

SÍFILIS GESTACIONAL EM MUNICÍPIOS BAIANOS: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO

GESTATIONAL SYPHILIS IN BAIAN MUNICIPALITIES: EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND POSSIBILITIES OF PHARMACEUTICAL ACTIVITY

Anny Carolinny Tigre Almeida Chaves, Rodrigo Souza da Silva Vieira, José Carlos da Silva Santos, Vanessa Tigre Almeida Chaves

Universidade Salvador - UNIFACS

Abstract

The aim of this study was to analyze the epidemiological profile of cases of gestational syphilis in two cities in Bahia, prevalence and to discuss how the pharmaceutical professional can contribute to its control and eradication. Data were collected in the Information System for Notifiable Diseases (SINAN) of the Unified Health System (SUS) referring to information on the number of reported cases and sociodemographic characteristics related to gestational syphilis in the municipalities of Teixeira de Freitas and Salvador, Bahia, Brazil. period from 2009 to 2018. Through the analysis it was observed an increase in the detection rates of gestational syphilis also associated with the increase in the notification and expansion of access to health services. The highest prevalence of syphilis was found in women with less education, race or brown skin and with late diagnosis, a fact that may be related to the difficulty in accessing information and / or health education. Thus, the role of the pharmacist is necessary to ensure adequate drug therapy for pregnant women and partners, while this professional promotes health education with a focus on the control and prevention of sexually transmitted infections.

Key words: Syphilis; Pharmaceutical care; Health education.

Resumo

O objetivo desse estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional em duas cidades baianas prevalência e discutir sobre como o profissional farmacêutico pode contribuir para o seu controle e erradicação. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Sistema Único de Saúde (SUS) referentes às informações sobre o quantitativo de casos notificados e características sociodemográficas relacionados à sífilis gestacional nos municípios baianos de Teixeira de Freitas e Salvador, no período de 2009 a 2018. Através da análise observou-se o aumento nas taxas de detecção de sífilis gestacional associada também ao aumento da notificação e ampliação do acesso aos serviços de saúde. A maior prevalência de sífilis foi encontrada em mulheres com menor escolaridade, de raça ou cor parda e com diagnóstico tardio, fato que pode relacionar-se a dificuldade no acesso às informações e/ou educação em saúde. Assim, a atuação do farmacêutico se faz necessária para a garantia de uma terapia medicamentosa adequada para as gestantes e parceiros, ao passo que esse profissional promova a educação em saúde com foco no controle e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

Palavras chave: Sífilis; Assistência Farmacêutica; Educação em Saúde.

Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum* da classe espiroqueta. Geralmente cursa de forma assintomática, sendo predominantemente transmitida por via sexual (sífilis adquirida) e vertical (sífilis congênita)¹.

Dados epidemiológicos demonstram que a sífilis acomete cerca de um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, ocasionando mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, além do risco de óbito prematuro a mais de 200 mil crianças². No Brasil, entre os anos de 2010 e 2018, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita³.

De acordo com o tempo de infecção, a classificação pode ser de sífilis primária, secundária e terciária. A sífilis primária é caracterizada pelo surgimento de uma úlcera no local de entrada da bactéria, geralmente única, indolor, de base endurecida, que desaparece espontaneamente e rica em treponemas. Na secundária, observam-se lesões palmo-plantares. Já na terciária, ocorrem lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar ao óbito. Apresenta ainda a fase de latência, onde não se observa sinais ou sintomas clínicos, porém verifica-se sorologia positiva⁴.

No Brasil, a triagem para o diagnóstico da sífilis gestacional é realizada através dos testes não-treponêmicos de floclulação quantitativa de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Na sorologia positiva, recomenda-se a confirmação através de testes treponêmicos por aglutinação de partícula (TPHA) ou teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTA-Abs). A ausência dos testes treponêmicos não exige o início imediato do tratamento⁵.

O Ministério da Saúde recomenda a utilização dos testes rápidos de sífilis para gestantes nas Unidades de Saúde, e a pelo menos dois exames de VDRL durante o pré-natal, sendo um na primeira consulta e o outro por volta da 28ª semana de gestação. Ademais, no momento do parto deve-se realizar o VDRL para garantir ao recém-nascido tratamento precoce⁵.

O tratamento da gestante com sífilis é igual ao de não gestante, sendo preconizada a penicilina G benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), uma aplicação na sífilis primária, duas na secundária e três na terciária, com intervalos semanais entre as doses⁶. Diante disso, para que a gestante com sífilis seja considerada como adequadamente tratada e o conceito como livre da infecção, é importante que a mesma tenha finalizado o tratamento pelo

menos 30 dias antes do parto, e ter o parceiro também tratado com o mesmo esquema terapêutico⁷.

Vale destacar que a atuação da Atenção Básica é extremamente importante na redução da transmissão materno-fetal da sífilis, visto que é a porta de entrada dos serviços de saúde, permitindo assim o diagnóstico e o tratamento dessa doença e tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da sífilis⁸.

