

Tratamento de Gestantes com Sífilis assistidas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle: Estudo Observacional

Treatment of Pregnant Women with Syphilis Assisted at the Gaffrée and Guinle University Hospital: Observational Study

Tratamiento de mujeres embarazadas con sífilis asistidas en el Hospital Universitario Gaffrée y Guinle: estudio observacional

Stefanni Firmino da Cunha Aguiar¹, Mayara Daher Pacheco², Raphael Dias de Mello Pereira³

Como citar esse artigo. Aguiar SFC, Pacheco MD, Pereira RDM, Tratamento de Gestantes com Sífilis assistidas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle: Estudo Observacional. Rev Pró-UniverSUS. 2024; 15(1):79-87.



Resumo

Introdução: as infecções sexualmente transmissíveis representam um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dentre as mais incidentes encontra-se a Sífilis, transmitida predominantemente por via sexual e vertical. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e transversal de caráter descritivo e exploratório, realizado por meio de análise de notificações compulsórias e prontuários de gestantes notificadas no momento do parto, na maternidade do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, tendo como recorte o período de dezembro 2019 a dezembro de 2021. Estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição sob parecer nº 5.614.121, tendo como objetivo identificar a classificação clínica e o tratamento ofertado às gestantes com sífilis e seus recém-nascidos na maternidade do hospital universitário com aquelas previstas no protocolo de diretrizes terapêuticas do Ministério de Saúde. **Resultados:** foram analisados dados de 162 gestantes e 165 recém-nascidos. 85,19% das gestantes tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e em 79,39% dos recém-nascidos o resultado do teste não treponêmico no sangue periférico foi reagente. **Discussão:** um dos grandes problemas para a diminuição dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita apresenta relação direta com a adesão ao tratamento, entretanto a qualidade da classificação e tratamento quando aplicado os critérios das diretrizes clínicas não são comprometidos. **Conclusão:** não houve diferença significativa entre o tratamento realizado na maternidade do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e o preconizado no protocolo de diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Sífilis em gestante; Sífilis congênita; Infecções sexualmente transmissíveis; Sorodiagnóstico da Sífilis.

Abstract

Introduction: sexually transmitted infections represent a public health problem in Brazil and around the world. Syphilis is one of the most common incidents, transmitted predominantly sexually and vertically. **Materials and Methods:** Observational, retrospective and cross-sectional study of a descriptive and exploratory nature, carried out through analysis of compulsory notifications and medical records of pregnant women notified at the time of birth, in the maternity ward of the Gaffrée e Guinle University Hospital of the Federal University of the State of Rio de Janeiro. January, covering the period from December 2019 to December 2021. The study was approved by the institution's research ethics committee under opinion no. 5,614,121, with the objective of identifying the clinical classification and treatment offered to pregnant women with syphilis and their newborns - born in the maternity ward of the university hospital with those provided for in the therapeutic guidelines protocol of the Ministry of Health. **Results:** data from 162 pregnant women and 165 newborns were analyzed. 85.19% of pregnant women were diagnosed with syphilis during prenatal care and in 79.39% of newborns the result of the non-treponene test in peripheral blood was reactive. **Discussion:** one of the major problems in reducing cases of syphilis in pregnant women and congenital syphilis is directly related to adherence to treatment, however the quality of classification and treatment when applying the criteria of clinical guidelines are not compromised. **Conclusion:** there was no significant difference between the treatment carried out in the maternity ward of the Gaffrée and Guinle University Hospital and that recommended in the therapeutic guidelines protocol of the Ministry of Health.

Key words: Syphilis in pregnant women; Congenital syphilis; Sexually transmitted infections; Serodiagnosis of Syphilis.

