



Tamires Montagner Tisott

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS EM
PARCEIROS DE GESTANTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE DE
RISCO HABITUAL DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Maria - RS

2021

Tamires Montagner Tisott

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS EM
PARCEIROS DE GESTANTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE DE
RISCO HABITUAL DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho final de graduação apresentado ao curso de Medicina, Área de Ciências da saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Lorensi Feltrin

Santa Maria – RS

2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para a realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. e Dr. Marcelo Lorensi Feltrin, pela acolhida e ajuda na elaboração do trabalho, pelo incentivo e presteza no auxílio às atividades.

Obrigado à Universidade Franciscana (UFN), à maternidade do Hospital Casa de Saúde de Santa Maria (RS) e a todos os meus professores por esses anos de graduação, de aprendizado, de amizades.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DE LITERATURA	3
METODOLOGIA	16
RESULTADOS	18
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICES	32
ANEXOS	34

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS EM PARCEIROS
DE GESTANTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL
DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**RETROSPECTIVE STUDY OF RAPID TESTING FOR SYPHILIS IN PARTNERS OF
PREGNANT WOMEN ADMITTED IN A MATERNITY OF USUAL RISK IN THE
INTERIOR STATE OF RIO GRANDE DO SUL**

RESUMO

Objetivos: Este estudo teve como principal objetivo avaliar a qualidade do pré-natal de gestantes internadas em uma maternidade de risco habitual. Foi estimada a prevalência dos resultados obtidos nos exames e tratamento para sífilis de gestantes, pais/parceiros sexuais e os desfechos neonatais.

Métodos: Estudo de natureza descritiva, abordagem quantitativa e retrospectiva, realizado através da revisão de prontuários de gestantes internadas em um hospital no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Resultados: Foram analisados 1194 prontuários de gestantes, desses o número de gestantes reagentes foi de 43 (3,60%). Com relação a este grupo de pacientes, 13 (36,11%) parceiros sexuais apresentaram teste rápido positivo para sífilis e 24 (66,7%) recém-nascidos tiveram VDRL reagente. O tratamento foi considerado adequado em 25 (69,44%) gestantes, e quanto aos parceiros sexuais, 20 (55,56%) também tiveram este resultado. Em decorrência do tratamento inadequado dos pais, verificamos que no grupo de gestantes reagentes, 12 (33,33%) recém-nascidos foram encaminhados ao ambulatório de infectologia e 10 (27,78%), internaram para investigação e tratamento. Quando o casal foram ambos reagentes encontramos a maior prevalência de recém-nascidos com VDRL positivo, estando presente em 10 (90,91%) destas crianças. Com relação as gestantes e parceiros sexuais considerados adequadamente tratados, 11 (61,11%) recém-nascidos necessitaram de alguma intervenção.

Conclusão: A participação do parceiro nas consultas de pré-natal é importante, pois contribui para o estabelecimento de medidas preventivas contra a sífilis congênita. A alta prevalência de recém-nascidos com VDRL reagente, sugere a existência de falhas na assistência pré-natal e aponta serem necessários maiores investimentos no rastreamento da sífilis.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis gestacional. Sífilis congênita.

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to evaluate the quality of prenatal care for pregnant women admitted to a maternity hospital at usual risk. The prevalence of results obtained in tests and treatment for syphilis in pregnant women, parents/sexual partners and neonatal outcomes was estimated.

Methods: Descriptive study, quantitative and retrospective approach, carried out through the review of medical records of pregnant women admitted to a hospital in the interior of the state of Rio Grande do Sul.

Results: 1194 medical records of pregnant women were analyzed, of which the number of reagent pregnant women was 43 (3,60%). Regarding this group of patients, 13 (36,11%) sexual partners had a positive rapid test for syphilis and 24 (66,7%) newborns had reagent VDRL. Treatment was considered adequate in 25 (69,44%) pregnant women, and as for sexual partners, 20 (55,56%) also had this result. As a result of inadequate parents' treatment, we found that in the group of reagent pregnant women, 12 (33,33%) newborns were referred to the infectology clinic and 10 (27,78%) were hospitalized for investigation and treatment. When the couple were both reactive, we found the highest prevalence of newborns with positive VDRL, being present in 10 (90,91%) of these children. Regarding pregnant women and sexual partners considered adequately treated, 11 (61,11%) newborns needed some intervention.

Conclusion: The partner's participation in prenatal consultations is important, as it contributes to the establishment of preventive measures against congenital syphilis. The high prevalence of newborns with reagent VDRL suggests the existence of flaws in prenatal care and indicates that greater investments are needed in syphilis screening.

Keywords: Syphilis. Gestational syphilis. Congenital syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma patologia transmitida predominantemente pelo contato sexual e verticalmente durante a gestação, tendo como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum subespécie pallidum*. Historicamente, sua origem é ainda desconhecida, no entanto há relatos do estágio terciário da doença sífilítica desde a Grécia Antiga. Em geral, desenvolve-se através de duas formas, a sífilis adquirida e congênita, as quais são compostas por distintos estágios e manifestações clínicas (FERREIRA, 2013; CASAL et al., 2012).

As diferentes formas da doença sífilítica se encontram em ascensão no mundo contemporâneo, e também no Brasil. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 12 milhões de novos casos anuais de sífilis, cerca de 1,5 a 1,85 milhões dos registros foram identificados no período gestacional, sendo que 50% da prole gerada por estas gestantes apresentou consequências adversas devido a esta infecção. Apesar da existência de uma terapia eficaz contra esta patologia, através da benzilpenicilina benzatina intra-muscular (IM), a não realização do diagnóstico e tratamento adequado durante o pré-natal são o resultado de um sistema público de saúde ineficiente na gestão preventiva da sífilis congênita (CONCEIÇÃO et al., 2019; BRASIL, 2020).

Em 2018, a Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul elaborou uma norma técnica, a qual determina a realização de exame para sífilis em 100% dos pais/parceiros sexuais de gestantes internadas no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta norma visa detectar possíveis falhas ocorridas durante o período gestacional, principalmente no que se refere ao diagnóstico precoce e tratamento de pais/parceiros infectados pela sífilis. Nesta perspectiva, a regulamentação se justifica, já que a sífilis quando presente no período gestacional e não tratada corretamente, pode acarretar grandes agravos à saúde das futuras gerações, tanto no que abrange o período gestacional quanto após o nascimento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal ocorre em cerca de 40% das crianças infectadas a partir de mães não diagnosticadas ou tratadas para sífilis. Tal consequência é bastaste

preocupante, já que em 2015, a incidência desta infecção chegou a 6,5 casos a cada mil nascidos vivos, sendo um valor 13 vezes mais elevado do que é admitido pela Organização Mundial da Saúde (HOLZMANN, 2018).

De acordo com Tomasi (2017), o qual elaborou um censo de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre os anos de 2012 e 2013, apenas 15% das gestantes tiveram uma atenção pré-natal adequada. Esse dado evidencia a deficiência existente no atendimento durante o período gestacional na rede pública, sendo esta a principal causa da alta incidência de sífilis congênita no Brasil. Em muitos casos, tal mazela impossibilita o tratamento das gestantes e seus respectivos parceiros sexuais em tempo hábil, não permitindo a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

O presente estudo objetivou verificar a qualidade do pré-natal das gestantes internadas em uma maternidade de risco habitual do interior do estado do Rio Grande do Sul. Foi analisado de modo quantitativo os resultados obtidos nos exames e tratamento para sífilis de gestantes, pais/parceiros sexuais e os desfechos neonatais registrados nos prontuários, entre janeiro e dezembro de 2020.

REVISÃO DE LITERATURA

A sífilis é uma doença infectocontagiosa que há vários séculos aflige a humanidade, e com o objetivo de elucidar a sua origem geográfica, foram desenvolvidas duas teorias. A primeira é denominada de colombiana, a qual cita que a sífilis foi introduzida no continente europeu pelos marinheiros que participaram da descoberta do Novo Mundo, já que neste local, essa doença era tida como endêmica. Em contrapartida, outros pesquisadores defendem que esta infecção deriva de mutações e adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano (AVELLEIRA et al., 2006).

Portanto, a verdadeira origem da sífilis ainda é desconhecida, sendo descrita em vários períodos da história, como na Grécia Antiga, na qual Hipócrates relatou a forma terciária da doença. Na cidade de Pompeia foram encontrados vestígios arqueológicos da sífilis em sulcos e dentes de crianças, e apesar dessas evidências, é fato que as grandes epidemias de sífilis ocorreram somente a partir do século XVI. Nesse período, a população europeia ainda não havia tido contato com esta patologia e por isso, os sintomas foram mais graves e repentinos quando comparados aos que caracterizam a doença sífilítica na atualidade (FERREIRA, 2013).