Diante disso, considerando que a sífilis é um problema de saúde pública prevenível, mas persistente no Brasil, e apresenta uma alta incidência em gestante, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional nas duas cidades baianas de maior prevalência e discutir sobre como o profissional farmacêutico pode contribuir para o seu controle e erradicação.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo e retrospectivo, voltado às cidades que possuem maior prevalência de sífilis gestacional no Estado da Bahia. A pesquisa descritiva, observa, registra, analisa e ordena dados sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Além disso, procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos⁹.

Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Sistema Único de Saúde (SUS) referentes às informações sobre o quantitativo de casos notificados e características sociodemográficas relacionados à sífilis gestacional nos municípios do estudo, no período de 2009 a 2018. Esse intervalo representa o início dos dados discriminados anualmente até o ano mais completo imediatamente antes do início de escrita desta pesquisa.

A seleção dos dois municípios deste estudo se deu inicialmente analisando-se os dados do SINAN quanto aos municípios baianos que mostravam maior prevalência de notificação para sífilis gestacional e, conseqüente observação de distanciamento físico entre os mesmos (687 km). Salvador, capital do estado da Bahia, possui 2.886.698 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) igual a 0,759. Já Teixeira de Freitas apresenta população estimada em 162.438 habitantes e IDHM 0,685¹⁰.

Para proceder à análise, inicialmente os dados foram digitados em planilhas do programa

Microsoft Office Excel, utilizando-se de cálculos de porcentagem simples, os quais são apresentados abaixo por meio de tabelas e gráficos.

Para a seleção das características do perfil dos portadores da doença foram analisadas as seguintes variáveis: faixa etária, raça, escolaridade, estágio da gestação quando foi realizado o diagnóstico e tratamento. Também foram relacionados dados referentes à patologia como, ano de notificação, evolução e forma clínica.

Por utilizar dados secundários, através do SINAN-NET, plataforma on-line do Ministério da Saúde cujos dados se encontram disponíveis para livre acesso, este estudo não demandou submissão no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

com seres humanos

Resultados e Discussão

Neste estudo, compara-se o perfil epidemiológico da sífilis gestacional nas cidades baianas de Salvador (SSA) e Teixeira de Freitas (TF). Dessa forma, observa-se que no período de 2009 a 2018, foram identificados na Bahia um total de 16.940 casos de sífilis gestacional (SG), sendo SSA responsável por 4.986, o que equivale a 29,43% dos casos do estado e TF responsável por 432 (2,55%). O ano de 2018 foi o que apresentou maior número de casos notificados de sífilis gestacional no Estado e nos municípios supracitados (tabela 1).

Tabela 1: Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2009-2018

Sífilis em Gestantes	Local	Total	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Casos	Bahia	16940	464	523	786	957	1317	1747	1977	2495	2808	3866
	Salvador	4.986	104	141	235	333	432	505	530	779	770	1.157
	T.Freitas	432	20	28	27	28	27	34	56	72	64	76
Taxa de detecção	Bahia	—	2,1	2,5	3,7	4,6	6,5	8,6	9,6	12,5	13,8	18,9
	Salvador	—	2,8	3,9	6,3	9	11,8	13,8	14,5	22,2	21,8	32,7
	T.Freitas	—	8	11	10,1	10,3	10,4	12,8	20,8	29,4	24,3	28,9

Fonte: MS/SVS/DCCI/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Os resultados apontados indicam um crescimento vertiginoso no intervalo de tempo analisado. A cidade de Salvador, por exemplo, mostrou um salto abrupto, partindo de 104 para 1157 casos, enquanto a cidade de Teixeira de Freitas teve um aumento de 380% no mesmo período.

Além disso, a taxa de detecção de gestantes com sífilis por 1000 nascidos vivos apresentou incremento nos dois municípios estudados entre 2009 e 2018, variando de 2,8 em Salvador para 32,7 e em Teixeira de Freitas de 8,0 para 28,9, indicando uma tendência de aumento nas localidades estudadas¹¹.

Apesar do diagnóstico e tratamento serem disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os casos de sífilis ainda estão aumentando no Brasil, o que indica haver falhas no controle e na eliminação dessa IST¹². Estes dados são semelhantes aos de outros estudos realizados em diferentes estados brasileiros que apresentaram um crescimento

acentuado dos casos de SG nos últimos anos^{13,14,15,3,16}.

Saraceni et al (2017)¹⁴ sugerem que o aumento nas taxas de SG podem ter sido estimuladas pelo aumento da notificação dos casos, pois como se trata de um agravo de notificação obrigatória, os profissionais têm uma maior disposição para notificar¹⁷. Em contrapartida, o aumento dos casos de sífilis em gestantes no Brasil pode estar associado a ampliação do acesso ao diagnóstico, uma vez que a maior disponibilidade de exames contribui para detecção da doença¹².

