

PERFIL DE GESTANTES ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS EM CURITIBA – PR*

Profile of adolescent pregnant women diagnosed with syphilis in the city of Curitiba – state of Paraná

Márcia Moroskoski¹, Leandro Rozin², Maria Cecília Batista³, Rosimara Oliveira Queiroz⁴, Selma Pereira Silva⁵

1. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4377-4025>
2. Enfermeiro. Docente da Faculdades Pequeno Príncipe. Mestre em biotecnologia aplicada à saúde da criança e do adolescente. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6691-5903>
3. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1343-6191>
4. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7976-2259>
5. Enfermeira Residente em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno Príncipe. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4830-1980>

CONTATO: Leandro Rozin | Rua Professor Dário Veloso, 36 | Vila Izabel | Curitiba | Paraná | Brasil.
| CEP 80320-050 | E-mail: leandrorozin@hotmail.com

COMO CITAR Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):47-58.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO OBJETIVOS: Realizar levantamento epidemiológico de casos confirmados de sífilis em gestantes adolescentes no período de 2007 a 2016 e estabelecer o perfil epidemiológico das adolescentes diagnosticadas com sífilis na gestação. MÉTODO: estudo documental retrospectivo de abordagem quantitativa. Desenvolvida com

dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). RESULTADOS: Verificou-se um constante aumento dos casos de sífilis em gestantes adolescentes, com maior expressividade para os três últimos anos pesquisados, que juntos acumularam 57% dos casos notificados. A maioria das gestantes adolescentes tinha entre 15 e 19 anos (96,8%), e fizeram apenas a 5ª e a 8ª séries incompletas (23,9%). Quanto ao diagnóstico e tratamento, 43,2% foram diagnosticadas ainda no 1º trimestre, 68,7% estavam na fase latente e apenas 50% dos parceiros foram tratados concomitantemente. CONCLUSÃO: A incidência de sífilis em gestantes adolescentes vem aumentando de forma preocupante. São necessárias intervenções mais eficazes para o controle da doença entre adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Gravidez na adolescência. Sífilis.

ABSTRACT OBJECTIVES: To conduct an epidemiological survey of confirmed cases of syphilis in adolescent pregnant women from 2007 to 2016, and to establish the epidemiological profile of adolescents diagnosed with syphilis during pregnancy. METHOD: retrospective documentary study of quantitative approach, developed with data from the National System of Notifiable Diseases. RESULTS: There was a steady increase in syphilis cases in adolescent pregnant women, with greater expressiveness for the last three years surveyed, which together accounted for 57% of reported cases. Most adolescent pregnant women were between 15 and 19 years old (96.8%), and their level of education ranged from incomplete 5th and 8th grades (23.9%). Regarding diagnosis and treatment, 43.2% were diagnosed as early as the first trimester, 68.7% were in the latent phase and only 50% of the partners were treated concomitantly. CONCLUSION: The incidence of syphilis in adolescent pregnant women has increased in a worrisome way. More effective interventions for disease control among adolescents are needed.

KEYWORDS: Epidemiology. Pregnancy in Adolescence. Gestational Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença antiga que, recentemente, voltou a preocupar a saúde pública não só no Brasil como em vários países do mundo. Prova desta preocupação no Brasil foi a publicação da Lei n.º 13.430, de 31 de março de 2017, que instituiu o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita. Com isso, o governo brasileiro estimulou a participação de profissionais e gestores de saúde em ações que visem à redução desses casos¹.

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum* (*T.pallidum*). As principais formas de transmissão acontecem pela via sexual e vertical, ou seja, da mãe para o bebê. A doença pode ser clinicamente dividida em primária, secundária, latente recente, latente tardia ou

terciária. Ocorrendo no período gestacional, o risco da doença acometer o feto varia de 30% a 100%, dependendo da evolução da infecção na gestante e do trimestre de gestação²⁻³.

As manifestações clínicas da sífilis dependem do avanço da doença, mas, em geral, caracterizam-se por lesão única e indolor na região genital, seguida por pápulas, principalmente palmo-plantares, placas mucosas, alopecia em clareira, madarose, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia, linfadenopatia generalizada e/ou alterações neurológicas, cardiovasculares e ósseas^{2,4}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima 1 milhão de novos casos de sífilis em gestantes por ano². No Brasil, nos anos de 2014 e 2015, foi registrado um aumento dos casos de

sífilis adquirida (32,7%), sífilis em gestante (20,9%) e sífilis congênita (19%). A taxa de detecção de sífilis em gestante, em 2015, chegou a 11,2 casos a cada 1.000 nascidos vivos. No tocante à sífilis congênita, a incidência foi de 6,5 casos por 1.000 nascidos vivos no mesmo período⁵. É importante destacar que a sífilis em gestante eleva significativamente os índices de morbimortalidade, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal⁶.