A descoberta do agente etiológico da sífilis ocorreu em 1905, a qual foi realizada por Schaudinn e Hoffmann, assumindo importância fundamental neste momento da história, pois impulsionou o estudo desta infecção por mais pesquisadores. O bacteriólogo Ehrlich, 5 anos após o evento anterior, desenvolveu o primeiro tratamento para o combate da sífilis, um composto sintético de arsfenamina que ficou conhecido como “bala mágica”. Porém, somente com a introdução da penicilina em 1943, a epidemia ocasionada pelo *Treponema pallidum* foi controlada, o que não perdurou por muito tempo, visto que na metade desse mesmo século, as mudanças no comportamento sexual das populações da época resultaram em um novo aumento de casos. Tal realidade foi modificada, apenas com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em razão de que a sífilis foi identificada como um agente facilitador na transmissão deste vírus e, portanto, despertou a necessidade de implementar medidas ao combate da doença sífilítica,

principalmente na área de prevenção (AVELLEIRA et al., 2006; WEINSTOCK et al., 1998).

No Brasil, o contato entre os povos indígenas e colonizadores, que futuramente acrescentaria os africanos, acarretou a disseminação de várias doenças, inclusive a sífilis. A doença sífilítica foi favorecida pelo intenso contato sexual entre essas populações, o qual não se relacionava apenas com a satisfação carnal, mas também como uma forma de demarcar a cultura europeia nesse novo continente. Historicamente, o país foi marcado por vários surtos desta enfermidade, contudo destaca-se o período industrial, no qual o crescimento desordenado das cidades e uma gestão em saúde pública ineficiente tornaram, novamente, as classes menos favorecidas alvo das epidemias infectocontagiosas (GRIEBELER, 2009).

Etiologicamente, a sífilis é ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum*, pertencente à ordem Spirochaetales, família Spirochaetaceae e ao gênero *Treponema*. Existem duas espécies e três subespécies de *Treponema*, as quais podem afetar os seres humanos que são: *Treponema carateum*, causador da pinta; *Treponema pallidum subsp. pallidum*, causador da sífilis venérea; *Treponema pallidum subsp. pertenue*, causador da boubá; *Treponema pallidum subsp. endemicum*, causador da sífilis endêmica ou bejel. Todas as bactérias pertencentes ao gênero *Treponema* são gram-negativas, que por não reterem o corante com violeta de genciana apresentam um tom róseo-avermelhado na bacterioscopia (CASAL et al., 2012).

Quanto ao aspecto morfológico, o *Treponema pallidum* possui células com formato espiralado (10 a 20 espiras), que medem aproximadamente 5 - 20 μm de comprimento e 0,1 a 0,2 μm de espessura. Apesar de não conter uma membrana celular para protegê-la, a célula apresenta um envelope externo com essa finalidade, constituído por três camadas ricas em ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Além disso, é composta por endoflagelos que se enrolam em volta do corpo celular, permitindo que célula bacteriana realize movimentos repetitivos e ondulantes, o qual é definido como motilidade em saca-rolhas (AVELLEIRA et al., 2006; CASAL et al., 2012).

Segundo Avelleira et al. (2006) e Casal et al. (2012), a espécie *Treponema pallidum* é um agente infectante encontrado somente em seres humanos. Quanto a definição da espécie de *pallidum*, este termo foi retirado do latim que traduzido significa pálido, já que a visualização do patógeno é dificultada no microscópico à luz direta, pela presença de uma pequena diferença de densidade entre o corpo e a parede celular. Outra característica importante desta espécie é que seu metabolismo celular, principalmente, quanto a síntese de aminoácidos e carboidratos, é bastante limitado, e por isso muitos nutrientes acabam sendo extraídos do organismo hospedeiro através de proteínas de transporte. Essa limitação metabólica é ocasionada por uma maior sensibilidade aos níveis oxigênio e temperatura, o que impossibilita o seu cultivo in vitro, dificultando o estudo dos seus principais mecanismos imunopatogênicos.

Assim, apesar do *Treponema pallidum* ser um dos patógenos mais importantes no mundo contemporâneo, somente em 1998, a sequência completa do seu genoma foi elucidada, sendo este caracterizado pela presença de um cromossoma circular com 1138006 pares de base e 1041 sequências de codificação. A aquisição deste conhecimento foi de grande valia, visto que os genes são responsáveis pelas várias funções desempenhadas por esse patógeno. O principal tema de estudo a partir do advento genoma foi conduzido quanto ao fator de virulência, porém mesmo com ajuda desta tecnologia este mecanismo não foi completamente esclarecido, apenas permitiu um direcionamento quanto os possíveis fatores envolvidos. Isso porque, foi verificada a ausência de mecanismos clássicos presentes nas demais bactérias gram-negativas, como lipopolissacarídeos e enzimas citolíticas que eram tidas como as principais hipóteses para a explicação do grau de patogenicidade deste microrganismo (FERREIRA, 2013; CASAL et al., 2012).

Entretanto, o sequenciamento do genoma do agente infeccioso da sífilis vem permitindo o estudo de outros aspectos patogênicos. Conforme CASAL et al. (2012), a grande capacidade invasiva dos espiroquetas estaria relacionada a conservação de genes relacionados à motilidade. Já os genes *tpr*, seriam responsáveis pela codificação de proteínas da membrana externa desta bactéria, as quais poderiam atuar como porinas e adesinas. Portanto, a compreensão da família *tpr* e de demais genes codificadores de proteínas de superfície estão sendo intensamente

pesquisados, pois podem contribuir para o desenvolvimento de métodos de imunização (WEINSTOCK et al., 1998).

A aquisição desta patologia ocorre principalmente pela via sexual (vaginal, oral e anal), a qual apresenta uma infectividade em torno de 30%. A contaminação, por sua vez, ocorre devido ao contato direto com as lesões presentes nos órgãos genitais de um indivíduo previamente infectado, sendo essa via responsável por 95% dos casos de sífilis. Ocasionalmente, pode ocorrer por via indireta, através do contato com objetos contaminados e por transfusão sanguínea. Outra forma de transmissão, a qual apresenta grande importância no contexto gestacional, é a via de transmissão vertical, sendo que neste caso, a gestante infectada deve ser tratada durante o pré-natal, caso contrário cerca de 50 a 100% dos neonatos podem ser infectados (AVELLEIRA et al., 2006; CASAL et al., 2012).

Atualmente, a doença sífilítica é uma epidemia presente nas principais nações em desenvolvimento, sendo uma importante causa de úlcera genital. Conforme a OMS, a cada ano surgem cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis no mundo, e 1,5 a 1,85 milhões destes casos ocorrem em mulheres no período gestacional. No que se refere ao Brasil, a sífilis é uma doença de notificação compulsória através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Na tabela 1, podemos observar o número de casos de sífilis adquirida em gestantes e congênita referente ao ano de 2019 (CONCEIÇÃO et al., 2019; BRASIL, 2020).

Tabela 1: Número de casos de sífilis no ano de 2019 no Brasil

	Número de casos
Sífilis adquirida	152.915
Sífilis em gestantes	61.127
Sífilis congênita	24.130

Apesar dos dados epidemiológicos encontrarem-se elevados neste ano, foi observado um decréscimo quando comparado ao ano de 2018 nas taxas de detecção em gestante, taxa de incidência de sífilis congênita e taxa de detecção de sífilis

adquirida. Porém, parte desta redução pode ter sido ocasionada por problemas de transferência de dados ou pela demora na realização da notificação. No que se refere ao sexo, em 2010 a sífilis ocorreu na razão de dois casos em homens para cada dez casos em mulheres, já em 2019 essa foi de sete casos em homens para cada dez casos em mulheres, embora exista uma grande diferença no intervalo de tempo abordado, desde o ano de 2014 essa razão vem se apresentando estável. Portanto, no Brasil, a doença sífilítica atinge predominantemente a faixa etária de 20 a 29 anos e o sexo feminino, especialmente jovens e negras, e quando presente no período gestacional, observaram-se as maiores prevalências em mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos (CONCEIÇÃO et al., 2019; BRASIL, 2020).

O Rio Grande do Sul (RS), por sua vez, de acordo com dados do Sinan, contabilizou 53.726 casos de sífilis adquirida no ano de 2018, apresentando uma grande redução em relação ao ano anterior, o qual registrou 113.800 casos. A faixa etária mais atingida foi a população de 20 a 29 anos, totalizando cerca de 33,6% dos casos totais, e quanto ao sexo, os homens representaram 52% destes. No que se refere ao número de sífilis em gestantes e congênita, no período de janeiro de 2011 a junho de 2018 foram registrados 15.927 e 10.003 casos, respectivamente. Logo, a assimetria entre os casos de sífilis em gestantes e congênita pode estar relacionada a implementação de medidas preventivas contra a sífilis congênita, já que o número de gestantes infectadas pela sífilis vem aumentando ao longo dos anos.