Já Domingues e Leal (2016)¹⁸ mostraram que a assistência pré-natal no Brasil é superior a 95% e a cobertura de testagem para sífilis aumentou desde a obtenção dos dados do Estudo Sentinela Parturiente, estudo realizado em 2006. Além disso, uma estratégia adotada na Atenção Primária à Saúde que impulsionou a identificação dos casos de SG foi a utilização dos testes rápidos, que permitem a liberação do

resultado em poucos minutos, podendo ser realizado na primeira consulta do pré-natal¹⁹.

Um motivo relevante que deve ser considerado na tendência crescente da SG é a diminuição no uso de preservativos²⁰. Um estudo conduzido por Stover et al (2017)²¹ avaliou a relação custo-benefício do uso de preservativos para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em 81 países. Os autores concluíram haver um grande impacto na saúde através da prevenção de ISTs.

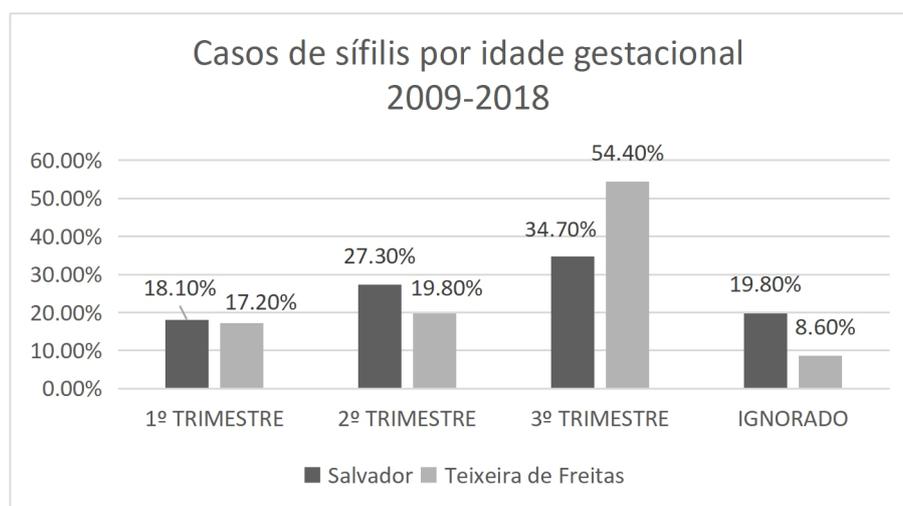
Genz et al (2017)²² em um estudo onde aplicaram questionários a adolescentes de uma instituição de ensino pública, verificaram o conhecimento dos jovens acerca dos métodos de prevenção das ISTs. Os autores concluíram que a maioria dos estudantes indicaram o uso do preservativo como método mais eficaz para prevenir ISTs, entretanto, esse estudo demonstrou também que muitos desses adolescentes acreditavam que o uso da pílula contraceptiva é um método eficaz de prevenção para ISTs, o que denota falta de educação em saúde, pois o contraceptivo hormonal é recomendado para evitar a gravidez, não

possuindo efeito para impedir infecções sexualmente transmissíveis^{23,24}.

Esse pensamento se repete com indivíduos que fazem uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP). De acordo com Queiroz e Sousa (2017)²⁵, a sensação de proteção ocasionada pelo uso da PrEP vem sendo correlacionada a uma diminuição no uso do preservativo, o que proporciona o aumento de doenças sexualmente transmissíveis.

No que se refere aos casos de SG por idade gestacional, ao analisar a figura 1, percebe-se que maior porcentagem de diagnóstico, entre os anos de 2009-2018, ocorreram no segundo e terceiro trimestre da gestação (a soma do percentual dos dois trimestres corresponde a 74,2% para Teixeira de Freitas e 62% para Salvador). Tais dados mostram que, provavelmente, muitas gestantes iniciaram o pré-natal tardiamente, condição estatisticamente relacionada a um maior risco de sífilis congênita (SC), pois nesses casos pode não haver tempo para diagnosticar e tratar a sífilis de forma a evitar a transmissão vertical^{26,27}.

Figura 1: Casos de sífilis gestacional por idade gestacional, Salvador/BA, Teixeira de Freitas/BA e Bahia 2009-2018



Fonte: MS/SVS/DCCI/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tais dados corroboram ainda com os resultados encontrados por Furtado et al (2017)²⁸ que em um estudo conduzido em São Luís/MA identificaram que 76,12% das gestantes realizaram o pré-natal depois do primeiro trimestre. Além disso, de acordo com Cavalcante et al (2017)¹³, a elevada frequência do diagnóstico de sífilis nos 2º e 3º trimestres da gestação está relacionada ao início tardio do pré-natal, o que denota a baixa qualidade da assistência ambulatorial prestada às gestantes,

uma vez que o diagnóstico precoce é um indicador da qualidade da assistência do pré-natal²⁹.

