

# VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ NO CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO URUARÁ-ÁREA VERDE

## EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE ON SYPHILIS IN THE PREGNANCY AT CENTRO DE SAÚDE DO URUARÁ-ÁREA VERDE DISTRICT

Osmarina N Pires<sup>1</sup>, Zilma NS Pimentel<sup>2</sup>, Marcos Vinicius S Santos<sup>3</sup>, Wilkcy A Santos<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** a sífilis é causa de grande morbidade na vida intra-uterina, com efeitos desastrosos para o feto e negativos para a gestação, o que representa um problema de saúde pública no grupo materno-infantil, prioritário na política do Ministério da Saúde (MS). **Objetivo:** avaliar a vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde, em Santarém, Pará, Brasil. **Métodos:** realizou-se um estudo transversal dos prontuários de 143 gestantes acompanhadas no serviço de pré-natal, tomando como amostra todas as grávidas atendidas no período de 1<sup>a</sup> de fevereiro a 31 de maio de 2007. A efetividade da vigilância foi relacionada com a preconizada pelo MS, referente à solicitação do teste não-treponêmico (VDRL) correlacionado com idade gestacional de adesão ao programa, número de gestações, partos e abortamentos anteriores. **Resultados:** na amostra considerada, observou-se: amplitude da idade materna de 14 a 37 anos; 56 gestantes < 20 anos; 23 (16,1%) com histórias clínicas de abortamentos anteriores; 114 (79,7%) iniciaram o pré-natal a partir da 13<sup>a</sup> semana de gravidez; em 140 (97,9%) foi solicitado o teste na inscrição e em 1 (uma) não houve solicitação de nenhum teste. **Conclusões:** os dados deste estudo mostram que é possível avaliar a vigilância da sífilis na gravidez mediante o monitoramento da sorologia para sífilis (e deste modo avaliar o próprio pré-natal), o que constitui um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo, orientar ações de vigilância, controle e eliminação da sífilis congênita na população da unidade, sendo passível de expansão para todo o município.

**Palavras-chave:** gravidez, doenças sexualmente transmissíveis-sífilis, epidemiologia, DST

### ABSTRACT

**Introduction:** syphilis is the cause of great morbidity in the intrauterine life, with disastrous effect for the embryo and negatives for gestation, representing a problem of public health in the maternal-infantile, a priority group for the Ministry of Health politics. **Objective:** to evaluate epidemiological surveillance on syphilis in the pregnancy, a cross sectional study was conducted from 143 handbooks of pregnant women supported by prenatal service in the period of February 1<sup>st</sup> to May 31<sup>st</sup> 2007, in the community of Centro de Saúde do Uruará - Área Verde district, Santarem, Pará, Brazil. **Methods:** the effectiveness of the surveillance was related with the one indicated by the Ministry of Health, referring to non-treponemic test (VDRL) request according to maternal age of adhesion to the program, numbers of previous childbirths and abortions. **Results:** from the considered samples: maternal age extension ranged from 14 to 37 years-olds, there were 56 pregnant women under 20 years-old; 23 (16,1%) with clinical histories of previous abortions; 114 (79,7%) enrolled the prenatal service from the 13<sup>th</sup> week of pregnancy; treponemic test was requested to 140 women (97,9%) but for one was not asked to do any test. **Conclusions:** the data of this study show the possibility of evaluating syphilis surveillance in pregnancy from serological tests in mothers (as well as prenatal service) as an effective indicative signal of the problem, guiding health surveillance practices as an attempt to control and eliminate congenital syphilis in the community analyzed and also in the city.

**Keywords:** pregnancy, sexually transmitted diseases-syphilis, epidemiology, STD

## INTRODUÇÃO

A promoção à assistência pré-natal para prevenção e vigilância da sífilis é um importante desafio assumido pela atenção básica à saúde para impactar na morbimortalidade da vida intra-uterina.

Mesmo conhecida pela humanidade há vários séculos, a sífilis continua como um crescente desafio, sendo considerada, em alguns países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o principal problema de saúde pública. De acordo com informes da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>1</sup> nesses países, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadoras de sífilis. Isso mostra que o controle das doenças sexualmente transmissíveis continua sendo um dos maiores obstáculos da saúde pública, em razão das constantes mutações e alterações sociais, econômicas,

culturais, comportamentais, sexuais, psicológicas e estruturais da população.