Durante a adolescência, o uso de preservativo geralmente é irregular, podendo resultar em gravidez indesejada^{3,7}. A gravidez na adolescência ocasiona repercussões físicas, psicológicas e sociais, sendo necessária equipe multiprofissional qualificada para o manejo adequado do pré-natal^{7,9}. O fato de a gestante ser adolescente e ter sífilis demanda ainda mais empenho da equipe de saúde, a fim de que o risco de transmissão vertical diminua. Torna-se fundamental, então, considerar as fragilidades das adolescentes, que vivenciam a instabilidade emocional própria da faixa etária, associada a uma gravidez comumente não planejada.

Considerando o contínuo aumento dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, bem como a dificuldade em vincular os adolescentes às unidades de saúde, torna-se importante conhecer o perfil da gestante adolescente com sífilis em Curitiba – PR, para que esses dados subsidiem ações de prevenção e controle, uma vez que conhecer o perfil epidemiológico da população é a base para o planejamento e gestão dos serviços de saúde. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivos realizar levantamento epidemiológico de casos confirmados de sífilis em gestantes adolescentes no período de 2007 a 2016, e estabelecer o perfil epidemiológico das adolescentes diagnosticadas com sífilis na gestação.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo, de base documental e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no Sistema Nacional de Agravos

de Notificação (SINAN), com base nas fichas de notificação referentes ao agravo sífilis em gestante, CID10 O98.1, disponíveis em banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR.

As notificações se originam de 10 distritos sanitários, que também possuem vigilâncias epidemiológicas de controle regional que se organizam para cobertura integral dos serviços de saúde nas diversas regiões do município. A ficha de notificação da sífilis em gestante é padronizada em todo o território nacional, faz parte da lista de agravos de notificação do Ministério da Saúde e contempla informações para realizar investigação epidemiológica e intervenção dos casos notificados¹⁻².

Considerando os objetivos da pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão para seleção dos dados: notificações de casos confirmados de sífilis em gestantes, com idade entre 10 e 19 anos, faixa etária que contempla a adolescência, disponíveis no banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR, de janeiro de 2007 a dezembro de 2016. O estudo dos 10 anos tornou possível a análise e realização de série histórica em Curitiba, com o panorama anual da sífilis em gestantes adolescentes.

Os dados coletados foram os contidos na ficha de notificação, que contempla a variável idade, trimestre gestacional, raça/cor, escolaridade, classificação clínica, teste não treponêmico no pré-natal, teste treponêmico no pré-natal, esquema de tratamento prescrito à gestante, tratamento concomitante do parceiro, esquema de tratamento prescrito ao parceiro, motivo para o não tratamento do parceiro, dados fundamentais para que os objetivos da pesquisa fossem alcançados¹⁻².

Após a coleta, os dados foram organizados por meio do Software Excel e interpretados. Distribuídos em tabelas e analisados por meio da estatística descritiva⁸, comumente utilizada em estudos de levantamento epidemiológico com delineamento e análise perfil de morbimortalidade. A análise se estrutura em estatística simples, em proporção, com agrupamento e descrição dos dados categóricos e/ou numéricos, fornecendo de