Resumen

Introducción: las infecciones de transmisión sexual representan un problema de salud pública en Brasil y en el mundo. La sífilis es uno de los incidentes más comunes, transmitido predominantemente sexual y verticalmente. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal, de carácter descriptivo y exploratorio, realizado a través del análisis de notificaciones obligatorias y de historias clínicas de mujeres embarazadas notificadas en el momento del parto, en la maternidad del Hospital Universitario Gaffrée e Guinle, de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro Janeiro, abarcando el período de diciembre de 2019 a diciembre de 2021. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de la institución bajo dictamen nº 5.614.121, con lo objetivo de identificar la clasificación clínica y el tratamiento ofrecidos a las gestantes con sífilis y a sus recién nacidos - nacidos en la maternidad del hospital universitario con los previstos en el protocolo de directrices terapéuticas del Ministerio de Salud. **Resultados:** se analizaron datos de 162 gestantes y 165 recién nacidos. El 85,19% de las gestantes fueron diagnosticadas con sífilis durante el control prenatal y en el 79,39% de los recién nacidos el resultado de la prueba no treponeno en sangre periférica fue reactivo. **Discusión:** uno de los mayores problemas en la reducción de casos de sífilis en mujeres embarazadas y sífilis congénita está directamente relacionado con la adherencia al tratamiento, sin embargo la calidad de la clasificación y el tratamiento al aplicar los criterios de las guías clínicas no se ven comprometidas. **Conclusión:** no hubo diferencia significativa entre el tratamiento realizado en la maternidad del Hospital Universitario Gaffrée y Guinle y el recomendado en el protocolo de directrices terapéuticas del Ministerio de Salud.

Palabras clave: Sífilis en gestantes; sífilis congénita; infecciones de transmisión sexual; Serodiagnóstico de la sífilis.

Afilição dos autores:

¹Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: stefanni222@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5290-3664>

²Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Mestre, Setor de Gestão da Qualidade/ Unidade de Vigilância em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: mayara.pacheco@ebsrh.gov.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9563-2032>

³Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Doutor, Setor de Gestão da Qualidade/ Unidade de Vigilância em Saúde Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: raphael.pereira@ebsrh.gov.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0723-9658>

E-mail de correspondência: stefanni222@gmail.com

Recebido em: 30/11/23 Aceito em: 12/04/24.

Introdução

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST) representam um problema de saúde pública em todo o mundo. Dentre as IST mais incidentes e com maior impacto sobre a saúde de mulheres gestantes e recém-nascidos encontra-se a Sífilis, doença causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas. A Sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e vertical, passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna.^{1,2}

Estima-se que os desfechos adversos da sífilis materna não tratada resultarão em perdas gestacionais precoces em 40% dos casos, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13% em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RNs) apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (SC). Uma pesquisa realizada no México identificou que 6,6% de mulheres com histórico de natimortos apresentava anticorpos contra o *Treponema pallidum*, quando avaliadas aquelas sem histórico de natimorto, 2,6% apresentavam anticorpos contra a Sífilis, o que sugere uma associação entre *Treponema pallidum* e abortos.³⁻⁵

O panorama da sífilis no Brasil não difere de outros países das Américas. De acordo com o Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2020, a sífilis adquirida obteve uma taxa de detecção de 54,5 casos por 100.000 habitantes. Neste mesmo ano alcançou uma taxa de detecção de sífilis em gestantes (SG) de 21,6 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa de incidência de SC de 7,7 casos por 1.000 nascidos vivos e uma taxa de mortalidade por SC de 6,5 casos por 100.000 nascidos vivos.⁶

De acordo com protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT), o desenvolvimento de sífilis congênita está relacionado ao estágio da infecção materna e ao tempo de exposição fetal. Quando a gestante é adequadamente diagnosticada e tratada, a SC é passível de prevenção. A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes e seu esquema terapêutico pode variar de acordo com o estágio clínico da doença.³

A partir de 2019, com a atualização do PCDT elaborado pelo MS, os critérios de definição de caso sofreram modificações e os RNs de mãe com sífilis passaram a ser classificados em RN exposto à sífilis e RN com sífilis congênita a partir do histórico materno. A identificação adequada de crianças expostas, mas não infectadas, e a detecção e tratamento de crianças com sífilis possuem o mesmo grau de importância e permitem o direcionamento de condutas invasivas ou internações prolongadas apenas quando realmente necessárias à criança. Com a nova classificação, o tratamento imediato

dos RNs não se fez mais necessário, a notificação destes casos enquanto SC passou a ser dispensada, sendo recomendado o seguimento ambulatorial.³ Mudanças como essas podem trazer impactos na assistência prestada, sobretudo em instituições de saúde e que são campo para desenvolvimento do ensino-serviço, sendo relevante a atualização permanente dos profissionais de saúde e docentes que integram os serviços.