A sífilis e a sífilis congênita, por exemplo, apesar de nos dias de hoje a terapêutica medicamentosa ser eficaz e ter relativa facilidade para o seu diagnóstico, controle e prevenção, ainda apresentam alta incidência e prevalência, não só nos países subdesenvolvidos como também nos mais ricos, como Estados Unidos da América, Austrália e países da Europa<sup>2,3</sup>.

### 1. A sífilis frente às políticas públicas no Brasil

No Brasil, estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras desta doença, havendo um risco de transmissão vertical do treponema ao redor de 50% a 80% e taxas de mortalidade perinatal de até 40%<sup>4</sup>.

O Ministério da Saúde, ciente dos riscos perinatais e da magnitude da sífilis gestacional e congênita, tornou compulsória, a partir de 1986, a notificação da sífilis congênita; assumindo, em 1995, o compromisso junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a elaboração do Plano de Ação visando à eliminação da sífilis congênita até o ano de 2000, tendo como meta definida um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1.000

<sup>1</sup>Especialista-Coordenadora do Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV-Aids do oeste do Pará.

<sup>2</sup>Residência em Pediatria – Coordenadora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará – Campus XII.

<sup>3</sup>Graduando em Medicina – Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Campus Santarém.

nascidos vivos<sup>5</sup>. Em 1997, visando a adequar essas metas à política nacional de controle, o MS passou a considerar que o registro de um caso por 1.000 nascidos vivos representava a meta de eliminação da sífilis congênita.

Por ser a sífilis uma entidade clínica totalmente passível de prevenção por meio da identificação e do tratamento das gestantes infectadas ainda no pré-natal, o MS preconiza a solicitação rotineira e obrigatória de, no mínimo, dois testes sorológicos não-treponêmicos para o diagnóstico (VDRL) na assistência pré-natal: no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta) e no terceiro trimestre (aproximadamente na 28ª semana). Em caso de falha da vigilância sorológica ou situações de elevado risco, torna-se fundamental o conhecimento da sorologia da mãe no momento do parto<sup>6</sup>.

Entretanto, conforme os informes oficiais do próprio governo brasileiro (Boletim Epidemiológico Aids e DST)<sup>7</sup>, as taxas de sífilis congênita ainda permanecem extremamente elevadas (1,9/1.000 nascidos vivos em 2005), visto que não foi considerado o processo de saúde-doença incorporado na cadeia de transmissão e contaminação, que tem, como principal pilar, o binômio cultura-comportamento.

## 2. Os últimos dados da sífilis em linhas regionais

Em análise do banco de dados nacional de sífilis congênita, de 1996 a 2005 (Boletim Epidemiológico Aids e DST)<sup>7</sup>, verificou-se que foram notificados e investigados no Brasil 36.615 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, dos quais a região Norte representou 2.498 (6,8%) dos casos. No Estado do Pará ocorreu o aumento da taxa de incidência da doença (0,9-1,9 caso) com relação ao ano de 2004. Esse aumento pode ser resultante dos esforços do Ministério da Saúde e da Vigilância Epidemiológica dos Estados na capacitação de recursos humanos e na detecção, notificação e investigação dos casos de sífilis congênita, demonstrando a magnitude do problema de subnotificação.

## 3. Assistência pré-natal e subnotificação no contexto de Santarém

Acredita-se que, em linhas regionais, a Amazônia, e em particular o município de Santarém, no Estado do Pará, por apresentar atraso econômico e cultural com relação ao restante do país, baixos níveis educacionais, dificuldade na acessibilidade geográfica e no fluxo de informações e, ainda, por ser um pólo de atração populacional do oeste do Pará, transformou essa região em uma área de alto risco para a incidência de DST, principalmente a sífilis. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) houve apenas um caso deste agravo notificado em grávidas no município de Santarém, em 2006 (SINAN, 2006), o que levanta as hipóteses relacionadas com a dificuldade no acesso das gestantes ao serviço de saúde, a dificuldade no tratamento dos parceiros e a prova de que as ações de vigilância da sífilis congênita no município são realizadas de forma desarticulada. Limitando-se, assim, apenas à notificação de poucos casos a cada ano, principalmente por um único serviço, o que indica uma possível subnotificação e não um controle da doença.