Quanto ao município de Santa Maria - RS, o Sinan documentou uma variação significativa no número de indivíduos infectados pela sífilis, quando comparados os anos de 2011 e 2016. Isso porque, foram registrados apenas 6 casos da doença em 2011, já em 2016, esses totalizaram 287 casos. Este aumento, também, foi observado nos casos de sífilis em gestantes, sendo registrado 31 casos no ano de 2011 e 150 casos em 2016. Quanto aos registros de sífilis congênita, foram notificados 17 casos em 2011 e 73 casos em 2016. Apesar do contínuo aumento nos casos de sífilis congênita ao longo deste mesmo período, a elevação gradativa entre a diferença dos casos de sífilis em gestantes e congênita, indica que o município vem adotando ações preventivas para evitar a transmissão vertical, a qual é uma prática observada também em nível estadual.

Clinicamente, a sífilis pode apresentar formas variadas, as quais são diferenciadas de acordo com sua duração e localização, contudo cerca de 50% dos casos são assintomáticos. A progressão da doença sífilítica, pode ser dividida em recente e tardia, todavia há algumas variações entre as classificações. Nos Estados Unidos, o período recente é compreendido até o primeiro ano de evolução da doença, pois segue os critérios utilizados pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC), já na Europa, o período recente está relacionado aos dois primeiros anos da doença, o que está em acordo com os critérios da OMS. Quando não tratada, a sífilis adquirida evolui progressivamente para o estágio primário, secundário, latência e terciário (AVELLEIRA et al., 2006; FERREIRA, 2013).

A sífilis primária possui uma duração entre 1 semana a 3 meses, a qual se inicia através da inoculação do *Treponema pallidum* através do contato com a pele ou mucosas, sendo que neste local ocorrerá a formação do cancro duro. A lesão inicial manifesta-se como uma pequena pápula, a qual evolui de forma rápida para uma lesão ulcerosa indolor, podendo também ocasionar linfadenopatia local. Em geral, o indivíduo infectado apresenta uma única lesão, todavia em casos de coinfeção com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), essas podem ser múltiplas, as quais estão presentes nos locais de exposição, mas também podem ser encontradas nos órgãos genitais externos. Desse modo, como há a presença de lesões indolores, as quais apresentam resolução independente da realização do tratamento, muitas vezes estas passam despercebidas pelo indivíduo infectado (COHEN et al., 2013; FERREIRA, 2013).

A evolução para o estágio de sífilis secundária ocorre quando não há tratamento das lesões primárias, desenvolvendo-se 2 semanas a 8 semanas após a cicatrização do cancro. As lesões cutâneas são variadas e altamente infectantes, sendo que o mesmo ocorre nas lesões presentes na sífilis primária, já que apresentam uma alta concentração da bactéria *Treponema pallidum*. No que se refere à manifestação cutânea, classicamente apresenta-se através de erupções maculopapulares difusas, se localizando no tronco, membros, palmas das mãos e plantas dos pés. Além disso, pode incluir o condiloma lata, que está presente em regiões intertriginosas, bem como manchas aczentadas em mucosas, pápulas fissuradas e alopecia. Nesta fase ocorre a disseminação da infecção sistemicamente,

logo sintomas como inflamação dos linfonodos (cervicais, axilares, inguinais e epitrocleares), febre baixa, cefaleia, mal-estar, náusea, vômito e fadiga podem estar presentes (COHEN et al., 2013; FERREIRA, 2013).

Como as lesões também desaparecem após algumas semanas sem a necessidade de intervenção terapêutica, muitos infectados acabam não procurando atendimento médico. Assim, quadros de uveíte, neurosífilis meningovascular, quadros meníngeos e isquêmicos estão se tornando comuns, principalmente, em pacientes imunossuprimidos. A variedade de formas clínicas presentes neste estágio acaba designando à doença sífilítica, a expressão de “a grande imitadora”, por isso torna-se necessário a análise de possíveis diagnósticos diferenciais, como infecção aguda por HIV e a causada pelo vírus Epstein-Barr (BRASIL, 2020; COHEN et al., 2013).

No estágio denominado de latente há um período assintomático, sendo identificado apenas através de testes treponêmicos e não treponêmicos. Contudo, alguns períodos de recaídas podem ocorrer, nos quais o indivíduo torna-se infectante novamente. Quanto ao tempo de duração, este pode perdurar por anos e até mesmo se estender ao longo de toda a vida do infectado. A sífilis terciária, por sua vez, se faz presente em uma minoria dos infectados, ocorrendo de 1 a 40 anos após a contaminação. Os sintomas apresentados são graves, porque neste estágio os treponemas invadem os mais diversos órgãos, causando inflamação e destruição tecidual. Em geral, age nos sistemas cardiovascular e nervoso, causando respectivamente a sífilis cardiovascular e neurosífilis. Lesões denominadas de goma sífilítica também podem ocorrer neste período de doença, as quais podem ser encontradas nas mucosas, pele e ossos (BRASIL, 2020; FERREIRA, 2013).

O envolvimento do sistema nervoso através da neurosífilis é caracterizado, inicialmente, por acarretar quadros assintomáticos, diagnosticados apenas pela presença de anormalidades no líquido cefalorraquidiano. Entretanto, ao progredir pode desencadear os mais variados quadros neurológicos, desde Acidente Vascular Encefálico (AVE), demência, tabes dorsalis, e até mesmo a morte do paciente. Já no que se refere à sífilis cardiovascular, na maioria dos casos, esta não resulta em sintomas. Quanto aos quadros sintomáticos, a aortite é a manifestação clínica mais comum, ocorrendo em 70% destes pacientes. No entanto, ao evoluir para quadros

complicados, pode causar insuficiência da válvula aórtica, aneurisma de aorta e estenose do óstio da coronária (BRASIL, 2020; AVELLEIRA et al., 2006).

Outro ponto de grande relevância é a presença desta infecção no período gestacional, sendo que o diagnóstico e tratamento da doença são essenciais para que se evite a transmissão da sífilis via transplacentária. Porém, esta também pode ocorrer pelo contato direto do recém-nascido com as lesões genitais no momento do parto. A transmissão independe do estágio da doença sífilítica em que a gestante se encontra, mas é nas fases primária e secundária que ocorrem as maiores taxas de transmissão vertical. Como consequências clínicas podem ocorrer aborto espontâneo, malformações congênitas, natimorto e morte perinatal em 40% dos infectados. Logo, somente a intervenção precoce nesses casos é capaz de garantir o melhor manejo para a prevenção, controle da sífilis gestacional e conseqüentemente, da sífilis congênita (CONCEIÇÃO et al., 2019; AVELLEIRA et al., 2006).

Após o nascimento, a sífilis congênita pode ser dividida em precoce e tardia. Primeiramente, a precoce é definida quando a sífilis se manifesta nos primeiros anos de vida da criança. A clínica é marcada pela presença de exantema maculoso nas regiões de face e extremidades do corpo, lesões bolhosas, condiloma lata e fissuras periorais e anais. Além destas manifestações, pode acometer outros órgãos e ocasionar hepatoesplenomegalia, aumento dos linfonodos, osteocondrite, osteíte, anemia e hidropsia fetal. Por sua vez, a sífilis congênita tardia é aquela em que os sintomas se desenvolvem após 2 anos de idade, geralmente observam-se lesões irreversíveis, sendo que as principais são fronte olímpica, palato ogival, nariz em sela, anormalidades dentárias, ceratite intersticial e restrição do crescimento mandibular (AVELLEIRA et al., 2006).

Quanto a coinfeção entre a sífilis e o HIV, esta merece grande atenção no contexto atual, pois resulta em uma maior taxa de transmissão e de aquisição deste vírus. Contudo, tal condição clínica não caracteriza a sífilis como uma doença oportunista, e sim desencadeia uma progressão incomum da doença, principalmente pelo acometimento mais precoce do sistema nervoso. Além disso, o cancro duro encontrado no estágio primário desta infecção, comumente não involui no estágio secundário e, tanto lesões ostráceas quanto úlceras da sífilis maligna são encontradas com maior frequência nesses casos (LUPPI et al., 2018; AVELLEIRA et al., 2006).