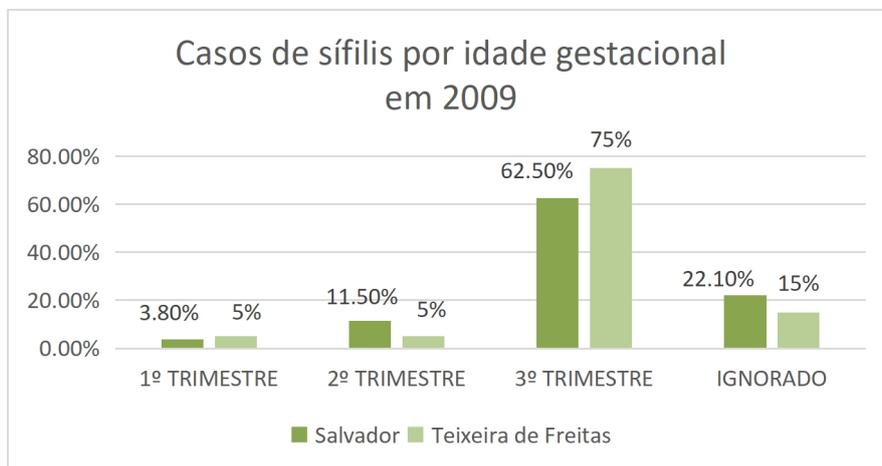
Vale destacar que quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento correto, menores são as probabilidades de ocorrerem complicações ao feto em decorrência da sífilis³⁰. Segundo Stoltey e Cohen (2015)³¹, mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária não tratadas podem ter complicações graves tais como partos prematuros, natimortos, óbitos neonatais e 50%

de chances de dar à luz bebês com sífilis congênita.

Os dados da figura 1, referentes ao período de 2009 a 2018, indicam a existência de falhas na assistência às gestantes³², contudo, quando se analisa os dados apenas do ano de 2009 (figura 2), nota-se que houve uma significativa melhora

nos casos de sífilis por período gestacional. Esse feito pode ser creditado às políticas públicas de saúde instituídas pelo Ministério da Saúde para evitar a transmissão vertical⁴, uma vez que se sabe que a sífilis é a segunda causa de natimortos evitáveis em todo o mundo, só ficando atrás da malária³³.

Figura 2: Casos de sífilis gestacional por idade gestacional, Salvador/BA, Teixeira de Freitas/BA em 2009.



Fonte: MS/SVS/DCCI/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Com relação à faixa etária das gestantes infectadas pelo *T. pallidum*, neste estudo, os dados mostram uma predominância na faixa de 20 a 29 anos para as duas cidades, mesma faixa etária encontrada em diversos estudos similares que analisaram características sociodemográficas^{1,14,34,3}. Outro dado que chama a atenção é o percentual de ignorados que é de 15% em Teixeira de Freitas e de 22,1% em Salvador.

Em Teixeira de Freitas o percentual de SG nas adolescentes é maior do que nas mulheres com idade superior a 30 anos. Os resultados obtidos por Cardoso et al (2018)³⁴ em um estudo realizado em Fortaleza-CE que analisou as fichas de notificação de gestantes com sífilis, corroboram com os dados dessa pesquisa. Em contrapartida, em Salvador a porcentagem é menor entre as adolescentes quando comparado com as gestantes maiores de 30 anos. O comportamento da capital baiana é correspondente ao do estado da Bahia e do restante do Brasil^{9,3}.

De acordo com Vaz e colaboradores (2016)³⁵, a gravidez na adolescência está relacionada a locais com menor índice de desenvolvimento humano (IDH), o que pode explicar o menor número de casos de SG em Salvador, pois dados do último recenseamento demográfico do Instituto Brasileiro de Demografia e Estatística (IBGE) mostrou que TF

tem IDH de 0,685 e SSA de 0,759³⁶.

O baixo IDH está associado a maior incidência de instabilidade socioeconômica e, conseqüentemente, dos demais determinantes da saúde, tais como vulnerabilidade ambiental e cultural, sendo que este último tem um impacto mais avassalador, pois a interrupção na trajetória educacional, em decorrência da gravidez, reduz as oportunidades de emprego e ambos perpetuam o status de exclusão social por gerações^{37,38}.

Considerando que tanto a gravidez precoce, quanto a sífilis são problemas de saúde evitáveis^{39,40}, a utilização de educação em saúde é uma estratégia eficaz para prevenção e promoção da saúde^{41,42}.

Carneiro et al (2015)⁴³ sugerem as escolas como o local ideal para o desenvolvimento da educação em saúde voltada para o adolescente, em virtude de ser o cenário que ele está familiarizado e permanece uma grande parte do dia, logo se sentirá seguro para expor suas dúvidas.

Sendo assim, os profissionais de saúde juntamente com os professores podem desenvolver metodologias que incentive esse jovem a interagir e trocar experiências^{44,42}, por meio de oficinas ou mesmo rodas de conversas, que busquem promover a conscientização do adolescente sobre a importância da prevenção de IST e da gravidez na adolescência^{45,43}.

