo André (SP), 5(1): 4-13, 2016.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Rio de Janeiro, 29(supl): 85-92, 2017.