Esta pesquisa teve como cenário o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), instituição de médio porte localizada na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Partiu-se da hipótese de que não haveria diferença significativa entre o tratamento realizado na maternidade do Hospital Universitário e o preconizado pelo Ministério da Saúde no PCDT para prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites. Os objetivos da pesquisa foram identificar a classificação clínica e o tratamento ofertado às gestantes com sífilis e comparar a classificação aplicada a elas e seus recém-nascidos com aquelas previstas no PCDT.

Metodologia

Trata-se de um estudo de Coorte transversal e retrospectiva, do tipo descritivo e exploratório. Aprovado pelo comitê de ética e Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, CAAE 61481622.2.0000.5258 parecer número 5.614.121. Tendo recorte temporal o período de dezembro de 2019 a dezembro de 2021. A população do estudo foi de gestantes atendidas na maternidade do HUGG. Amostra foi composta por gestantes assistidas para o parto, com diagnóstico de sífilis. Foram consideradas elegíveis as gestantes de qualquer idade, que realizaram parto no HUGG e que receberam diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, parto e ou puerpério. Foram excluídas da pesquisa mulheres sem registro de notificação compulsória na Unidade de Vigilância em Saúde (UVS) do HUGG e aquelas notificadas no período descrito, mas que o parto não ocorreu no recorte temporal do estudo.

Amostra não probabilística que considerou para composição do tamanho amostral a inclusão de todas as gestantes e seus recém-nascidos elegíveis conforme critérios estabelecidos. As fontes utilizadas para a coleta dos dados foram as fichas de notificação de sífilis em gestante, fichas de notificação de sífilis congênita, e prontuários dos binômios elegidos para o estudo. A coleta dos dados foi realizada na Unidade de Vigilância em Saúde (UVS) do HUGG. As variáveis selecionadas para fins do estudo foram idade gestacional; momento do diagnóstico; testes treponêmicos e não treponêmicos e seus resultados; classificações clínicas; classificação do tratamento e esquemas de tratamento prescritos.

Para fins de comparação do tratamento utilizou-se como variável de desfecho a classificação do

tratamento, categorizada em adequado e inadequado, à luz dos critérios clínico-diagnóstico descritos no PCDT, à saber: administração de penicilina benzatina; início do tratamento até 30 dias antes do parto; esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico; respeito ao intervalo recomendado de doses; documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento. Para fins da classificação de desfecho dos recém-nascidos, isto é, exposição a sífilis ou SC, levou-se em consideração os seguintes critérios previstos no PCDT: histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e segmento na gestação, sinais e sintomas clínicos da criança, teste não treponêmico de sangue periférico da criança comparado com o da mãe.

Para minimizar possíveis vieses de seleção e análise adotou-se como medida a verificação de registros em prontuários de modo a esclarecer eventuais dúvidas referentes aos dados coletados e encontrados nas fichas de notificação.

O período de coleta dos dados compreendeu os meses de setembro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados coletados foram sistematizados em uma Planilha Eletrônica (Excel® 2016) para a análise estatística. Para análise e tratamento dos dados foram utilizados o Software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 24. O teste Exato de Fisher associou a classificação clínica da mãe com o esquema prescrito de acordo com o quadro clínico. Para avaliar a reprodutibilidade entre as classificações da sífilis pelos

RNs e o tratamento despendido à gestante, foi utilizada estatística Kappa de Fleiss. Utilizaram-se ainda os parâmetros de Landis e Koch para avaliação do grau da medida.

Resultados

Foram analisados dados de 162 gestantes e 165 RNs, sendo 159 gestações únicas e 03 gestações múltiplas. A média de idade foi de 24,9 anos, variando de 13 a 41 anos. A raça/cor parda foi descrita em 45,68 % (n=74) do total da amostra, em 30,25 % (n=49) a escolaridade informada foi o ensino médio completo, 39,51% (n=64) possuía como registro de ocupação a atividade “do lar” e 90,74% (n=147) eram residentes do município do Rio de Janeiro.