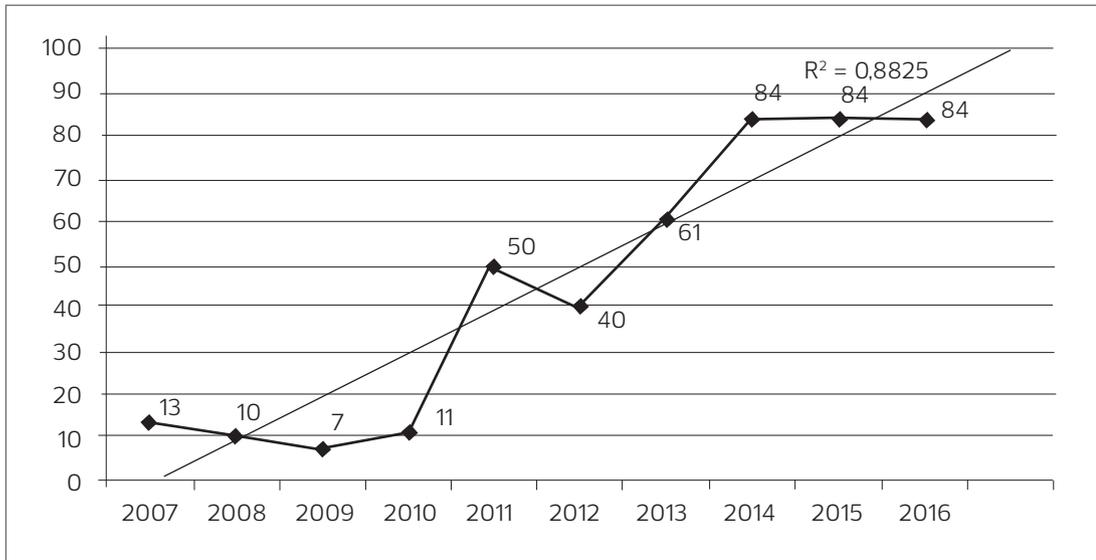
RESULTADOS

forma descritiva o perfil dos casos acometidos para análise.

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece os critérios éticos para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética das Faculdades Pequeno Príncipe com CAAE de n.º 682274170.3001.0101 e aprovado com parecer de n.º 2.140.916 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sendo aprovado pelo parecer n.º 2.140.916.

Após a coleta de dados e aplicação dos critérios de inclusão, as notificações de sífilis em gestantes adolescentes em Curitiba – PR, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2016, totalizaram 444 casos. Entre os anos estudados, notou-se um crescente aumento das notificações de sífilis em gestantes adolescentes, com destaque para os três últimos anos, que juntos acumularam 57% dos casos registrados em 10 anos. Em contrapartida, o ano de 2009 teve menor prevalência, com apenas 7 casos (1,6%). Quando os dados são analisados por meio da linha de tendência, o aumento das notificações de sífilis em gestantes adolescentes fica ainda mais evidente – Figura 1.

Tabela 1. Distribuição de casos de sífilis em gestantes adolescentes conforme o ano de notificação.



Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Observou-se que quanto maior a idade da adolescente, maior o número de casos registrados, dos 444 casos notificados no período estudado, 428 (96,8%) foram em gestantes de 15 a 19 anos. No entanto, também foi constatada a ocorrência de sífilis numa adolescente com 12 anos de idade.

Quanto ao diagnóstico de sífilis, 192 casos (43,2%) das notificações ocorreram no primeiro

trimestre. No segundo trimestre, 118 casos (26,6%), ao passo que o terceiro trimestre de gestação registrou 126 ocorrências (28,4%). Em análise de outras variáveis, 362 (81,6%) consideradas de cor/raça branca, pardas tiveram 45 fatos registrados (10,1%) e pretas tiveram 16 ocorrências (3,6%), seguidas pelas amarelas 2 (0,5%) e por uma indígena (0,2%).

Ao avaliar a escolaridade das adolescentes gestantes diagnosticadas com sífilis, a maioria apresenta apenas a 5.^a e a 8.^a série incompleta do ensino fundamental, totalizando 106 casos (23,9%), seguidas pelas que possuem o ensino

médio incompleto – 60 adolescentes (13,6%). A desproporção é evidente se comparada às adolescentes gestantes com educação superior completa (1 – 0,2%) ou com ensino superior incompleto (4 – 0,9%).

Tabela 1. Caracterização dos casos notificados de sífilis gestacional em adolescentes em Curitiba – PR, segundo a faixa etária, período gestacional, raça/cor e escolaridade. Curitiba – PR, Brasil (2007-2016).

IDADE	N	%
12 anos	1	0,2
13 anos	5	1,2
14 anos	8	1,8
15 anos	35	7,9
16 anos	55	12,4
17 anos	91	20,4
18 anos	114	25,7
19 anos	135	30,4
TOTAL	444	100
PERÍODO GESTACIONAL	N	%
1º trimestre	192	43,2
2º trimestre	118	26,6
3º trimestre	126	28,4
Trimestre gestacional ignorado	8	1,8
TOTAL	444	100
RAÇA/COR	N	%
Amarela	2	0,5
Branca	362	81,6
Indígena	1	0,2
Parda	45	10,1
Preta	16	3,6
Ignorada	18	4
TOTAL	444	100
ESCOLARIDADE	N	%
Analfabeto	0	0
1ª à 4ª série incompleta do ensino fundamental	40	9
4ª série completa do ensino fundamental	24	5,4
5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental	106	23,9
Ensino fundamental completo	46	10,3
Ensino médio incompleto	60	13,6
Ensino médio completo	21	4,7
Educação superior incompleta	4	0,9
Educação superior completa	1	0,2
Ignorado ou não se aplica	142	32
TOTAL	444	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Na classificação clínica da sífilis, a latente foi a de maior predominância, com 305 ocorrências (68,7%). Em seguida, a classificação primária somou 66 casos (14,9%) e a secundária e terciária registraram 13 casos (2,9%) cada uma. Os exames laboratoriais realizados nas gestantes adolescentes com sífilis, no período estudado, dividiram-se em duas frentes.