Laboratorialmente, o diagnóstico da infecção causada pelo *Treponema pallidum* é constituído por várias técnicas, sendo empregadas de acordo com a fase da doença. Na presença de lesões primárias e secundárias realizamos a pesquisa direta do agente infeccioso, já o teste sorológico é uma opção após a segunda ou terceira semana do aparecimento do cancro duro. Portanto, as provas diretas são uma opção nas fases iniciais da infecção, visto que neste período há maior concentração desta bactéria e quando detectada, estabelece o diagnóstico definitivo, pois apresenta uma taxa mínima de falsos-positivos. Um dos principais representantes nesse caso é o exame em campo escuro, o qual permite a visualização com luz indireta da bactéria viva e móvel via microscópico. Já o método de pesquisa direta com material corado, utiliza diferentes corantes em um esfregaço. O DFA-TP (Diret Fluorescent-Antibody Testing for T. Pallidum) também é uma opção nas fases iniciais da doença, sendo que este teste laboratorial possui uma maior sensibilidade neste estágio de infecção (mais de 90% de sensibilidade), excluindo erros de distinção entre o treponema e outros espiroquetas saprófitas (AVELLEIRA et al., 2006).

Quanto aos testes imunológicos, estes detectam a presença de anticorpos a partir de amostras de sangue, soro ou plasma. São utilizados basicamente para a verificação da reatividade dos testes, os quais são divididos em testes treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos caracterizam-se pela identificação de anticorpos específicos, os quais encontram-se reagentes de forma mais precoce quando comparados aos demais métodos de diagnóstico. Por esse motivo, é o primeiro teste a ser realizado, mas também pode ser empregado como método complementar. Contudo, ao se tornar reagente, a grande maioria dos indivíduos terá este resultado permanentemente, o que contraindica sua utilização na avaliação da resposta ao tratamento e monitoramento da evolução da doença. Existem vários outros tipos de testes treponêmicos, todavia o mais utilizado é o teste rápido, devido a sua eficácia e rápida leitura do diagnóstico. A tecnologia empregada neste caso, é a imunocromatografia que detecta os anticorpos (IgG, IgM e IgA) produzidos contra os antígenos do *T. pallidum* de forma visual e qualitativa (BRASIL, 2020; AVELLEIRA et al., 2006).

Por outro lado, os testes não treponêmicos identificam os anticorpos anticardiolipina, os quais não são específicos para os antígenos do *T. pallidum*,

permitindo uma análise qualitativa e quantitativa da amostra. A positivação deste método de diagnóstico ocorre mais tardiamente quando comparado aos testes treponêmicos, geralmente torna-se reagente entre 1 a 3 semanas após o aparecimento das lesões características da sífilis primária. O resultado é expresso em títulos, e de forma geral é empregado para estabelecer ou não o diagnóstico desta patologia. No entanto, como o anticorpo anticardiolipina pode estar presente em outras doenças, como é o caso da hanseníase virchowiana e doenças autoimunes, indica-se a realização de um teste treponêmico com a finalidade de identificar o paciente como portador ou não da doença sífilítica. Além disso, é utilizado para o monitoramento da resposta ao tratamento, o qual baseia-se na queda ou elevação da titulação (BRASIL, 2020).

Porém, alguns pacientes, os quais não apresentam histórico de infecção ou de tratamento prévio, a titulação pode apresentar valores baixos ($< 1:4$) por meses, e até mesmo anos, sendo prudente nestes casos considerar estes indivíduos como portadores de sífilis tardia, e iniciar o tratamento. Caso o paciente já tenha realizado a terapia medicamentosa de forma satisfatória, a permanência de níveis baixos de titulação pode ocorrer, não sendo um sinal de uma nova infecção, e sim um indicativo de cicatriz sorológica, a qual pode perdurar por vários anos. Por fim, no Brasil, os principais testes não treponêmicos utilizados são o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), o RPR (Rapid Plasma Reagin) e o USR (Unheated-Serum Reagin) (BRASIL, 2020; AVELLEIRA et al., 2006).

Na prevenção da sífilis gestacional e congênita, o rastreamento da doença sífilítica assume um papel de grande importância. Idealmente, deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal, no início do 1º e 3º trimestre e no momento do parto ou aborto. Além disso, caso a gestante receba o diagnóstico de sífilis, é indicado convidar o parceiro sexual a comparecer ao serviço de saúde, já que também pode estar infectado, e somente o tratamento do casal interromperá o ciclo de transmissão. No que se refere à sífilis congênita, o diagnóstico deve ser executado por meio de provas diretas de lesões, líquidos corporais e tecidos, bem como testes sorológicos através do sangue do cordão umbilical ou sangue periférico do recém-nascido. Quando o neonato não apresenta lesões, é necessário ponderar que os anticorpos maternos podem ser transmitidos ao feto sem causar a infecção, o que indica a

realização de um teste sorológico quantitativo para monitorização. O FTA-ABS-IgM (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test) também pode ser realizado nesses casos, pois como detecta o anticorpo IgM, o qual não ultrapassa a barreira placentária, quando positivo após 18 meses do nascimento, confirma a infecção (BRASIL, 2020; AVELLEIRA et al., 2006).

Quanto ao exame do Líquido Cefalorraquidiano (LCR), este é indicado para pacientes com diagnóstico de doença sífilítica com sintomas neurológicos e oftálmicos, mas também naqueles em que os testes sorológicos persistem com titulação elevada, mesmo após a realização do tratamento. Desse modo, no que se refere ao diagnóstico da neurosífilis, este não tem embasamento somente nas alterações presentes no LCR, como também considera a história clínica, exame físico e demais exames laboratoriais. Os principais achados encontrados no exame de LCR, os quais reforçam o diagnóstico de neurosífilis ativa são: pleocitose com contagem de leucócitos entre 10-100/mm³, elevação típica das proteínas entre 50-100 mg/dl, VDRL positivo em 90% dos casos e rápida diminuição da concentração de glicose em 45% dos casos (BARROS et. al, 2005; AVELLEIRA et al., 2006).

Em relação ao tratamento da sífilis, este foi marcado por grandes avanços no decorrer dos séculos, todavia a descoberta da penicilina em 1940, inaugurou uma nova era no combate das doenças infecciosas e atualmente, ainda permanece como um dos melhores recursos terapêuticos para o enfrentamento da doença sífilítica. A penicilina tem sua ação voltada à síntese do peptidoglicano, o qual se localiza na parede celular do *Treponema pallidum*, e ao interferir nessa estrutura, permite a entrada de água na célula bacteriana. Considerando que a concentração mínima eficaz da penicilina é de 0,03 µ/cm³, e que este valor deve permanecer por um intervalo de tempo maior que o da divisão do treponema, a droga de eleição é a penicilina benzatina (AVELLEIRA et al., 2006).

Assim, o esquema terapêutico tem essa medicação como primeira linha de tratamento, contudo há algumas variações, as quais dependem do estágio da sífilis. Na sífilis recente, a qual corresponde os estádio primário, secundário e latente recente, a opção é benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM (intramuscular), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Já em estádios mais tardios, que são representados pela sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis

terciária utiliza-se a benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. A neurosífilis por sua vez, tem como droga inicial a benzilpenicilina potássica/cristalina, a qual tem posologia de 18 - 24 milhões UI, 1x/ dia, EV (endovenosa), administrada em doses de 3 - 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. Além disso, existem esquemas alternativos, os quais são empregados para pacientes que apresentaram reação adversa prévia ao uso da penicilina. Nos estágios recente e tardio, a doxiciclina 100mg, 12/12h, VO (via oral) é uma opção. A ceftriaxona, também, é uma droga de eleição nesses casos, devendo ser aplicada na dosagem de 2g EV, 1x/dia, por 10 - 14 dias (BRASIL, 2020).

Durante o período gestacional, o tratamento é considerado adequado, somente, quando a penicilina benzatina é iniciada até 30 dias antes do parto. Outro ponto importante, é que a benzilpenicilina benzatina é única opção de medicação neste período, portanto qualquer outro esquema terapêutico é considerado ineficaz. Logo, as gestantes portadoras da doença sífilítica e que previamente já apresentaram um quadro alérgico à penicilina, devem ser encaminhadas para um especialista, e realizar o tratamento de dessensibilização. Apesar deste evento ser muito temido, inclusive por alguns médicos, os quadros alérgicos desencadeados pelo uso da penicilina são raros e causam sintomas leves, como urticária e exantema pruriginoso na grande maioria da população. A reação de Jarisch-Herxheimer também pode ocorrer, geralmente inicia-se em até 24 horas após a administração da primeira dose de penicilina. As manifestações mais relevantes presentes nesta reação são eritema, dor, febre, mal-estar, cefaleia e artralgias. No entanto, envolvem espontaneamente e por isso, não é necessário interromper o uso do antimicrobiano (BRASIL, 2020; BRASIL 2021).