## OBJETIVO

Avaliar a vigilância da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro do Uruará-Área Verde, no período de fevereiro a maio de 2007.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal dos prontuários de 143 grávidas, atendidas pelo serviço de pré-natal no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde no município de Santarém, Pará, Brasil, no período de 1º de fevereiro a 31 de maio de 2007. Todas as gestantes que se apresentaram à unidade para o atendimento pré-natal no período citado, independente de ser consulta subsequente ou a inscrição ao programa, constituíram a população do estudo.

Segundo esse critério, para cada gestante incluída na amostra foi preenchida uma ficha com dados de identificação quanto à idade materna e gestacional; procedência urbana/rural; número de gestações, partos e abortamentos anteriores; realização de VDRL na primeira consulta, no terceiro trimestre e na hora do parto; diagnóstico de sífilis durante a gravidez.

Os dados coletados na Unidade Básica de Saúde, citada anteriormente, foram revisados e, posteriormente codificados e digitados para a análise estatística, na qual foi utilizado o método manual com dupla revisão, não havendo variância.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o referido estudo obedeceu ao preconizado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Foi solicitada também a autorização da responsável pelo centro de saúde para a coleta de dados. Todos os cuidados com a manutenção do sigilo dos dados foram tomados pelos pesquisadores, e somente esses trabalharam com as bases de dados que foram utilizados. Em nenhum momento, foram feitas citações nominais e os dados foram analisados agrupados.

## RESULTADOS

### 1. População de estudo

Foram levantados e analisados 143 prontuários de gestantes, sendo discriminadas 128 procedentes da zona urbana e 15 da zona rural, com idade materna variando de 14 a 37 anos, com média e moda, respectivamente, de 21,63 e 17 anos. Constatando-se que 56 tinham idade menor que 20 anos, 70 pacientes encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e 17 acima de 29 anos. Na **Tabela 1** esses dados foram relacionados com a procedência das gestantes.

### 2. Gestação e abortamento

Na **Tabela 2** observa-se que, dentre todas as pacientes, 56 eram primíparas e 87 tinham história de ao menos uma gestação anterior. Sendo que em 23 histórias clínicas teve-se a citação de abortamentos anteriores.

### 3. Início da adesão ao pré-natal

A idade gestacional média observada, de início de adesão ao pré-natal foi em 17,85 semanas de amenorréia. Verificando-se que 29 grávidas fizeram adesão ao programa pré-natal antes da

**Tabela 1.** População de estudo  
Distribuição das gestantes por procedência segundo faixas etárias  
Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007

Faixas	Zona Urbana		Zona Rural	
	n	%	n	%
Menor de 20	51	35,7	5	3,5
De 20-29	63	44,1	7	4,9
Maior que 29	14	9,8	3	2,0
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>89,6</b>	<b>15</b>	<b>18,4</b>

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro do Uruará/Área Verde.

**Tabela 2.** Gestação e abortamento  
Distribuição das gestantes seguindo o número de gestações e a história de antecedente de abortamentos. Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007

Características	n	%
<b>Número de Gestações</b>		
Apenas 1	56	39,2
A partir de 2	87	60,8
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>
<b>Abortamentos anteriores</b>		
Sim	23	16,1
Não	120	83,9
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,8</b>

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro Uruará/Área Verde.

**Tabela 3.** Início da adesão ao pré-natal  
Distribuição (absoluta e relativa) de gestantes segundo a semana de inscrição no pré-natal. Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007

Semanas de Inscrição	n	%
< 13	29	20,3
13-22	77	53,8
23-27	24	16,8
28-32	8	5,6
> 32	5	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro do Uruará/Área Verde.

13ª semana de gestação, 77 iniciaram entre a 13ª e a 22ª, 24ª entre a 23ª e a 27ª, ao passo que 8 entre a 28ª e a 32ª. Somente cinco gestantes iniciaram o pré-natal após a 32ª semana de gestação. Os resultados referentes a esta análise encontram-se na **Tabela 3**.