O teste não treponêmico resultou reagente em 425 casos (95,8%); não reagente com 18 ocorrências (4%). Apenas em um caso o exame não foi realizado (0,2%). Já o teste treponêmico demonstrou 368 casos de reagentes (95,8%) e 7 de não reagentes (1,6%). O teste não foi realizado em 61 oportunidades (13,8%), contendo também 8 fatos ignorados (1,8%).

Tratando-se do esquema de tratamento prescrito à gestante adolescente com sífilis, a penicilina G benzatina 7.200.000UI se destaca, com 370 prescrições (83,3%). A penicilina G benzatina 2.400.000UI aparece em seguida com 25 prescrições (5,6%) e a penicilina G benzatina 4.800.000UI, por sua vez, foi prescrita em 7 oportunidades (1,6%). Além desses, outro esquema foi adotado em 3 casos (0,7%). Vale destacar que em 39 (8,8%) notificações, os esquemas de tratamento não foram realizados nas gestantes adolescentes.

Quanto à classificação da sífilis, prevaleceu o diagnóstico de sífilis latente em 305 casos (68,7%) do total da amostra analisada. Vale ressaltar que a ficha de notificação não permite a classificação da sífilis latente em recente ou tardia, que é informação indispensável para o esquema de tratamento adequado.

Das 139 gestantes avaliadas quanto à adequação do tratamento (31,3%), 22 receberam o tratamento adequado (15,8%), conforme preconiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis (2015). Por outro lado, 64 mulheres receberam tratamento inadequado (46,0%), e 11 não receberam tratamento (7,9%). Em 42 casos (30,3%), as gestantes adolescentes receberam tratamento, embora a classificação

clínica tenha sido ignorada durante o preenchimento da ficha de notificação. O tratamento da sífilis em gestante deve dar-se concomitantemente com o (s) do (s) parceiro (s). Todavia, isso se cumpriu em 191 casos (43%). Não houve tratamento em 214 ocorrências (48,2%), e em 39 oportunidades (8,8%) esse dado foi ignorado.

Para os parceiros que receberam tratamento, o esquema de escolha deu-se da seguinte forma (Tabela 2): a penicilina G benzatina 7.200.000UI foi adotada em 200 casos (45%); a penicilina G benzatina 2.400.000UI foi prescrita 8 vezes (1,8%); e a penicilina G benzatina 4.800.000UI determinada em 7 ocasiões (1,6%). Outros esquemas foram prescritos aos parceiros em 7 casos (1,6%).

Dentre o motivo para o não tratamento do parceiro da gestante adolescente com sífilis, a razão prevalente foi o fato do parceiro não ter mais contato com a gestante, em 87 casos (40,6%). "Outros motivos" apareceram na segunda posição, com 85 ocorrências (39,8%). Por outro lado, em cada 14 oportunidades (6,5%), ou o parceiro foi comunicado/convocado à Unidade de Saúde para tratamento e não compareceu, ou foi comunicado/convocado, mas recusou o tratamento. Por fim, o parceiro foi diagnosticado com sorologia não reagente em 6 casos (2,9%).

DISCUSSÃO

O aumento nos casos de sífilis em gestantes adolescentes vai ao encontro de pesquisas que alertam que mesmo os adolescentes reconhecendo a importância do uso do preservativo, o fazem de forma esporádica, alegando interferência no prazer, confiança no parceiro e/ou uso da pílula anticoncepcional⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde, esse aumento nos casos de sífilis nos últimos 10 anos segue uma tendência mundial e, além de estar ligado ao aumento das relações desprotegidas entre os jovens, pode estar relacionado ao agravamento do uso de drogas e o aumento do número de gestantes em situação de rua².

Tabela 2. Caracterização dos casos notificados de sífilis gestacional em adolescentes em Curitiba - PR, segundo a classificação clínica, exames laboratoriais, esquema de tratamento da gestante, tratamento adequado da gestante, tratamento concomitante do parceiro, esquema de tratamento do parceiro e motivo do não tratamento do parceiro. Curitiba - PR, Brasil (2007-2016).