O histórico da sífilis na gestação (TABELA 1) demonstrou que 91,36% (n=148) das gestantes realizaram teste treponêmico (Teste rápido) e teste não treponêmico (VDRL) durante o pré-natal, 69,12% (n=112) apresentaram resultado reagente já no primeiro VDRL realizado durante o pré-natal e destas 59,62% (n=67) apresentaram como resultado a titulação maior que 1:4. Já na maternidade, 48,15% (n=78) realizaram o teste rápido, no momento da internação, e em relação ao VDRL, 95,68% (n=155) realizaram o exame, sendo 78,71% (n=122) com resultados reagentes. A maioria, 67,21% (n=82), apresentou títulos do VDRL igual ou menor que 1:4, considerados títulos baixos, enquanto 21,29% (n=33) apresentaram resultados não reagentes.

Tabela 1. Histórico das gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas na maternidade do HUGG, dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

		N	%
Teste treponêmico realizado no pré-natal? *	Não	10	6,17
	Sim	148	91,36
	Não informado	4	2,47
Teste treponêmico na maternidade? *	Não	10	6,17
	Sim	78	48,15
	Não se aplica	70	43,20
	Não informado	4	2,47
Teste não treponêmico realizado no pré-natal? *	Não	12	7,41
	Sim	148	91,36
	Não informado	2	1,23

Tabela 1 (cont.). Histórico das gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas na maternidade do HUGG, dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

		N	%
Resultado do 1º teste não treponêmico realizado durante o pré-natal *	1:1	9	5,56
	1:2	17	10,49
	1:4	19	11,73
	1:8	21	12,96
	1:16	12	7,41
	1:32	10	6,17
	1:64	11	6,79
	1:128	8	4,94
	1:256	3	1,85
	1:512	2	1,23
	Não reagente	38	23,46
	Não se aplica	12	7,41
Resultado do teste não treponêmico realizado no momento da admissão na maternidade *	1:1	17	10,49
	1:2	29	17,90
	1:4	36	22,22
	1:8	24	14,81
	1:16	6	3,70
	1:32	9	5,56
	1:256	1	0,62
	Não reagente	33	20,37
	Não se aplica	7	4,32
Diagnóstico de sífilis da mãe *	Durante o pré-natal	138	85,19
	No momento do parto ou curetagem	18	11,11
	Após o parto	5	3,09
	Não realizado	1	0,62
Classificação clínica da mãe *	Primária	17	10,49
	Secundária	1	0,62
	Terciária	2	1,23
	Latente	136	83,95
	Não informado	6	3,70

Tabela 1 (cont.). Histórico das gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas na maternidade do HUGG, dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

		N	%
Tratamento prescrito a gestante durante o pré-natal*	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	29	17,90
	Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	4	2,47
	Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	118	72,84
	Outro esquema	5	3,09
	Não realizado	5	3,09
	Não informado	1	0,62
Classificação do tratamento realizado pela gestante no serviço de saúde	Adequado	72	44,44
	Inadequado	73	45,06
	Não realizado	13	8,02
	Não informado	3	1,85
Classificação do tratamento realizado pela gestante a Luz do PCDT*	Inadequado	125	75,76
	Adequado	38	23,03
	Inconclusivo	2	1,21

(*) Três parturientes tiveram gêmeos, portanto, os dados das mesmas só foram computados uma só vez

Em 85,19% (n=138) das gestantes, o diagnóstico de sífilis ocorreu durante o pré-natal, 83,95% (n=136) receberam a classificação clínica de sífilis latente, 72,84% (n=118) receberam como tratamento Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI. No que tange à classificação do tratamento, 45,06% (n=73) das puérperas foram classificadas pelo serviço médico da maternidade como mulheres com tratamento inadequado para sífilis. Quando classificadas à luz do PCDT, 75,76% (n= 125) foram consideradas mulheres com o tratamento inadequado.

Sobre a concordância entre o esquema de tratamento prescrito à gestante e a classificação clínica da sífilis (TABELA 2), a maior prevalência de tratamento prescrito em desacordo com o estágio clínico foi entre aquelas classificadas como sífilis primária enquanto as que receberam o esquema de tratamento de acordo com o estágio clínico foram àquelas classificadas como latente.