#### 4. Solicitação de exame sorológico para a sífilis

Evidenciou-se, de acordo com a **Tabela 4**, que de todas as gestantes, em 140 (97,9%) solicitou-se o teste no momento da inscrição, e dentre a amostra 58 apresentavam idade gestacional recomendada para a solicitação do segundo teste, sendo solicitados

**Tabela 4.** Solicitação de exame sorológico para a sífilis  
Distribuição de gestantes que realizaram o 1º e 2º exames de VDRL segundo idade gestacional da inscrição e idade gestacional atual. Santarém, Centro de Saúde do Uruará/Área Verde, fev-mai 2007.

Características	Idade Gestacional na inscrição (semanas)			
	< 13	13-28	> 28	Total
<b>1º VDRL (1ª Consulta)</b>				
Solicitado	29	101	10	140
Não solicitado	1	2	0	3
<b>Idade Gestacional atual (semanas)</b>				
	< 13	13-28	> 28	Total
<b>2º VDRL (&gt; 28 semanas)</b>				
Solicitado	0	0	52	52
Não solicitado	14	61	6	81

Fonte: Prontuários do Centro de Saúde do bairro do Uruará/Área Verde.

em apenas 52 (89,6%). Não se consignou a solicitação do terceiro teste em nenhuma grávida por sua ocorrência no momento do parto, assim como não foi solicitado nenhum teste em uma gestante que faz parte desse estudo, até a data de encerramento da coleta de informações. Também não foram encontrados casos de gestantes com VDRL positivo.

## DISCUSSÃO

Por ser a sífilis uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência e tendo como agente etiológico o *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal, pode produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença, o que torna de grande importância sua vigilância para a qualidade do programa de pré-natal e mostra o quanto é oportuna a discussão sobre os cuidados com esse grupo prioritário<sup>8</sup>.

Os levantamentos deste estudo mostram que a maioria da população estudada mora nas proximidades da Unidade Básica de Saúde (UBS). Isto é um diferencial, pois a mesma se localiza em área periférica da cidade, onde se observa precária infraestrutura sanitária e de saúde, além de ser área com baixa concentração de renda e baixo nível de escolaridade. Por estes motivos, a população atendida na UBS e incluída no estudo sofre um viés de seleção com relação às demais áreas do município, sem, contudo, invalidar os resultados obtidos.

As características das mães descritas neste estudo são parcialmente semelhantes às encontradas no Rio de Janeiro por Saraceni, Guimarães, Filha e Saraceni *et al.*<sup>9</sup>, que mostraram, em pesquisa, a sífilis congênita como um indicador de qualidade de assistência pré-natal, no que tange serem mulheres com baixas condições sócio-econômicas, jovens e com histórias de gestações e abortamentos anteriores.

Vieira<sup>3</sup> relatou casos de abortos espontâneos, cujos laudos histopatológicos revelaram a presença do *Treponema pallidum*, tanto em tecido fetal quanto placentário, no primeiro e no segun-

do trimestres de gravidez. Temmerman<sup>10</sup> demonstrou, em estudo caso-controle, uma associação entre aborto espontâneo e sorologia materna reativa para sífilis, com risco 4,3 vezes maior de ocorrência de abortamento.

Sabe-se que cerca de 15% do total das gestantes apresentam abortos espontâneos no primeiro e terceiro trimestres de gestação e, para gestantes com sífilis, estima-se que as perdas sejam maiores<sup>11</sup>. No presente estudo, as perdas da ordem de 16,1% podem ser parcialmente atribuídas à sífilis, já que o aborto é um dos desfechos esperados; e retratam falhas na vigilância epidemiológica da sífilis congênita durante o pré-natal, pois é uma doença que pode ser totalmente evitada caso a mãe seja diagnosticada e tratada adequadamente.

Dentre os fatores agravantes para o diagnóstico da sífilis está o início tardio do pré-natal. Mais da metade das pacientes (79,7%) acessaram o serviço de saúde após a 12ª semana de gravidez, contrariando as orientações mais elementares de que a assistência pré-natal deve ser iniciada o mais precoce possível, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação. Além disso, 11,2% das gestantes submeteram-se a somente uma sorologia durante toda a gravidez e em 0,7% não houve a solicitação da sorologia, demonstrando que a taxa de cobertura da testagem do VDRL não é de 100%, uma vez que não foram testadas todas as gestantes. Isso dimensiona a magnitude desse problema e contraria a proposta ministerial de realizar, de forma rotineira, no mínimo, dois testes (VDRL), um no primeiro trimestre e outro após 28ª semana de gravidez.