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA		N	%
Primária		66	14,9
Secundária		13	2,9
Terciária		13	2,9
Latente		305	68,7
Ignorado		47	10,6
TOTAL		444	100

EXAMES LABORATORIAIS	TESTE NÃO TREPONÊMICO		TESTE TREPONÊMICO	
	N	%	N	%
Reagente	425	95,8	368	82,8
Não reagente	18	4	7	1,6
Não realizado	1	0,2	61	13,8
Ignorado	0	0	8	1,8
TOTAL	444	100	444	100

ESQUEMA DE TRATAMENTO DA GESTANTE	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	25	5,6
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	7	1,6
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	370	83,3
Outro esquema	3	0,7
Não realizado	39	8,8
Ignorado	0	0
TOTAL	444	100

TRATAMENTO DA GESTANTE	N	%
Adequado	22	15,8
Inadequado	64	46
Não realizado	11	7,9
Tratamento prescrito com classificação clínica ignorada	42	30,3
TOTAL	139	100

TRATAMENTO CONCOMITANTE DO PARCEIRO	N	%
Sim	191	43
Não	214	48,2
Ignorado	39	8,8
TOTAL	444	100

ESQUEMA DE TRATAMENTO DO PARCEIRO	N	%
Penicilina G benzatina 2.400.000UI	8	1,8
Penicilina G benzatina 4.800.000UI	7	1,6
Penicilina G benzatina 7.200.000UI	200	45
Outro esquema	7	1,6
Não realizado	214	48,2
Ignorado	8	1,8
TOTAL	444	100

MOTIVO PARA O NÃO TRATAMENTO DO PARCEIRO	N	%
Parceiro não teve mais contato com a gestante	87	40,6
Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento	8	3,7
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu	14	6,5
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas recusou o tratamento	14	6,5
Parceiro com sorologia não reagente	6	2,9
Outro motivo	85	39,8
TOTAL	214	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2018)

Também pode ter contribuído para o aumento dos casos de sífilis o desabastecimento mundial de Penicilina, devido à falta da matéria-prima específica para sua produção no mercado global^{6,10}.

A pesquisa de Costa et al¹¹, mostra que a incidência de sífilis congênita também se apresenta crescente e, num espaço temporal de 10 anos, a taxa passou de 0,56 para 49,32 por 10.000 nascidos vivos. Entretanto, esses aumentos podem estar relacionados à melhoria do sistema de notificação, progresso das vigilâncias epidemiológicas, ampliação do acesso aos serviços de saúde, dentre tanto outros avanços instituídos no Sistema Único de Saúde nos últimos anos (SUS)¹².

A maior parte das gestantes estudadas tinham entre 15 e 19 anos (96,8%), corroborando com os dados encontrados na pesquisa de Barbosa et al¹¹, num estudo descritivo de sífilis gestacional notificados no estado do Piauí, que apontou que 95,7% das gestantes adolescentes com sífilis estavam na faixa etária dos 15 a 19 anos.

A adolescência é marcada pela construção da personalidade e do surgimento das características sexuais. No entanto, na maioria das vezes, os adolescentes não procuram os serviços de saúde por receio e/ou vergonha de declarar que tem uma vida sexual ativa¹³.

A gravidez na adolescência traz repercussões biológicas, psicológicas e sociais para a mãe e a criança, uma vez que ocorre, na maioria dos casos, de forma inesperada e sem planejamento, tornando-se fundamental uma rede sensibilizada, capacitada e integrada para assistir essa faixa etária⁹.

O risco de a doença acometer o feto varia de 30 a 100%, dependendo da evolução da infecção na gestante e do trimestre de gestação³. O Ministério da Saúde preconiza que todas as gestantes sejam testadas duas vezes durante o pré-natal, uma no primeiro trimestre e a outra no segundo trimestre. Além disso, é obrigatório um teste logo após a internação para o parto na maternidade⁴.

Quanto ao quesito raça/cor, houve predomínio de adolescentes que se autodeclararam brancas. Dados diferentes foram encontrados por Moreira

et al¹⁴, onde a maioria da amostra foi composta por pessoas que se autodeclararam pardas ou pretas. Pesquisas apontam que a população negra possui baixos níveis de instrução, ocupa posições menos qualificadas no trabalho e reside em locais com menor infraestrutura básica, conseqüentemente tem menos acesso aos serviços de saúde^{15,16}.

Analisando os indicadores de acesso à saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, observa-se que 74,5% das mães que se declararam brancas realizaram 7 consultas de pré-natal, enquanto que entre as pretas e pardas o percentual cai para 55,7% e 54,2%, respectivamente¹⁷. Esses dados demonstram que a população preta e parda tem menos acesso aos serviços de saúde. Com isso, tornam-se indispensáveis políticas públicas inclusivas que desmontem tal disparidade.