No que se refere às informações clínicas dos RNs de gestantes com diagnóstico de sífilis nascidos no HUGG (TABELA 3), em 79,39% (n=131) dos RNs o resultado do teste não treponêmico no sangue periférico foi reagente e 50,30% (n=83) receberam tratamento

com penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias. Em relação a classificação clínica dos RNs, 72,12% (n=119) foram considerados SC, enquanto 27,88% (n=46) crianças expostas a sífilis, pela equipe da maternidade. Quando aplicados os critérios descritos no PCDT, 78,79% (n=130) dos RNs foram considerados sífilis SC e 20,00% (n=33) crianças expostas a sífilis.

Observou-se as relações de concordância encontradas quanto a classificação do RN feita pela maternidade comparada com a realizada à luz do PCDT. O maior índice foi observado para a categoria de criança exposta à sífilis (KF = 0,684; IC = 0,531;0,836) seguida da de criança com SC (KF = 0,656; IC = 0,504;0,809). Ambas foram consideradas concordâncias substanciais, de acordo com o teste Kappa (TABELA 4).

Em relação às gestantes, houve concordância moderada entre a classificação, feita pela maternidade, do tratamento contra a sífilis recebido pela gestante, e a classificação realizada a partir dos critérios do PCDT (TABELA 5). Tanto para a classificação do tratamento em inadequado quanto adequado, os valores do teste de Kappa são considerados concordâncias moderadas, KF=0,443 (IC = 0,281;0,606) e KF=0,439 (IC = 0,277;0,602), respectivamente.

Tabela 2. Concordância entre tratamento prescrito e classificação clínica da sífilis em gestantes atendidas na maternidade do HUGG de dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

		Classificação clínica da mãe										Valor p*
		Primária		Secundária		Terciária		Latente		Ignorado		
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Esquema prescrito de acordo com o quadro clínico?	Não	9	75,00	1	8,33	0	0,00	2	16,67	0	0,00	< 0,001
	Sim	8	5,97	0	0,00	2	1,49	124	92,54	0	0,00	
	Inconclusivo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	14,28	6	85,71	
	Não recebeu PB	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100,00	0	0,00	
	Não realizou tratamento	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	100,00	0	0,00	

(*) Teste Exato de Fisher; significativo se p<0,050

Nota: somente foram incluídas as gestantes que realizaram ou apresentaram o teste não treponêmico reagente

Tabela 3. Informações clínicas dos RNs de gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas no HUGG, dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

		n	%
Resultado do teste não treponêmico do RN com amostra de sangue periférico	1:1	35	21,21
	1:2	46	27,88
	1:4	29	17,58
	1:8	16	9,70
	1:16	4	2,42
	1:64	1	0,61
	Não se aplica	34	20,61
Esquema do tratamento prescrito ao RN	Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI-KG-dia por 10 dias	83	50,30
	Penicilina G Procaina 50.000 UI-KG-dia por 10 dias	12	7,27
	Penicilina G benzatina 50.000 UI-KG-dia	18	10,91
	Outro esquema	3	1,82
	Não realizado	48	29,09
	Não informado	1	0,61
Classificação do RN pela equipe de saúde	Criança exposta a sífilis	46	27,88
	Criança com sífilis congênita	119	72,12
Classificação do RN á luz do PCDT	Criança exposta a sífilis	33	20,00
	Criança com sífilis congênita	130	78,79
	Inconclusivo	2	1,21

(*) Três parturientes tiveram gêmeos, portanto, os dados das mesmas só foram computados uma só vez

Tabela 4. Concordância da classificação do RN quanto ao diagnóstico de sífilis realizada pelo serviço de saúde e à luz do PCDT. Nascidos no HUGG de dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

Classificação do RN		Kappa de Fleiss	Erro padrão	Valor p*	IC de 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Classificação do RN	Criança com sífilis congênita	0,656	0,078	< 0,001	0,504	0,809
	Criança exposta a sífilis	0,684	0,078	< 0,001	0,531	0,836
	Inconclusivo	0,006	0,078	0,938	-0,159	0,146
	Média	0,659	0,076	< 0,001	0,510	0,808

(*) Teste de Kappa de Fleiss; significativo se $p < 0,050$

Tabela 5. Concordância da classificação do tratamento de sífilis das gestantes atendidas no HUGG feita pelo serviço de saúde e à luz do PCDT de dezembro de 2019 a dezembro de 2021.