Os achados obtidos no presente estudo reafirmam a importância da utilização das taxas de sífilis na gravidez e congênita como indicador de qualidade da assistência pré-natal. Embora as medidas de controle envolvendo a realização do VDRL estejam disponíveis para toda a população de gestantes e seus filhos, as dificuldades da rede de prover o diagnóstico laboratorial da infecção, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis, e a qualidade do pré-natal, aquém do desejável, resultam em uma situação bastante precária que ainda persiste no país e da qual este estudo é apenas um pequeno exemplo.

Indiscutivelmente, a despeito das iniciativas para erradicá-la e frente aos grandes desafios que a sífilis congênita ainda impõe como problema de saúde pública, as ações de vigilância epidemiológica frente à realidade e a um contexto tipicamente brasileiro, devem ser encaradas como estratégias tanto para o reconhecimento de sua importância quanto para o avanço das ações de intervenção e de controle mais específicos da sífilis em nossa região. Nesse sentido, tais medidas são fundamentais para servir como estímulo à estruturação de ações objetivas, envolvendo o adequado planejamento e o resultado em real controle desse evento, somadas às estratégias de monitoramento e de avaliação, buscando o aperfeiçoamento e cada vez mais qualificação dos serviços e de seus executores.

## CONCLUSÃO

A população que, em grande maioria, busca hoje o sistema público de saúde é, possivelmente, a classe social menos favorecida. Na unidade estudada não é diferente. A ocorrência desse

agravo em uma família de baixa condição sócio-econômica traz conseqüências problemáticas, de toda ordem.

Se a sífilis é negligenciada em sua vigilância na assistência do pré-natal, do qual há tanto tempo faz parte, poder-se-ia supor que as patologias como HIV, hepatite, toxoplasmose e outras, talvez menos conhecidas, divulgadas ou que tenham menor tempo fazendo parte do referido programa, tampouco tenham uma vigilância adequada.

Os dados deste estudo mostraram que é possível avaliar o programa de pré-natal por monitoramento da sorologia específica para sífilis, constituindo-se em um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo e para orientar as ações de controle e eliminação da sífilis congênita no bairro em questão e a possibilidade de expansão para todo o município de Santarém.

O uso de informações advindas da vigilância pode beneficiar outros componentes das ações programáticas da atenção básica no grupo materno-infantil, principalmente se essa vigilância expandir-se para outros agravos evitáveis. Com isso, propõe-se uma assistência sentinela para a vigilância da sífilis na gravidez.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial em Saúde. Genebra: OMS; 2002.
2. Barsanti C, Valderato F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. Rev Soc Bras Méd Trop 1999; 32(6): 606-611.
3. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002, Brasil. Cad. Saúde Pública. [on line], Set.2002. Disponível: <http://www.Scielosp.br/scielo.php?>. Acessado em: 12/11/2007.
4. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet 2001; 23(10): 647-652.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Boletim Epidemiológico de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ano XIV, nº 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. v. 1. Brasília: FUNASA; 2006.
7. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDST. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e Aids. Ano I, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2ª ed. Brasília: PNDST/AIDS-MS; 2006.
9. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MMT, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança, Brasil. Cad Saúde Pública Jul. 2002. Disponível em: ?. Acessado em: 12/09/2007
10. Temmerman M. Saúde Reprodutiva: doenças infecciosas e gravidez. Cad Saúde Pública Jul. 2002. Acesso em: 23 de Novembro de 2006. Disponível em: Acessado em: 12/09/2007
11. Sá RAM. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade escola-UFRJ. DST – J bras Doenças Sex Transm 2001, 13(4): 6-8.

### Endereço para correspondência:

#### **OSMARINA NASCIMENTO PIRES**

Travessa Barjonas de Miranda, nº 590, Altos, Aparecida, Santarém, PA. CEP: 68040-520

E-mail: osmarinapires@yahoo.com.br

Recebido em: 10/10/2007

Aprovado em: 19/12/2007