É fundamental que os profissionais de saúde considerem a diversidade racial, de cor e étnica, característica da população brasileira, para que possam atender as especificidades de cada uma.

Referente à escolaridade, os dados encontrados na presente pesquisa foram semelhantes aos encontrados por Barbosa et al¹⁸, cujos dados demonstram que a maior parcela das gestantes com sífilis possuía a 5.^a e a 8.^a série incompleta do ensino fundamental (27,5%), e a menor parcela o ensino superior completo (0,3%).

Outro estudo realizado em Brasília com gestantes e puérperas com sífilis também encontraram que a maioria possuía apenas o ensino fundamental (64,2%)¹⁹. Um estudo multicêntrico nacional realizado com puérperas no período de 1999 a 2000 sobre soroprevalência da sífilis mostrou que o VDRL positivo estava associado, dentre outros fatores, à renda familiar, idade materna e baixa escolaridade²⁰.

Em nossa pesquisa a análise da escolaridade poderia ter sido mais consistente se o campo escolaridade tivesse sido preenchido adequadamente ao longo dos anos, já que 142 casos (32%) foram enquadrados como "ignorados ou não se aplicam".

Analisando a proporção de gestantes adolescentes que realizaram exames laboratoriais

para diagnóstico da sífilis, observamos que não há problemas quanto ao acesso a esse tipo de serviço, uma vez que quase todas foram testadas.

A pesquisa de Barbosa *et al*¹⁸ teve dados semelhantes quanto aos testes não treponêmicos, pois 89,2% das gestantes tiveram o teste não treponêmico reagente, 3,4% não reagente e para 5,2% o teste não foi realizado. Já no teste treponêmico o resultado foi diferente da presente pesquisa, pois não foi realizado em 70,6% das gestantes, 4,4% foram não reagentes e em 16,8% o resultado foi reagente.

Os testes preconizados pelo Ministério da Saúde e comumente utilizados para o diagnóstico da sífilis dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos. Entre os não treponêmicos estão o VDRL, RPR e TRUST, indicados para o diagnóstico e segmento terapêutico, sendo passível de titulação. Os testes treponêmicos, por suas vezes, FTA-abs, TPHA, ELISA, MHTP, teste rápido e EQL, são testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos, úteis para confirmação do diagnóstico⁴.

Quando ocorre um caso de sífilis, os anticorpos específicos podem permanecer detectáveis indefinidamente pelos testes treponêmicos, podendo significar uma cicatriz sorológica devido a um tratamento anterior. Já os testes não treponêmicos tendem à negatificação após o tratamento, e por isso são utilizados no segmento³⁵.

Vale lembrar que, após o tratamento, o seguimento das gestantes deve ser mensal, com teste não treponêmico, para possível indicação de retratamento nos casos em que houver elevação de títulos em duas diluições em relação ao último exame realizado, devido à possibilidade de falha terapêutica²⁴. Para analisarmos os tratamentos prescritos às gestantes adolescentes no período estudado, torna-se fundamental conhecermos os esquemas terapêuticos preconizados pelo Ministério da Saúde para cada caso.

Na sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração), o esquema adotado deve ser Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, via

intramuscular, sendo 1.200.000UI em cada glúteo. Já nos casos de sífilis latente tardia (com mais de um ano de duração ou duração ignorada) e sífilis terciária, o esquema deve ser Penicilina G benzatina 7.200.000UI, via intramuscular, sendo 1.200.000UI em cada glúteo, totalizando 2.400.000UI por semana, repetido durante três semanas^{2,4,5}.

No entanto, a ficha de notificação de sífilis em gestante não possibilita a classificação da sífilis latente em recente ou tardia, mas apenas como latente, o que impossibilita a análise dos tratamentos das gestantes que receberam essa classificação, uma vez que os esquemas terapêuticos são diferentes para essas duas formas de sífilis.

Ademais, a ficha de notificação de sífilis em gestante traz como uma possibilidade de esquema terapêutico a Penicilina G benzatina 4.800.000UI, contudo, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), publicado em 2015, pelo Ministério da Saúde, não estabelece esse esquema terapêutico para nenhuma classificação clínica da sífilis.

O descompasso encontrado entre a ficha de notificação e as diretrizes terapêuticas da sífilis favorece o tratamento inadequado às gestantes, elevando as taxas de sífilis congênita, sem contar os recursos públicos desperdiçados. Nos casos em que a sífilis em gestante não é tratada ou é tratada inadequadamente, as consequências podem ser abortamentos, prematuridade e natimortalidade. Já nos casos em que a mãe não é tratada e ocorre a infecção do conceito, aproximadamente 40% evoluem para aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal^{2,6}.