Classificação do tratamento realizado pela gestante		Kappa de Fleiss	Erro padrão	Valor p*	IC de 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Classificação do tratamento realizado pela gestante	Inconclusivo	0,007	0,082	0,934	-0,168	0,154
	Tratamento adequado	0,439	0,083	< 0,001	0,277	0,602
	Tratamento inadequado	0,443	0,083	< 0,001	0,281	0,606
	Média	0,435	0,081	< 0,001	0,276	0,594

(*) Teste de Kappa de Fleiss; significativo se $p < 0,050$

Discussão

A resposta para a problemática da sífilis necessita da garantia de um diagnóstico e tratamento rápido, bem como a integração dos programas de saúde.⁷ De acordo com o MS, os testes preconizados para o rastreio da gestante com sífilis devem ser realizados já na 1ª consulta de pré-natal (idealmente no 1º trimestre), no início do 3º trimestre (a partir de 28ª semana) e no momento do parto ou em caso de aborto.³ Recomenda-se iniciar a investigação por um teste treponêmico (teste rápido /TR), que é o primeiro a ficar reagente. Já os testes não treponêmicos, como o VDRL, permitem a análise qualitativa e quantitativa e são utilizados tanto para diagnóstico quanto monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.⁸ Na amostra estudada, 91,36% (n=148) das gestantes realizaram o TR durante o pré-natal e 85,19% (n=138) tiveram o diagnóstico SG estabelecido no pré-natal, achado esse que dialoga como a capacidade de oferta e a resolubilidade da atenção primária a saúde e seus serviços no âmbito do SUS. Embora se saiba que a cobertura de pré-natal no Brasil não seja uniforme quando comparado estados de

diferentes regiões e seus municípios, pode-se afirmar que a mesma está diretamente relacionada à prevenção e ao diagnóstico precoce de diversas doenças que podem afetar a gestante e o feto, a exemplo da sífilis.⁹

Desta forma, acredita-se que ampliação da capacidade de oferta e o acesso ao pré-natal vivenciado no estado do Rio de Janeiro nos últimos anos tenham contribuído para esse achado que parece refletir uma melhor capacidade diagnóstica da atenção primária em especial das equipes de saúde da família e sua atenção pré-natal, considerando que majoritariamente essas mulheres são remanescentes desta. Resultado similar foi observado em um estudo realizado no estado de Minas Gerais no qual foi identificado que 62,8% (n=7.015) do diagnóstico materno de sífilis foi realizado durante o pré-natal.¹

A classificação clínica da SG é de suma importância para a definição das condutas terapêuticas e acompanhamento para a cura. No Brasil, estudo recente considerando a distribuição geográfica da SG aponta maior índice da doença no Amazonas e onde 62,8% (n=893) dos casos foram classificados como sífilis primária, seguido do Rio de Janeiro com 54,7% (n=

4366) dos casos classificados como ignorados.⁹ Outro estudo realizado em Minas Gerais identificou que 33,8% (n=6.869) dos casos de SG foram de sífilis primária.⁷ Esses resultados diferem dos encontrados neste estudo, onde a classificação clínica mais prevalente na amostra estudada foi a latente 83,9% (n=136) seguida da sífilis primária 10,49% (n=17). De acordo com o MS, a maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas e quando sintomáticas não percebem ou não valorizam seus sinais e sintomas. No caso das gestantes, a maior parte dos diagnósticos ocorre na fase de latência (assintomática), a partir dos testes realizados no pré-natal e no parto^{3,10}, o que corrobora com os resultados encontrados.

Ainda sobre a classificação do estágio clínico da gestante, muitas vezes a cronologia do tempo de infecção não está bem estabelecida, sendo difícil determinar se se trata de uma infecção recente ou tardia³. Dessa forma, o MS recomenda que diante de uma gestante com diagnóstico de sífilis confirmado, mas que não é possível concluir a duração da infecção, a classificação e tratamento devem ser conduzidos como sífilis latente tardia. Cabe registrar que as versões das fichas de notificação utilizadas atualmente no Brasil datam de 2008, sem diferenciar as duas categorias da sífilis latente. Dessa forma, não foi possível analisar as prevalências entre as infecções recentes e tardias da sífilis latente em gestantes.¹¹