Foi possível detectar ainda no período analisado, um número elevado de gestantes com sífilis com baixo nível de escolaridade. No município de Salvador, por exemplo, o número de mulheres com ensino fundamental representa 43,88% dos casos. Na cidade de Teixeira de Freitas, o número de casos é ainda maior (67,94%), evidenciando uma maior prevalência no ensino fundamental em ambas cidades. De acordo com Cavalcante (2017)¹³, a baixa escolaridade é considerada um fator de risco para proliferação de infecções sexualmente transmissíveis, advindo de uma limitação ao que se refere o conhecimento da importância de medidas de prevenção.

Além disso, Padovani (2018)⁴⁶ retrata esse baixo nível de escolaridade como convivência de uma ausência de ocupação remunerada, onde tais aspectos mostraram estatisticamente a evolução à sífilis gestacional. Já Benito (2016)⁴⁷ afirma que a presença de gestantes no ensino fundamental é resultante de baixas condições socioeconômicas e menor índice de escolaridade, sendo tais fatores determinantes para a prevalência da sífilis. Ainda referente à escolaridade, os dados encontrados nesta pesquisa são parecidos aos encontrados por Moroskoski (2018)²⁰, cujos dados demonstram que a maior parte das gestantes com sífilis possuía apenas o ensino fundamental.

No que se refere aos casos de gestantes com sífilis segundo a raça, os dados mostram uma predominância da cor/raça parda nas duas cidades analisadas, sendo Salvador representado por 50,56% e Teixeira de Freitas com 77,54%.

Nonato (2015)²⁶ relata que mulheres pretas ou pardas apresentaram prevalência significativa de sífilis na gestação, em que o principal fator responsável pela elevada incidência é a assistência pré-natal inadequada. Adicionalmente, no estudo de Castro (2017)⁴⁸, também foi observada predominância de sífilis em mulheres pardas, como já evidenciado em outros trabalhos de pesquisas realizadas em diferentes regiões do Brasil.

Observa-se que esses dados mostram a importância de se fortalecer os trabalhos de prevenção a saúde junto a esse grupo da população no intuito de minimizar o número de casos^{34,49}.

Em relação a classificação clínica de gestantes com sífilis, na cidade de Salvador observa-se uma preponderância de Sífilis Latente (24,31%), já no município de Teixeira de Freitas a

maior prevalência é observada no quadro de Sífilis Primária (40,51%). A classificação clínica da gestante com sífilis é um fator determinante para o tratamento e prognóstico. Os resultados da presente pesquisa mostraram que 40,51% dos casos foram classificados em sífilis primária em TF e 24,31% em SSA para sífilis latente. Porém, o boletim epidemiológico alerta para os erros gerados no preenchimento desta característica, com maior proporção da classificação primária, em casos em que a forma clínica não corresponde. Além deste problema, a taxa de sub-registro é expressiva, de 45,21% em SSA, sendo este fato um entrave para posterior definição de tratamento. Logo, levantam-se hipóteses para justificar tal situação como o despreparo do profissional de saúde notificador em classificar a sífilis gestacional ou de fato a maioria das gestantes estavam na fase primária no momento do diagnóstico^{50,51}.

Em consonância com o estudo realizado por Trevisan (2018)⁵², a maioria dos infectados tende a ter desconhecimento da infecção, aumentando as chances de transmiti-la aos seus parceiros sexuais, pois grande parte dos casos há ausência ou escassez de sintomatologia, conforme o estágio da infecção. Dessa forma, caso não seja tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais severas.

Com relação ao tratamento, evidencia-se que, no período de 2015-2018, a penicilina G benzatina foi utilizada em mais de 70% dos casos tanto em TF quanto em SSA (tabela 2), o que está de acordo com o que estabelece a OMS e o Ministério da Saúde que preconizam o uso desse medicamento por via intramuscular com o esquema terapêutico, conforme a classificação clínica da infecção⁵³.

No que tange às gestantes que não realizaram tratamento, TF destaca-se com uma média de 16,3%. Feliz et al (2016)⁵⁴ desenvolveram um estudo no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e apontaram que 27,6% das gestantes não realizaram tratamento algum. Resultados semelhantes foram encontrados em Fortaleza-CE e em Guarapuava-PA⁵⁵.

Sabe-se que a falta de tratamento adequado das mulheres grávidas pode resultar em abortos, além de estar estreitamente ligado a casos de sífilis congênita^{56,57,58}. Desse modo, o quanto antes se inicie o tratamento da gestante e de seu parceiro menor será a probabilidade de transmissão vertical⁵⁹.