Por fim, para ser considerado adequado, o tratamento da sífilis em gestantes deve ser realizado somente com penicilina; tratamento completo e concomitante com o parceiro; adequado na dose e no tempo, de acordo com a fase clínica da doença e com conclusão do tratamento em até 30 dias antes do parto⁵.

O número de tratamentos adequados da presente pesquisa foi muito baixo se considerado

o total de casos notificados no período estudado, enquanto que os casos de tratamentos inadequados foram a maioria da amostra analisada.

No estudo de Moreira *et al*⁴, que analisou a incidência de sífilis congênita em Porto Velho, resultados semelhantes foram encontrados: 18,6% das gestantes foram tratadas adequadamente, 55,0% inadequadamente e 19,1% não receberam tratamento algum. A pesquisa de Costa *et al*¹, em uma análise da sífilis congênita no Ceará, também observou predominância de tratamentos inadequados das gestantes, mantendo-se adequado em menos da metade dos casos estudados.

A prescrição de dosagens menores do que o preconizado pelo Ministério da Saúde pode ser ineficiente no combate à sífilis, ocasionando a progressão da doença na gestante e não impedindo a transmissão vertical. Em contrapartida, dosagens maiores elevam os gastos públicos, agravando o desabastecimento de penicilina em nível nacional, além de exporem as gestantes a riscos desnecessários, como reações anafiláticas graves, apesar de raras⁶.

Em relação ao tratamento prescrito à gestante com classificação clínica ignorada, não se sabe quais critérios foram adotados pelos profissionais de saúde. Esse desconhecimento é grave, pois administrar qualquer medicamento sem um diagnóstico apropriado pode contribuir para danos evitáveis. Os dados encontrados são preocupantes se pensarmos nas consequências do manejo ineficiente das gestantes com sífilis. Torna-se fundamental, portanto, que as diretrizes terapêuticas definidas pelo Ministério da Saúde sejam seguidas por todos os profissionais de saúde, contribuindo para a diminuição dos casos de sífilis em gestantes.

Quanto ao tratamento concomitante à gestante, os dados da presente pesquisa são melhores que os apresentados por Campos *et al*¹, quando pesquisaram o perfil da sífilis gestacional em Fortaleza – CE. Eles identificaram que apenas em 24,1% dos casos notificados os parceiros foram tratados, enquanto que para 65,5% não houve tratamento do parceiro, sendo que dentre

os tratados, menos da metade (42,9%) recebeu o tratamento completo, o que representa 10,3% da amostra total da pesquisa.

No mesmo sentido, a pesquisa de Costa *et al*¹¹ apontou que apenas 14,5% dos parceiros receberam tratamento concomitante, enquanto 62,7% não receberam tratamento e 22,8% tiveram esse campo ignorado.

Para diminuir a incidência de sífilis materna é fundamental que o parceiro receba o tratamento adequado concomitante com a gestante, ação que objetiva diminuir ou evitar as reinfecções.

Vale ressaltar que ao analisar os dados da tabela 2, sobre haver ou não tratamento concomitante do parceiro, observa-se divergência no número de tratados. Anteriormente, foi registrado tratamento de 191 parceiros, no entanto, são registrados 222 esquemas terapêuticos prescritos aos parceiros. Também se percebeu que o número de registros “ignorados” foi superior na tabela anterior, sugerindo que houve subnotificações de tratamentos concomitantes, permitindo inferir que foram tratados 222 (50%) parceiros de gestantes adolescentes com sífilis, pois o esquema de tratamento foi registrado.

Estudos apontam que um dos maiores obstáculos para a erradicação da sífilis congênita no Brasil é o não tratamento dos parceiros^{22,23}.

Torna-se fundamental a qualificação das ações de atenção à saúde do homem e políticas públicas que visem aproximar o público masculino das unidades de saúde. A exemplo, está a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, que tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde do SUS²³.

Além disso, o pré-natal é um excelente momento para o fortalecimento do vínculo entre o homem e os profissionais de saúde, sendo que o tema paternidade e o cuidado estão em destaque na PNAISH²⁴.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstram que a incidência de sífilis em gestantes adolescentes em Curitiba-PR seguiu crescente nos 10 anos analisados, especialmente a partir de 2011, quando as notificações se tornaram mais expressivas. Apesar da maioria das gestantes estar na faixa etária dos 15 a 19 anos, foi registrado um caso de sífilis numa gestante de apenas 12 anos de idade, o que evidencia a necessidade de conscientização sobre direitos sexuais e saúde reprodutiva, propiciando espaços para discussão e oportunidade para que os adolescentes sejam ouvidos e possam sanar suas dúvidas sobre o tema.