Após a finalização do tratamento, o paciente deve ser acompanhado durante o período de um ano, através da realização de testes treponêmicos. Nas gestantes, os testes devem ser efetuados mensalmente, já nos demais grupos da população esse ocorrerá a cada trimestre. Em casos de retratamento, a diferenciação entre reinfecção, reativação da doença e cicatriz sorológica é bastante difícil, por esse motivo é necessário analisar dados clínicos, epidemiológicos e exames para a realização de um diagnóstico correto. Por conseguinte, o controle da doença sífilítica será atingindo,

somente através da prevenção de novos casos, com estratégias de base informativa, e ao cessarmos o ciclo de transmissão, através do diagnóstico e tratamento precoce desta infecção (BRASIL, 2020; AVELLEIRA et al., 2006).

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo retrospectivo, de natureza descritiva, e com abordagem quantitativa, realizado através da revisão dos prontuários de internação de gestantes de uma maternidade de risco habitual do interior do estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi composta pelas gestantes internadas (n=1196) no período de janeiro a dezembro de 2020, contemplando o universo dos pais/parceiros sexuais que realizaram ou não a testagem rápida para sífilis e seus respectivos recém-nascidos.

Na população do estudo, foram incluídos todos os pais/parceiros sexuais de gestantes internadas na maternidade, os quais realizaram testagem rápida para sífilis. Os parceiros não testados, por recusa ou por não estarem presentes no nascimento, também configuraram um indicador, sendo incluídos na pesquisa. Foram excluídos os casos de pacientes que, embora tenham realizado a coleta do exame na admissão hospitalar, necessitaram de transferência para a maternidade de alto risco durante o trabalho de parto. Além disso, foram excluídas pacientes em cujos prontuários não continham as informações pertinentes ao estudo.

Para a análise dos dados presentes nos prontuários, explorou-se a idade materna, a prevalência da realização de testagens e diagnósticos de sífilis das gestantes, pais/parceiros sexuais e neonatais. Também foram empregadas as seguintes prevalências comparativas: mães com VDRL reagente e pais com teste rápido reagente com o VDRL dos recém-nascidos, mães com VDRL reagente e pais com teste rápido não reagente com o VDRL dos recém-nascidos, mães com VDRL reagente e pais com teste rápido não coletado com o VDRL dos recém-nascidos e pais adequadamente tratados com a terapêutica adotada nos recém-nascidos.

Após o levantamento de dados, os mesmos foram armazenados eletronicamente no program Excel® para definir a prevalência de acordo com as variáveis supracitadas, que, em seguida foram organizadas em tabelas e gráficos.

Em consonância com o exigido pelas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução nº 466/2012, a

pesquisa foi aprovada pelo Sistema de Gerenciamento de Pesquisa dos Hospitais Casa de Saúde e São Francisco (SISGEP/COMIC) e pelo Comitê de Ética da Universidade Franciscana. Todos os pesquisadores assinaram o Termo de Confidencialidade, que pode ser visualizado no apêndice 1. Como não há contato direto com os sujeitos não se fez necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – a solicitação para isenção consta no apêndice 2.

RESULTADOS

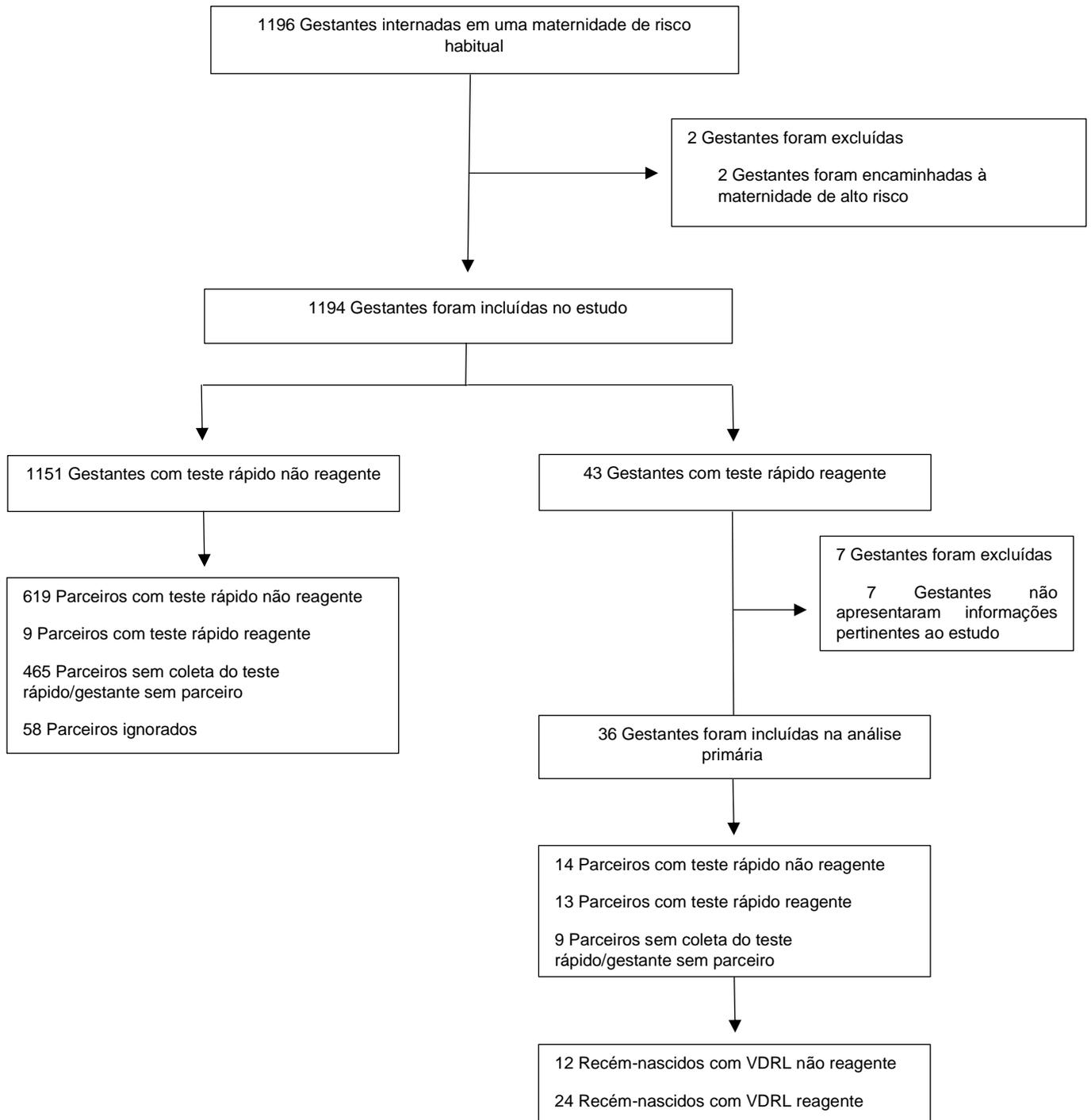
Entre janeiro e dezembro de 2020, 1196 gestantes foram internadas na maternidade do Hospital Casa de Saúde de Santa Maria - onde são atendidos partos de risco habitual. Contudo, 2 (0,17%) gestantes foram excluídas do estudo porque não preenchiam os critérios de elegibilidade (Figura 1). Das recrutadas para a pesquisa, 1151 (96,40%) apresentaram teste-rápido para sífilis não reagente na internação hospitalar, o qual foi positivo em outras 43 (3,60%).

Observou-se 9 (0,78%) casos de parceiros sexuais reagentes no grupo de gestantes negativas; 58 (5,04%) parceiros sexuais tiveram a testagem ignorada e 465 (40,40%) parceiros sexuais não realizaram a coleta ou a gestante não possuía parceiro no momento da internação, sendo que o motivo da não realização do teste não estava especificado nos prontuários das gestantes.

Em relação aos pacientes reagentes, 7 (16,28%) gestantes foram excluídas, pois nos prontuários não constava informações pertinentes ao estudo. Assim, 36 (83,72%) gestantes foram incluídas na análise primária.

Com relação ao grupo de 36 gestantes reagentes elegíveis ao estudo, foi identificado que 14 (38,89%) destas, possuíam parceiros sexuais com teste rápido não reagente, 13 (36,11%) parceiros sexuais com teste rápido reagente e que 9 (25%) parceiros sexuais não realizaram a coleta do teste ou então a gestante não possuía parceiro no momento da internação. No que se refere aos recém-nascidos, 24 (66,7%) apresentaram VDRL reagente e 12 (33,3%), VDRL não-reagente.

A pesquisa também contabilizou que não se tem resultado do teste de 474 (39,7%) parceiros sexuais – porque não realizaram a coleta do teste ou a gestante não possuía parceiro no momento da internação.

Figura 1: Seleção das pacientes incluídas no estudo

Ao analisarmos o perfil etário das gestantes reagentes, verificou-se a maior prevalência em mulheres de 20 a 24 anos, que totalizou 17 (47,22%) gestantes, conforme a tabela 2.