Tabela 2: Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento prescrito por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2018

Esquema de Tratamento	Local	2015	2016	2017	2018
Penicilina	Salvador	85,8%	87,3%	87,9%	84,5%
	T. Freitas	82,1%	70,8%	82,8%	81,6%
Outro Esquema	Salvador	2,3%	1,5%	3%	1,5%
	T. Freitas	1,8%	–	–	–
Não realizado	Salvador	4,7%	6,7%	2,9%	6,5%
	T. Freitas	14,3%	18,1%	15,6%	17,1%
Ignorado	Salvador	7,2%	4,5%	6,2%	7,5%
	Freitas	1,8%	11,1%	1,6%	1,3%

Fonte: MS/SVS/DCCI/SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Nesse contexto da farmacoterapia, o farmacêutico tornou-se importante para assistência do paciente na atenção primária à saúde, e vem ganhando reconhecimento no combate à sífilis, uma vez que sua atuação está ligada à dispensação, orientação quanto ao tratamento e uso racional, promovendo a adesão ao medicamento e efetividade do tratamento⁶⁰.

Esse profissional atua esclarecendo as dúvidas e orientando as gestantes e seus parceiros sobre a importância de não interromper o tratamento^{61,62}. Segundo Araújo et al (2017)⁶³ a dispensação requer que o farmacêutico informe, oriente e eduque sobre o uso de medicamentos.

Vale destacar que os farmacêuticos encontram-se em uma posição favorável para aconselhar os pacientes sobre saúde sexual, visto que farmácias e drogarias são estabelecimentos de saúde de fácil acesso para a população, tornando-se um ambiente propício para educação em saúde^{41,64}.

Além do mais, o farmacêutico tem diversas oportunidades de interagir com os pacientes. Um exemplo pode ser constituído pelas mulheres que solicitam contracepção de emergência e, nesse caso, o profissional deve orientar que o medicamento não protege contra IST. Outro exemplo, são as pacientes que solicitam produtos para tratar lesões que podem ser sifilíticas. Se a sífilis não puder ser excluída, o cliente deve ser encaminhado a um médico para que seja feito o diagnóstico⁶⁵.

Medidas preventivas, tais como uso regular de preservativo, testagem frequente para ISTs e o tratamento dos infectados e de suas parcerias sexuais, sempre devem ser aconselhadas, não

somente pelo farmacêutico, mas também pelos demais profissionais de saúde⁶⁶.

Conclusões

Este estudo identificou que o controle da sífilis em gestantes, nas cidades estudadas, está deficiente, uma vez que os resultados demonstraram um aumento crescente dos casos de sífilis gestacional, em especial para as jovens em Teixeira de Freitas, o que demonstra falta de educação em saúde.

A maior prevalência de sífilis foi encontrada em mulheres com menor escolaridade, de raça ou cor parda e com diagnóstico tardio, indicando que esses fatores são determinantes em saúde, o que torna esses grupos mais vulneráveis a essa infecção, necessitando assim de maior atenção dos programas governamentais de controle da sífilis gestacional.

No tocante ao controle e prevenção, o farmacêutico pode e deve ressaltar as gestantes a importância da adesão ao tratamento por parte das mesmas e de seus parceiros, além de orientar que o uso de medicamentos para evitar a gravidez não protege contra IST, e enfatizar que os preservativos são os únicos que protegem contra IST e gravidez.

Desta forma, para reduzir a prevalência de sífilis na gestação é fundamental que as políticas públicas sejam voltadas para promoção da educação em saúde, uma vez que ao adquirir conhecimento as pessoas terão consciência dos riscos da prática sexual desprotegida e das medidas preventivas.

Referências

1. LAFETA, KRG, MARTELLU, JH, SILVEIRA, MF; PARANAIBA, MR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 63-74, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000100063&script=sci_abstract&tlng=p. Acesso em: 25 nov. 2019.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-Sifilis-2019-internet.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
4. BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 21 abr. 2020
5. DAMASCENO, ABA, MONTEIR, DLM, RODRIGUES, LB, BARMPPAS, DBS, CERQUEIRA, LRP, TRAJANO, AJB. Sífilis na gravidez. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v41n2/0100-7203-rbgo-41-02-00090.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
6. TORRES, RG, MENDONÇA, ALN, MONTES, GC, MANZAN, JJ, RIBEIRO, JU, PASCHOINI, MC. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, v. 41, n. 02, p. 090-096, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v41n2/0100-7203-rbgo-41-02-00090.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
7. CAMPOSALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(9):1747-55.
8. GODOI NETO, L, GOMES, LM, SOBRINHO, HMR. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no Estado de Goiás no período de 2013 a 2018. *Revista Brasileira Militar de Ciências*. V.5, n.13, 2019.
9. PRODANOV, C. C, FREITAS, E.C. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/salvador.html>. Acesso em: 24 março 2021.
11. BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Boletim Epidemiológico de Sífilis, Bahia, 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf. Acesso em: 30 maio 2020.
12. DE SOUZA, JM, GIUFFRUDA, R, RAMOS, APM, MORCELI, G, COELHO, C,H, RODRIGUES, M.V.P. Mother-to-child transmission and gestational syphilis: Spatial-temporal epidemiology and demographics in a Brazilian region. *PLoS neglected tropical diseases*, v. 13, n. 2, 2019.
13. CAVALVANTE, PAM, PEREIRA, RBL, DIAZ, CJG, Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 255-264, 2017.
14. 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.
15. BOTTURA, BR, MATUDA, L, RODRIGUES, PSSR, AMARAL, CMCAA, BARBOSA, LG. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil–período de 2007 a 2016/Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in Brazil—from 2007 to 2016. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, v. 64, n. 2, p. 69-75, 2019.
16. DOS SANTOS, MM, LOPES, AKB, RONCALLI, A,G, LIMA, K,C. Trends of syphilis in Brazil: A growth portrait of the treponemic epidemic. *Plos one*, v. 15, n. 4, p. e0231029, 2020.
17. REZENDE, E,M,A, BEZERRA,BN. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no Estado de Goiás. *Revista de APS*, v. 18, n. 2, 2015.
18. DOMINGUES, RMSM, LEAL, MC. .

- Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, p. e00082415, 2016. Acesso em: 5 abr. 2020.
19. LOPES, ACMU, ARAÚJO, MALA, VASCONCELO, LDPG, UCHOA, FSV, ROCHA, H,P, S,JR. . Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza-Ceará. *Rev Bras Enferm*, v. 69, n. 1, p. 62-66, 2016.
20. MOROSKOSKI, M, ROZIN, L, BATISTA, MC, QUEIROZ, RO, SILVA, SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 1, n. 1, p. 47-58, 2018.
21. STOVER, J, ROSEN, JE, CARVALHO, MN, KORENROMP, EL, FRIEDMAN, HS, COGAN, M, DEPERTHES,B. The case for investing in the male condom. *PloS one*, v. 12, n. 5, 2017.
22. GENS, N, MEINCKE, S,M,K, CARRET, MLVC, CARRÊA, ACL, ALVES, C,N. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, n. 2, 2017.
23. ALMEIDA, APF, ASSIS, MM. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. *Rev Eletron Atualiza Saúde*, v. 5, n. 5, p. 85-93, 2016. Acesso em: 5 abr. 2020.
24. MESQUITA JS, COSTA MIF DA, LUNA IT, SILVA, AS, PINHEIRO, PNC. Fatores de risco e de proteção entre adolescentes em relação à DST/HIV/AIDS. 2017.
25. QUEIROZ, AAFLN, SOUSA, AFL. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00112516, 2017.
26. NONATO, MS, MELO, APS, GUIMARÃES, MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, p. 681-694, 2015.
27. HEBMULLER, MG, FIORI, HH, LAGO, EG. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 2867-2878, 2015.
28. FURTADO, MFS, BRASIL, GVS, ARAGÃO, FBA, SANTOS, GRB, PEREIRAS, SLM, FONTOURAS, CC, SANTOS, JF, GOMES,FCS. Fatores epidemiológicos da sífilis em gestantes no município de São Luís-MA. *Revista Uningá*, v. 52, n. 1, 2017.
29. NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.
30. HERINGER, ALDS, KAWA, H, FONSECA, SC, BRIGNOL, SMS, ZARPELLON, LA, REIS, AC. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Publica*; 44, feb. 2020, 2020.
31. STOLTEY, JE, COHEN, SE. Syphilis transmission: a review of the current evidence. *Sexual health*, v. 12, n. 2, p. 103-109, 2015.
32. DOMINGUES, RMSM, LEAL, MC. . Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, p. e00082415, 2016. Acesso em: 5 abr. 2020.
33. PEELING, RW, MABEY, D., KAMB, ML., CHEN, XS., RADOLF, JD., BENZAKEN, AS. Syphilis. *Nature reviews. Disease primers*, vol. 3, artigo 17073.Londres, 2017 Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.73> Acesso em: 20 mar. 2020.
34. CARDOSO, ARP, ARAÚJO, MAL, CAVALCANTE, MDS, FROTA, MA, & MELO, SPD. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 563-574, 2018. Acesso em: 15 jan. 2020.
35. VAZ, RF, MONTEIRO, DLM, RODRIGUES, NCP. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, n. 4, p. 330-335, 2016.
36. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Panorama*. Bahia, Brasil, 2019.
37. DALCIN, CB, BACKES, DS, DOTTO, JI, SOUZA, MHT, MORESCHI, C, BUSCHER, A. Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, v. 10, n. 6, 2016.
38. CARRAPATO, P, CORRERIA, P, GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 676-689, 2017. Acesso em: 2 abr. 2020.
39. MARINO, JL, LEWIS, LN, BATESON, D, HICKEY,M, SKINNER, SR. Teenage mothers. *Australian family physician*, v. 45, n. 10, p. 712, 2016.
40. RIBEIRO, VCAS, NOGUEIRA, DL, ASSUNÇÃO, RS, SILVA, FMR, QUADROS, KAN. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2016.
41. VIERO, VSF, FARIAS, JM, FERRAZ, F, SIMÕES, PW, AMARTINS, JÁ, CARETTA, LB. Educação em saúde com adolescentes: análise da

- aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 3, p. 484-490, 2015.
42. VARGAS, G, JOSHUA, B, CHARLTON, BM. Teenage pregnancy prevention: the role of young men. *Current opinion in pediatrics*, v. 29, n. 4, p. 393, 2017.
43. CARNEIRO, RF, SILVA, NC, ALVES, TA, ALBUQUERQUE, OD, BRITO, DC, OLIVEIRA, LL. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 14, n. 1, 2015. Acesso em: 3 abr. 2020.
44. FIEDLES, MW, ARAÚJO, A, DE SOUZA, MCC. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 30-37, 2015. Acesso em: 5 abr. 2020.
45. AMORAS, BC, CAMPOS, AR, BESERRA, EP. Reflexões sobre vulnerabilidade dos adolescentes a infecções sexualmente transmissíveis. *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, v. 8, n. 1, p. 163-171, 2015.
46. PADOVANI, C, OLIVEIRA, RR, PELLOSO, SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, 2018.
47. BENITO, LAO, DE SOUZA, WN, Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 14, n. 2, 2016.
48. CASTRO, JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 255-264, 2017.
49. TERRA, Adriana Elisa dos Santos et al. Caracterização epidemiológica da sífilis na gestação em um município do interior do Brasil. 2019.
50. FERNANDES, ACM, ISABELA, MD, NETO, JCP, LAURINDO, BM. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes no município de Macapá, Amapá, de 2015 a 2017/Epidemiological profile of syphilis cases in pregnant women in Macapá city, Amapá, from 2015 to 2017. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 2, n. 6, p. 4993-5002, 2019.
51. DA SILVA MARTINS, Davi et al. Sífilis gestacional: município com maior taxa de incidência do estado do Pará/Gestational syphilis: city with the highest incidence rate in the state of Pará. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 2, p. 2499-2510, 2020.
52. TREVISAN, MG, BECHI, S, TEIXEIRA, GT, MARCHI, ADA, COSTA, LD. Prevalência da sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão. *Espaço para Saúde*, v. 19, n. 2, 2018.
53. WHO. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2017.
54. FELIZ, MC, MEDEIROS, ARP, ROSSONI, AM, TAHNUS, T, PEREIRA, AMVB, RODRIGUES, C. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 727-739, 2016.
55. SOARES, Larissa Gramazio et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. 4, p. 781-789, 2017.
56. FRANÇA, ISX, BATISTA, JDL, COURA, AS, OLIVEIRA, CF, ARAÚJO, AKF, SOUSA, FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. 2015.
57. MOREIRA, KFA, OLIVEIRA, DM, ALENCAR, LN, CAVALCANTE, DFB, PINHEIRO, AS, ORFÃO, NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 2, 2017.
58. GUIMARÃES, TA, ALENCAR, LCR, FONSECA, LMB, GONÇANVES, MMC, SILVA, MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 25, n. 2, p. 24-30, 2018.
59. NURSE-FINDLAY, S, TAYLOR, MM, SAVAGE, M, MELLO, MB, SALIYOU, S, LAYAYEN, M, SEGHERS, F, CAMPBELL, ML, QUEFRAOGO, L, OWIREDU, MN, KIDULA, N, PYNE-MERCIER, L. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. *PLoS medicine*, v. 14, n. 12, 2017.
60. MACIEL, Carla Joelma Villares Guimarães et al. Estratégias de prevenção da sífilis congênita: a atenção a parceiros sexuais. 2017. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26361/2/carla_maciel_iff_mest_2017.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2020.
61. BOWEN, V, SUM JMD, TORRONE, E, KIDD, S, HILLARD, MD, WEINSTOCK, MD. Increase in incidence of congenital syphilis—United States, 2012–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 64, n. 44, p. 1241-1245, 2015.
62. DE MEDEIROS, Luiz. Acompanhamento farmacêutico de pacientes em tratamento de

sífilis com penicilina benzatina em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. *Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS*, v. 4, n. 4, p. 55-60, 2016.

63. ARAÚJO, Patricia Sodré et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 6s, 2017.

64. OLIVEIRA, NVBV, IOLANDA, SZABO, LENA, BL, PEREIRA, PS. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 1105-1121, 2017.

65. CARTER, E, NEVIN, W, HEDLEY, L. Syphilis: diagnosis and management options. *Acute pain*, v. 14, p. 44, 2019.

66. WHO. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2019.

Endereço para Correspondência

Universidade Salvador - UNIFACS

Av. Tancredo Neves, 2131, Caminho das Árvores -
Salvador - BA

CEP: 41820-021

e-mail: annytigre@hotmail.com

Recebido em 03/11/2020

Aprovado em 01/04/2021

Publicado em 06/04/2021