As gestantes adolescentes eram moradoras da zona urbana quase em sua totalidade e a baixa escolaridade foi predominante, sendo que a maioria possui apenas a 5ª e a 8ª série do ensino fundamental. Quanto ao manejo das gestantes adolescentes com sífilis, percebeu-se a necessidade de adequação da ficha de notificação para que a classificação clínica da sífilis latente possa ser dividida em recente ou tardia, para que os tratamentos prescritos sejam passíveis de análise, o que não ocorre atualmente.

Ainda referente à ficha de notificação, sugere-se que o esquema de tratamento com penicilina G benzatina 4.800.000UI seja retirado, uma vez que não há esse esquema de tratamento nas diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, favorecendo o tratamento inadequado das pacientes. O Ministério da Saúde preconiza que para o tratamento adequado das gestantes o parceiro deve ser tratado concomitantemente. No entanto, apenas a metade dos parceiros recebeu o tratamento devido, o que propicia a reinfeção da gestante e a transmissão vertical da sífilis.

Os resultados encontrados demonstram que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a sífilis em gestantes adolescentes diminua a níveis aceitáveis, de acordo com o preconizado pela OMS e OPAS.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para o atendimento desse público que necessita de abordagem diferenciada. As

políticas públicas devem ser qualificadas e oferecer estrutura adequada para que os profissionais consigam colocá-las em prática, sendo inadmissível a falta de penicilina para tratamento dos casos de sífilis, o que certamente contribuiu para o aumento dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança ação nacional de combate à sífilis. Brasília – DF: 2016. Acesso em 18 Abr 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/26100-ministerio-da-saude-lanca-acao-nacional-de-combate-a-sifilis>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções sexualmente transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco – Manual Técnico. 5ª Edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF: 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 1ª Edição atualizada. Brasília – DF: 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico de sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Boas Práticas: O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF: 2015.
7. Jardim DP, Santos EF. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. *Adolesc Saúde*. 2012 Out [citado 2017 Out 15] 9(2):37-44. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/psi-52741>
8. Peterelli LA. Conhecendo o R: Uma revisão estatística. Editora FGV. Série caderno e didáticos, 2009.
9. Orso LF, Mazzetto FMC, Siqueira FPC, Chadi PF. Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto. *Rev Enferm. UFPE on line*; 2016. Out [citado 2017 Out 05] 10(6): 4870-4879, dez. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11267/12899>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Sífilis 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2017.
11. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm. USP* [Internet]. 2013 Set [citado 2017 set 12]; 47(1): 152-159. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100019>.

12. Ximenes IPE, Moura ERF, Freitas GL, Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. *Rev RENE*. 2008; 9(3): 74-80.
13. Silva CAB. Gravidez na adolescência x políticas públicas: análise contextual. *Interdisciplinar: Rev Eletrôn da Univar*; 2012; Nov [citado 2017 Nov 13]; 7:15-20. Disponível em: <http://www.revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/101>.
14. Moreira K, de Oliveira D, de Alencar L, Cavalcante D, Pinheiro A, Orfão N. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enfermagem*. [Online]. 2017 Dec [cited 2017 Dec 23] 22:2. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949/pdf>
15. Cruz, MA. Desigualdade racial dificulta acesso da população negra aos serviços de saúde. Campinas, 7 a 13 de dezembro de 2009 *JORNAL DA UNICAMP*. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/dezembro2009/ju450pdf/Pag05.pdf.
16. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Comunicação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. 2011; 25(3): 535-549.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF: 2012. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803#doencas. Acesso em 02 Dez 2017.
18. Barbosa DRM, Almeida MG, Silva AO, Araújo AA, Santos AG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev Enferm. UFPE on line*; 2017 Nov [citado 2017 Nov 29] 11(5): 1867-1874, mai. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>.
19. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2013 Abr [Citado 2017 Abr 06]; 29(6): 1109-1120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso
20. 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.
21. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Ago [citado 2017 Ago 26]; 26(9): 1747-1755. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>.
22. Romanelli RMC, Carellos EVM, Souza HC, Paula AT, Rodrigues LV, Oliveira WM et al. Manejo de sífilis em gestantes e seus recém-nascidos: ainda um problema? *j. bras. doenças sex. transm*; 2015. Set [citado 2017 set 12]; 27(1-2):35-39. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista27-1-2-2015/DST_v27n1-2_35-39_IN.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Brasília – DF: 2016.

RECEBIDO: 22/02/2018

ACEITO: 16/05/2018