Tabela 2: Faixa etária das gestantes reagentes

Variáveis (n=36)		
Faixa etária (em anos)	n	%
17 a 19 anos	5	13,89
20 a 24 anos	17	47,22
25 a 29 anos	6	16,67
30 a 34 anos	5	13,89
35 a 39 anos	3	8,33

Em relação ao tratamento (Tabela 3), nota-se que 25 (69,44%) gestantes foram consideradas adequadamente tratadas. Por isso, 11 (30,56%) gestantes necessitaram de tratamento na internação, já que foram consideradas inadequadamente tratadas, reinfectadas ou nunca haviam realizado tratamento algum para sífilis. Em uma delas (2,7%), foi considerado tratamento inadequado, pois em seu histórico clínico constava alergia à penicilina e recebeu esquema antibiótico alternativo.

No que se refere ao tratamento dos parceiros, observamos que 20 (55,56%) parceiros foram considerados adequadamente tratados e 3 (8,33%) inadequadamente tratados. Entretanto, 13 (36,11%) parceiros tiveram o tratamento ignorado nos registros dos prontuários, os quais representam uma parcela considerável do grupo.

Em consequência do tratamento inadequado das gestantes e seus respectivos parceiros, 12 (33,33%) recém-nascidos foram encaminhados ao ambulatório de infectologia para acompanhamento (sem tratamento prévio), 10 (27,78%) recém-nascidos internaram para investigação (com tratamento), 4 (11,11%) recém-nascidos tiveram o tratamento ignorado nos registros dos prontuários e 10 (27,78%) crianças não necessitaram de intervenção, pois o VDRL foi negativo. Também, foi analisado se o tratamento dos recém-nascidos foi conduzido de forma correta, e com isso identificamos que 4 (11,11%) recém-nascidos não seguiram as condutas adequadas

para o manejo da sífilis congênita, consoante o protocolo para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, 2020 (Anexo 1).

Tabela 3: Distribuição dos casos de acordo com o esquema de tratamento

Variáveis (n=36)		
Esquema de tratamento das gestantes	N	%
Adequado	25	69,44
Inadequado	8	22,22
Nunca realizado	2	5,56
Ignorado	1	2,78
Esquema de tratamento dos parceiros sexuais	N	%
Adequado	20	55,56
Inadequado	3	8,33
Ignorado	13	36,11
Esquema de tratamento dos recém-nascidos	N	%
Encaminhados ao ambulatório de infectologia	12	33,33
Internaram para investigação	10	27,78
Ignorado	4	11,11
Não necessitaram de tratamento	10	27,78

Outro dado que emergiu da pesquisa, foi a análise comparativa das prevalências entre os resultados das testagens dos pais com a testagem dos recém-nascidos. Com isso, constatamos que nos casos de mães com VDRL reagente e pais com teste rápido reagente (Gráfico 1), 10 (90,91%) recém-nascidos apresentaram VDRL reagente. Em geral, isoladamente, os parceiros sexuais com testagem rápida reagente não são capazes de gerar efeitos nocivos à prole, por esse motivo ao compararmos mães com VDRL reagente com pais com teste rápido não reagente (Gráfico 2), a prevalência de recém-nascidos com VDRL reagente também foi alta, sendo que 7 (77,78%) crianças apresentaram este resultado. No gráfico 3 observamos

a importância da realização da testagem dos parceiros sexuais das gestantes, visto que nesta amostra (mães com VDRL reagente e pais que não realizaram a testagem), 5 (71,43%) recém-nascidos tiveram VDRL positivo.

Gráfico 1: Análise comparativa das prevalências entre mães com VDRL reagente e pais com teste rápido reagente com o VDRL dos recém-nascidos

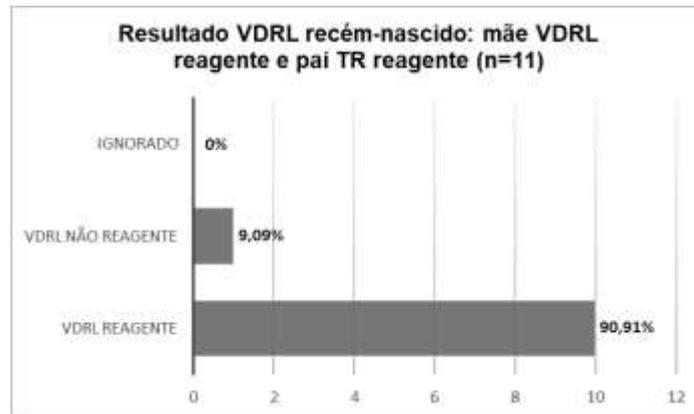


Gráfico 2: Análise comparativa das prevalências entre mães com VDRL reagente e pais com teste rápido não reagente com o VDRL dos recém-nascidos

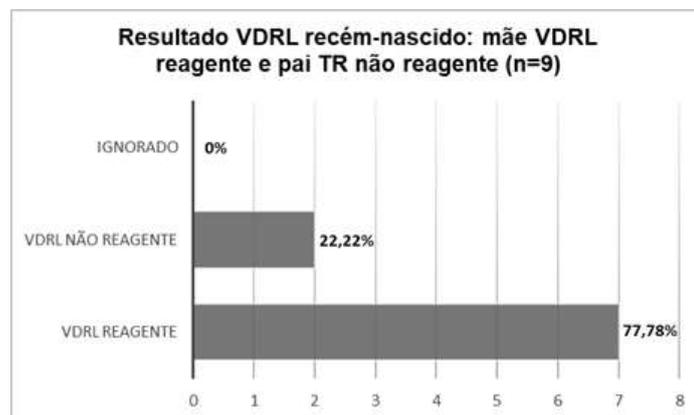
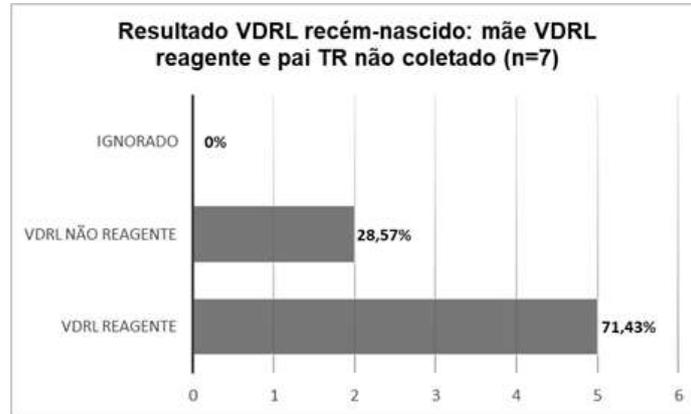


Gráfico 3: Análise comparativa das prevalências entre mães com VDRL reagente e pais com teste rápido não coletado com o VDRL dos recém-nascidos



Além disso, realizamos uma análise comparativa das prevalências entre pais adequadamente tratados com a terapêutica empregada nos recém-nascidos (Gráfico 4). Na maior parte destes recém-nascidos foi necessário a realização de tratamento ou acompanhamento, assim 8 (44,44%) crianças acabaram sendo encaminhadas ao ambulatório de infectologia e 3 (16,67%), internaram para investigação e tratamento.

Gráfico 4: Análise comparativa das prevalências entre pais adequadamente tratados com a terapêutica adotada nos recém-nascidos



DISCUSSÃO

A sífilis é uma infecção de grande importância clínica, principalmente quando presente no período gestacional, pois resulta em graves danos à saúde do recém-nascido e altas taxas de mortalidade. Por essa razão, o Ministério da Saúde recomenda a realização do rastreio da doença sífilítica na primeira consulta do pré-natal, no primeiro e terceiro trimestre de gestação, e no momento da internação para o parto. O presente estudo verificou que 3,60% das gestantes foram reagentes ao realizarem teste rápido para sífilis no momento da internação. Prevalência menor, quando comparada ao estudo realizado por Roehrs et al. (2020), no qual 4,59% das gestantes apresentaram resultado positivo para sífilis.

A menor prevalência de gestantes com testagem rápida reagente encontrada em nossa pesquisa, provavelmente, se deve ao fato de que o município de Santa Maria (RS) conta com uma assistência pré-natal de melhor qualidade. Todavia, o ideal seria que o número de gestantes reagentes na internação fosse ainda menor, já que o diagnóstico não exige o emprego de recursos avançados e o tratamento é facilitado, pois na grande maioria dos casos, é realizado em dose única.

Verificou-se a maior prevalência na faixa etária dos 20 a 24 anos, que representou 47,22% das gestantes reagentes. Este perfil epidemiológico também foi observado no artigo elaborado por Casal et al. (2012), no qual 30,2% das gestantes encontravam-se também nesse intervalo.