Em relação a classificação do tratamento realizado pela gestante, considerando que não existe um exame laboratorial que determine o diagnóstico de SC, faz-se necessário avaliar o histórico materno de diagnóstico e tratamento na gestação, além de comparar os VDRLs pareados da mãe e do RN e realizar o exame físico do RN.¹⁰ Nesse sentido a decisão sobre as condutas adotadas no manejo do RN serão baseadas a partir da análise do tratamento adequado da gestante. Quando comparadas as classificações do tratamento realizado pela gestante, identificou-se que 75,76% (n=125) da amostra foi considerada inadequadamente tratada, a partir dos critérios estabelecidos pelo PCDT, enquanto no serviço de saúde, 45,06% (n= 73) foi classificada como inadequadamente tratada. Quando analisada estatisticamente, essa diferença percentual é considerada uma concordância moderada (KF=0,443; IC = 0,281;0,606) evidenciando que esforços devem ser lançados para que se alcance concordâncias substanciais entre as práticas nos serviços de saúde e as diretrizes estabelecidas pelo MS.

No entanto, cabe destaque que o tratamento de 82,72% (n=134) das gestantes ocorreu de acordo com a sua classificação clínica inicial para sífilis. Apenas 7,40% (n=12) não receberam o tratamento de acordo com sua classificação clínica, e a maior parte quando classificadas como sífilis primária. Este achado difere de outros já realizados que demonstram o tratamento

incorreto para a fase clínica da doença ofertada pelos profissionais de saúde. Em estudos realizados no Rio de Janeiro, verificou-se que 54,4% da terapia prescrita à gestante estavam em desacordo com a fase clínica descrita nas notificações de casos, além de identificadas diversas barreiras quanto ao conhecimento e à familiaridade dos protocolos e diretrizes assistenciais, chamando atenção para o despreparo das equipes de saúde no manejo da sífilis em gestante.^{8,12}

Considerando os nascidos, 72,12% (n=119) foram considerados SC, enquanto 27,88% (n=46) crianças expostas a sífilis, pela equipe da maternidade. Quando aplicados os critérios descritos no PCDT, 78,79% (n=130) dos RNs foram considerados SC e 20,00% (n=33) crianças expostas a sífilis. No caso dos RNs, a diferença percentual entre as classificações realizadas pela equipe assistencial e as realizadas à luz dos critérios do PCDT significaram concordâncias substanciais em ambas as categorias, SC e crianças expostas à sífilis. Este resultado demonstra maior proximidade entre as condutas realizadas pela equipe e aquelas recomendadas nos protocolos e diretrizes vigentes.

Ainda assim, observa-se um percentual maior de crianças nascidas com SC do que expostas à sífilis e sem necessidade de tratamento ao nascer. Destaca-se que um dos grandes problemas para a diminuição dos casos de SC apresenta uma relação direta com a adesão ao tratamento da gestante, mostrando que as altas taxas de SC é um reflexo do tratamento inadequado materno. Para se obter um tratamento adequado da sífilis gestacional, há a necessidade de consultas frequentes ao serviço de saúde, acarretando mais deslocamentos, custos e ausências no trabalho, vale ressaltar que as maiores taxas de incidências são encontradas em mulheres mais vulneráveis. Um dos pontos chave para a redução das taxas de transmissão vertical da sífilis é a qualidade da assistência ofertada à gestante durante as consultas de pré-natal, parto e puerperio.¹

O não tratamento da infecção materna implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada, pode acarretar infecção fetal com frequência de aproximadamente 30%. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção.^{13,14}

Conclusão

Embora este estudo não tenha tido como foco a análise dos impactos das internações da SG e SC, deve-se considerar as possíveis influências que a adequação do tratamento e sua classificação final podem ter sobre a saúde das gestantes e de seus filhos além da assistência prestada nas maternidades. A adequabilidade do

tratamento e sua classificação final a luz do PCDT podem influenciar no tempo de internação gerando menor rotatividade dos leitos e conseqüentemente diminuir o acesso para outras gestantes. Além disso, há impactos nos custos para o sistema de saúde com aumento de gastos com exames, procedimentos, insumos e profissionais necessários para o cuidado, sem contar o custo social envolvendo possíveis perdas de produtividade devido necessidade de maior tempo de afastamento dos pais e cuidadores do trabalho para acompanhar o tratamento, situações observadas no cenário da pesquisa.