Sousa e Pinheiro (2011) citam que entre casais em união estável, a transmissão das infecções sexuais decorre de elementos sociais e culturais, envolvendo, principalmente, crenças e tabus. Por isso, em muitos casos, a contaminação do parceiro acaba resultando em um conflito entre o casal, pois julgam que esta infecção sexualmente transmissível foi consequência de uma relação extraconjugal. Na sífilis, durante o período gestacional, tal conduta é extremamente prejudicial, visto que todos os parceiros sexuais da gestante devem ser adequadamente tratados, caso contrário, a gestante continuará a ser reinfetada. Desta forma, a transmissão vertical é favorecida, e a estrutura do relacionamento do casal acaba influenciando na adesão terapêutica e resolução da doença.

Tal comportamento foi percebido em nosso estudo, já que 36,11% dos parceiros sexuais das gestantes reagentes, também apresentaram teste rápido reagente. Outro dado que corrobora, é a presença de parceiros sexuais contaminados na amostra de gestantes não reagentes, possivelmente por não terem realizado o tratamento ou pela existência de relacionamentos extraconjugais. Portanto, a norma técnica elaborada pela Secretária da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no ano de 2018, que estabelece a testagem para sífilis em 100% dos parceiros sexuais das gestantes internadas no SUS, pode contribuir, em especial, na redução de casos de reinfecção das gestantes.

Além disso, analisamos que 55,56% dos parceiros das gestantes foram considerados adequadamente tratados. Prevalência maior quando comparada ao estudo realizado por Roehrs et al. (2020), pois neste 47,2% dos parceiros foram tratados corretamente, o que pode, novamente, estar relacionado a uma atenção pré-natal de melhor qualidade no município de Santa Maria (RS). Ao examinarmos o tratamento da sífilis nas gestantes, 69,44% das gestantes reagentes foram consideradas adequadamente tratadas. Outro ponto favorável a atenção pré-natal do município, visto que no estudo realizado por Parentoni et al. (2018), 66,1% das gestantes tiveram o esquema terapêutico concordante com as diretrizes terapêuticas da sífilis gestacional.

No que se refere a conduta terapêutica empregada aos recém-nascidos com VDRL reagente, a pesquisa constatou que 27,78% internaram para investigação e tratamento da sífilis. Um resultado positivo encontrado nesta amostra, foi que 33,33% destas crianças precisaram apenas de encaminhamento ao ambulatório de infectologia para acompanhamento, pois seus pais realizaram o tratamento de forma adequada. Quanto à alta prevalência de recém-nascidos que necessitaram de tratamento ao longo da internação, esta se deve ao fato de que 66,7% dos recém-nascidos de mães reagentes, também apresentaram VDRL reagente. Contudo, ao analisarmos o estudo efetuado por Lopes (2015), observamos que esta foi ainda maior, já que neste 70,3% dos recém-nascidos de mães reagentes tiveram VDRL positivo.

Newman et al. (2013) apresentou a iniciativa da Organização Mundial da Saúde em seu artigo, a qual visava eliminar a transmissão vertical da sífilis a partir da

testagem e tratamento de 90% das mulheres grávidas. Teoricamente, esta conduta já deveria estar em vigor, pois a data para a concretização da meta ocorreu no ano de 2015. Entretanto, isso não é a realidade presenciada no município de Santa Maria, que apesar de ter exibido prevalências melhores quando confrontadas a dados de outros municípios, ainda necessita melhorar o manejo da sífilis na gestação.

Outro dado importante encontrado na conduta terapêutica dos recém-nascidos com VDRL positivo, foi que 11,11% destas crianças apresentaram tratamento inadequado, isso porque este não obedeceu ao manejo elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto. Logo, para a melhora da qualidade do serviço prestado na maternidade, seria de grande valia a implementação de um protocolo clínico para padronização das condutas.

Em nosso estudo, constatamos que na amostra de mães e parceiros sexuais reagentes ocorreu a maior prevalência de recém-nascidos com VDRL positivo, representando 90,91% destas crianças. Nos casos de parceiros sexuais de gestantes reagentes, os quais não tiveram a testagem coletada, também ocorreu uma alta prevalência de recém-nascidos com VDRL positivo, estando presente em 71,43% dos casos. Logo, o motivo da não realização da testagem do parceiro sexual é um dado valioso, que não foi verificado em nossa pesquisa, já que não estava descrito nos prontuários das gestantes analisadas. Certamente, esta informação não deve ser desconsiderada, como o que vem ocorrendo na maternidade pesquisada, pois pode contribuir para prevenção de novos casos de sífilis na população geral.

Ao analisarmos o tratamento do casal e compararmos com a conduta terapêutica empregada nos recém-nascidos, aferimos que no grupo de gestantes e parceiros considerados adequadamente tratados, este não vem sendo realizado em tempo hábil para prevenir a transmissão vertical da sífilis em uma grande parcela desta população. Isso se justifica, pois 16,67% destas crianças necessitaram de alguma intervenção terapêutica para sífilis ao longo da internação. Portanto, tal prevalência reforça a conclusão presente no estudo de Roehrs et al. (2020), que pontuou acerca da importância da participação do parceiro no pré-natal, pois somente desta forma, o tratamento e acompanhamento da sífilis ocorre em conjunto, e propicia uma conduta terapêutica mais eficiente.

Uma limitação importante ao estudo foi a alta prevalência de parceiros sexuais que não realizaram a coleta da testagem, sendo que estes constituíram 39,7% da amostra. A ausência destes dados faz com que o estudo não represente fidedignamente a realidade presente na atenção pré-natal do município de Santa Maria (RS) e na maternidade retratada. Portanto, apesar da existência da lei nº 11 108/2005, a qual permite a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto, a prevalência de parceiros sexuais que não estão presentes tanto no pré-natal quanto na internação da gestante, ainda é alta em Santa Maria – RS. Tal realidade, expõe a necessidade de revermos o termo paternidade, o qual não deve se restringir apenas ao ato reprodutivo, e sim contemplar todas as fases de desenvolvimento desta nova vida.

CONCLUSÃO

A epidemia contemporânea da sífilis no Brasil é uma realidade de difícil gerenciamento, principalmente no caso da sífilis congênita, já que a transmissão vertical é evitada somente com o tratamento da gestante e seu respectivo parceiro. A participação do parceiro nas consultas de pré-natal é algo que deve ser incentivado nacionalmente, uma vez que a gestação é um processo a ser vivenciado pelo casal. Isso contribui para o estabelecimento de medidas preventivas, como é o caso da sífilis e conseqüentemente, inclui o parceiro nos primeiros cuidados com a saúde do bebê.

Assim, cada vez mais, como já é visto em outros estudos, o diagnóstico rápido e tratamento em dose única da sífilis, na grande maioria dos casos, não estimula, isoladamente, a busca do parceiro por esse tratamento. Desta forma, a testagem do parceiro sexual da gestante no momento da internação é algo que deve ser mantido, principalmente para a avaliação da qualidade do pré-natal, mas que não gera grandes benefícios para o recém-nascido, quando este já se encontra infectado.

Medidas incisivas, como a busca ativa de parceiros sexuais de gestantes reagentes seria algo a se considerar, sendo a mesma efetuada no caso de gestantes que não realizam o pré-natal de forma adequada. Em suma, o estabelecimento de uma terapêutica adequada para os parceiros tem igual importância no combate à transmissão vertical da sífilis, quando comparada a realizada pela gestante. Seguramente, o ato do parceiro em se omitir como um elemento essencial nesse ciclo de transmissão, contribui, consideravelmente, para as altas prevalências de sífilis congênita no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e controle. Educação Médica continuada. Rev. Bras. Dermatol, v. 81, n. 2, p. 111- 126, 2006.

BARROS, Ana Margarida et al. Neurosífilis: revisão clínica e laboratorial. Arquivos de Medicina, v. 19, n. 3, p. 121-129, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C nas instituições que realizam parto, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, p. 252, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Sífilis 2020. Brasília, 2020.

CASAL, Charliana Aragão Damasceno; ARAÚJO, Eliete da Cunha; CORVELO, Tereza Cristina de Oliveira. Aspectos imunopatogênicos da sífilis materno-fetal: revisão de literatura. Revista Paraense de Medicina, Pará, v. 26, n. 2, 2012.

COHEN, Stephanie E. et al. Syphilis in the modern era: An update for physicians. Infectious Disease Clinics of North America, v. 27, n. 4, p. 705– 722, 2013.

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes et al. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde em Debate, v.43, p. 1145-1158, 2019.

FERREIRA, Lino José Manuel. Infecção por *Treponema pallidum*: análise serológica e pesquisa de DNA. Dissertação (Mestrado em Microbiologia Médica) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. FM. DMS. UFRS. Porto Alegre, 2009.

HOLZMANN, Ana Paula Ferreira et. al. Sífilis materna e sífilis congênita: avaliação da assistência hospitalar. *Temas em Saúde*, p. 148-177, 2018.

LOPES, Izaila Matos Dantas. Epidemiologia de gestantes soropositivas para *Treponema Pallidum* e adesão ao acompanhamento dos recém-nascidos. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes, 2015.

LUPPI, Carla Gianna et al. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2018, vol.27, n.1, e20171678. Epub Feb 15, 2018.

NEWMAN, Lori et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med.* 2013;10(2)

Nota técnica nº 01/2018 - coordenação estadual de IST/Aids/DAS/SES. Observatório HIV/Aids do Estado do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 11 de dez. de 2018. Disponível em: http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/NT-01_2018-testagem-nas-maternidades.pdf

PARENTONI, Alice de Souza et al. Sífilis Congênita na Microrregião de Barbacena: Incidência e fatores associados. *Rev. Médica de Minas Gerais*, v. 28, 2018.

PLANO Municipal de saúde 2018 – 2021. Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, julho de 2018. Disponível em: <https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/650-plano-municipal-de-saude-20092012>

ROEHRS, Mariana Parcianello et al. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Revista Femina*, v. 49, p. 102-108, 2020.

SÍFILIS no Rio Grande do Sul. Secretária da Saúde, Rio Grande do Sul, out. de 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181228/20172852-informe-epidemiologico-sifilis-outubro-2018.pdf>

SOUZA, Leilane Barbosa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Doenças sexualmente transmissíveis na relação estável: perspectivas para o cuidado usando modelo Sunrise. *Rev Rene*. 2011;12(3):478-86.

TOMASI, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, n.3, e00195815. Epub Apr 03, 2017.

WEINSTOCK, George et. al. The genome of *Treponema pallidum*: new light on the agent of syphilis. *FEMS Microbiol. Rev.* 22:323-332. 1998.

APÊNDICES

1. Termo de confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: ESTUDO RETROSPECTIVO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS EM PARCEIROS DE GESTANTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador responsável: MARCELO LORENSI FELTRIN

Demais pesquisadores: Tamires Montagner Tisott

Instituição de origem do pesquisador: UNIVERSIDADE FRANCISCANA

Área de Conhecimento: OBSTETRÍCIA; NEONATOLOGIA

Curso: MEDICINA

Telefone para contato: 55 99111.2077

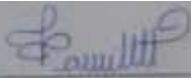
Local da Coleta de dados: HOSPITAL CASA DE SAÚDE - MATERNIDADE

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujas informações serão estudadas;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Os Pesquisadores declaram ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Santa Maria, 15 de dezembro de 2020



Assinatura Pesquisador
Nome: Tamires Montagner Tisott
RG: 1088997034



Assinatura Pesquisador
Nome: Marcelo Lorensi Feltrin
RG: 1081463968

2. Pedido de isenção de termo de consentimento livre e esclarecido

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana:

Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deste projeto encaminhado para vossa apreciação.

O projeto intitulado **ESTUDO RETROSPECTIVO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS EM PARCEIROS DE GESTANTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL** é um estudo observacional retrospectivo e, portanto, não intervencionista e que dispensa a coleta de informação direta com o sujeito de pesquisa. As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo:

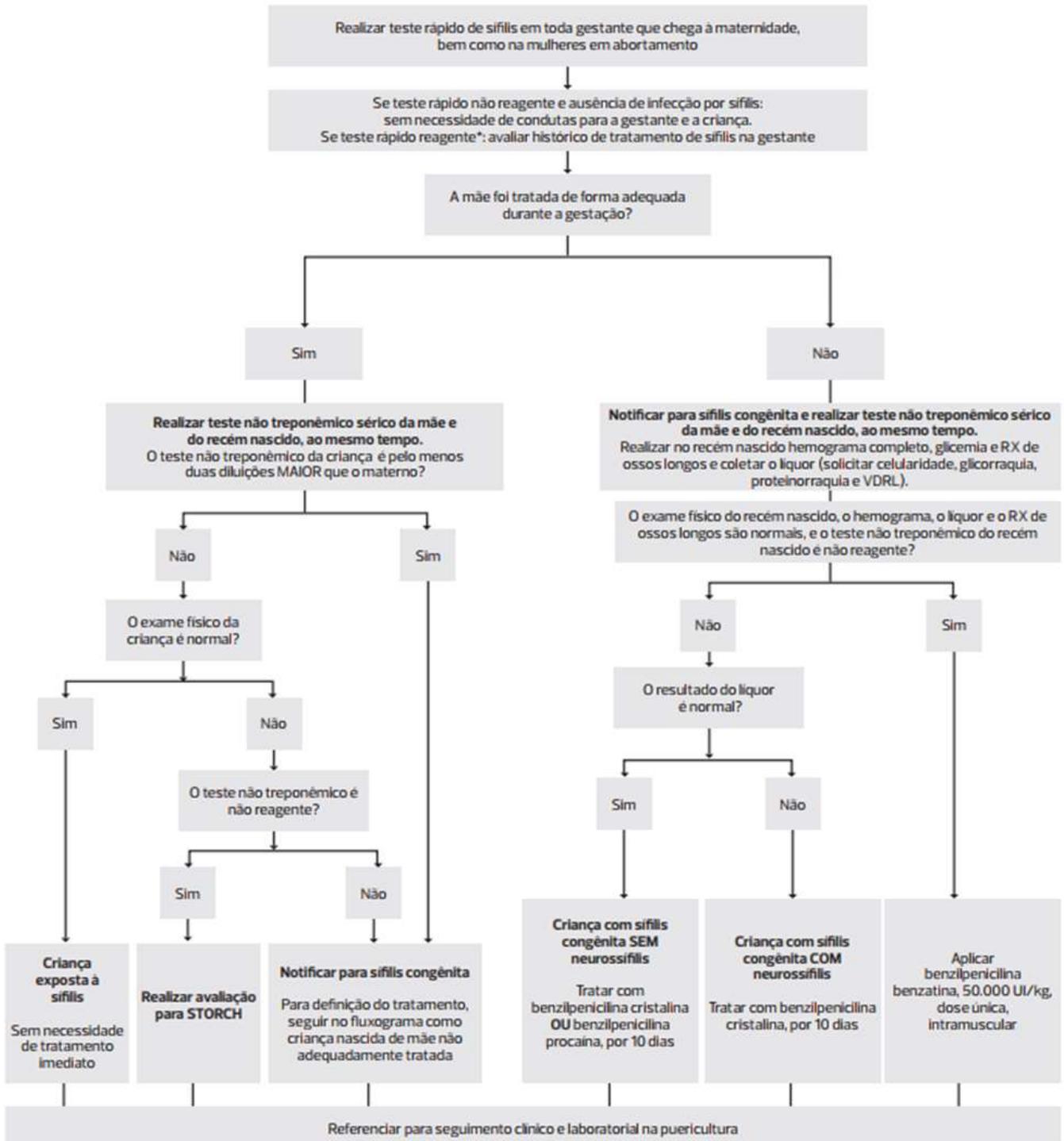
1. Levantamento retrospectivo de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;
3. População de estudo eventualmente sem seguimento na instituição no presente (pacientes de outras localidades ou falecidos);
4. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Esses dados não serão objetos de análise.

Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.

Atenciosamente.

ANEXOS

1. Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico sífilis na gestação atual ou no momento do parto



2. Instrumento de coleta

ESTUDO RETROSPECTIVO DE TESTAGEM RÁPIDA PARA SÍFILIS EM PARCEIROS DE GESTANTES INTERNADAS EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

INICIAIS DA PACIENTE: _____ IDADE: _____ SAME _____

TESTE RÁPIDO SÍFILIS DA PACIENTE: () REAGENTE: _____ () NÃO REAGENTE

TRATAMENTO PRÉVIO? () SIM () NÃO

PRESCRITO NOVO TRATAMENTO? () SIM () NÃO

TESTE RÁPIDO SÍFILIS DO PAI/PARCEIRO: () REAGENTE: _____

() NÃO REAGENTE

() NÃO COLETADO

IDADE DO PAI/PARCEIRO: _____

SE NÃO COLETADO, MOTIVO: _____

TRATAMENTO PRÉVIO? () SIM () NÃO

PRESCRITO NOVO TRATAMENTO? () SIM () NÃO

VDRL DO RECÉM-NASCIDO: () NÃO SE APLICA () REAGENTE: _____ () NÃO-REAGENTE

REALIZADO TRATAMENTO DO RECÉM-NASCIDO? () SIM () NÃO