A disponibilidade de registros bem como a desatualização dos dados da ficha SINAN exerceram influências limitantes e foram considerados como potencial um viés potencial, mas que foi controlada dada a possibilidade de utilização de prontuários como recurso e fonte de coleta para informações imprecisas ou incompletas. Além desse, embora o hospital universitário empregue boas práticas clínicas de qualidade, vigilância em saúde e segurança do paciente, considerou-se a possibilidade de haver casos não notificados e/ou não testados no momento do parto, mas esse estudo não foi capaz de identificar essas ocorrências.

O número reduzido de indivíduos estudados dificulta a generalização dos resultados para outras populações e cenários, sendo está a principal limitação considerada neste estudo. Outras limitações relacionadas ao próprio desenho proposto e percebidas durante a pesquisa foram à impossibilidade estabelecer a sequência dos eventos, ou seja, identificação das reincidências das infecções e qual relação causal destas, mas estas não comprometeram análise ou a qualidade dos resultados aqui apresentados.

Em síntese, a partir dos dados a analisados, foi possível identificar a classificação clínica e o tratamento ofertado às gestantes com sífilis no hospital universitário e comparar a classificação aplicada a elas e seus recém-nascidos com aquelas previstas no PCDT, cabendo destaque a confirmação do pressuposto do qual partiu-se como hipótese para o estudo, isto é, não há diferença significativa entre o tratamento realizado na maternidade do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e o preconizado pelo Ministério da Saúde no PCDT.

Desta forma, mesmo diante das limitações e o potencial limitado de generalização e validade externa, considera-se que dada a relevância da análise das práticas adotadas e possíveis adequações para a melhoria contínua da qualidade assistencial e cuidado em saúde, que o estudo possa ser replicado em cenários similares ou outros, com vistas demonstrar o emprego e adequabilidade às práticas recomendadas para o tratamento da SG e SC.

Referências

1. Amorim EKR, Matozinhos FP, Araújo LA, Silva TPR da. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021;30(4).
2. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de hiv, sífilis e hepatites virais [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 18]. Available from: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/pcdt-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv-sifilis-e-hepatites-virais.pdf>
3. PRCEU. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária. [cited 2023 Mar 18]. Available from: <https://prceu.usp.br/repositorio/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-virais/>
4. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2021;30(spe1). Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SwXRF6pXG3hX58K86jDSckv/?format=pdf&lang=es>
5. Page Not Found | Gaceta Médica de México [Internet]. www.gacetamedicademexico.com. [cited 2023 Mar 18]. Available from: <https://www.gacetamedicademexico.com/frame6>. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas [Internet]. 2021. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56085/PAHOCODEHT220009_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2021 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. www.gov.br. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/view
7. Leitão E JL, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF Negotiation 2.0. *Bioentrepreneur* [Internet]. 2009 Oct 22; Available from: https://bvsm.saude.gov.br/bvsm/periodicos/ccs_artigos/2009Vol20_4sifiligestacional.pdf
8. Campos C. Universidade Federal de Minas Gerais faculdade de medicina programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical [Internet]. [cited 2023 Apr 8]. Available from: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/42264/1/Epidemiologia%20da%20s%3C%ADfilis%20cong%3CAAnita%2C%20s%3C%ADfilis%20em%20gestantes%20e%20fatores%20associados%20ao%20%3CB3bito%20infantil%20pela%20doen%3CA7a%2C%20Betim%2C%20Minas%20Gerais%2C%202010%20a%202018.pdf>
9. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44.
10. Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf
11. Sinanweb - Sífilis em Gestante [Internet]. portalsinan.saude.gov.br. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-em-gestante>
12. Domingues RMSM, Lauria L de M, Saraceni V, Leal M C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 May;18(5):1341–51.
13. Magalhães DMS, Kawaguchi IAS, Dias A, Calderon IMP. Com Ciências Saúde -22 Sup [Internet]. 2011;1:43–54. Available from: https://bvsm.saude.gov.br/bvsm/artigos/sifilis_gestacao.pdf
14. Custo das internações hospitalares por sífilis congênita no brasil | revista ibero-americana de humanidades, ciências e educação. www.periodicoreaseprobr.com [internet]. 2023 apr 29; available from: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/9298>