



Análise da sífilis congênita no município de Macapá no período de 2015 a 2020

Analysis of congenital syphilis in the city of Macapá from 2015 to 2020

Análisis de la sífilis congénita en la ciudad de Macapá del 2015 al 2020

Mayra Loreanne Nascimento Corrêa¹, Matheus Lopes dos Santos¹, Ana Cláudia Paiva Cardoso¹, Bruno Raphael da Silva Feitosa¹, Edylany Almeida de Oliveira¹, Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini¹, Nely Dayse Santos da Mata¹, Camila Rodrigues Barbosa Nemer¹, Luzilena de Sousa Prudêncio¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Macapá, no período de 2015 a 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, transversal, baseado em dados secundários do sistema de informação “Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros e dos sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Macapá”. A população do estudo foi composta por casos de Sífilis congênita no município de Macapá, capital do estado do Amapá. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, um formulário para a obtenção das variáveis, sendo realizada análise descritiva. **Resultados:** No período estudado, no município de Macapá, foram notificados 412 casos de sífilis congênita, sendo o ano de 2020, o que apresentou mais casos (117 casos notificados). Dentre o total de casos no período, 385 casos corresponderam a recém-nascidos com idade menor a 7 dias, sendo que tiveram como diagnóstico final de sífilis congênita recente, 391 casos. **Conclusão:** Fatores como falhas na assistência do pré-natal, a má adesão das gestantes e de seu parceiro no diagnóstico e tratamento, a baixa idade e escolaridade dessas gestantes e o manejo inadequado pelos profissionais da saúde podem, portanto, ser os principais contribuintes para o aumento dos casos da doença.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Transmissão vertical, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological profile of congenital syphilis cases in the city of Macapá, from 2015 to 2020. **Methods:** This is an epidemiological, retrospective, cross-sectional study, based on secondary data from the information system “Indicators and basic data of syphilis in Brazilian municipalities and the systems of the Municipal Health Department of Macapá”. The study population consisted of cases of congenital syphilis in the city of Macapá, capital of Amapá. The data collection instrument used was a form to obtain the variables, being analysis descriptively. **Results:** In the period studied, in the city of Macapá, 412 cases of congenital syphilis were reported, with 2020 as the year with most cases (117 cases reported). Among the total number of cases in the period, 385 corresponded to newborns aged below 7 days, and 391

¹ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá - AP.

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amapá – Fundação Tumucumaque. Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS. Processo individual: 250.203.024/2021 e Chamada Interna nº 003/2021 – PROPESPG/DPq/NITT/UNIFAP Programa de Auxílio ao Pesquisador.

SUBMETIDO EM: 3/2023

ACEITO EM: 4/2023

PUBLICADO EM: 6/2023

cases had as final diagnosis the recent congenital syphilis. **Conclusion:** Factors such as failures in prenatal care, poor adherence of pregnant women and their partners in diagnosis and treatment, low age and education of these pregnant women and inadequate management by health professionals can, thus, be the main contributors to the increase in cases of the disease.

Keywords: Congenital Syphilis, Vertical Transmission, Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico de los casos de sífilis congénita en la ciudad de Macapá, de 2015 a 2020. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico, retrospectivo, de corte transversal, basado en datos secundarios del sistema de información “Indicadores y datos básicos de sífilis en municipios brasileños y los sistemas de la Secretaría Municipal de Salud de Macapá. La población de estudio estuvo constituida por casos de sífilis congénita del municipio de Macapá, capital del estado de Amapá. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un formulario para la obtención de las variables, realizándose un análisis descriptivo. **Resultados:** En el periodo estudiado, en el municipio de Macapá se notificaron 412 casos de sífilis congénita, siendo el 2020 el año con más casos (117 casos notificados). Del total de casos en el período, 385 casos correspondieron a recién nacidos menores de 7 días y el diagnóstico final de sífilis congénita reciente fue de 391 casos. **Conclusión:** Factores como las fallas en el control prenatal, la mala adherencia de las gestantes y su pareja en el diagnóstico y tratamiento, la baja edad y escolaridad de estas gestantes y el manejo inadecuado por parte de los profesionales de la salud pueden, por tanto, ser los principales contribuyentes al aumento de la enfermedad casos.

Palabras clave: Sífilis Congénita, Transmisión Vertical, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita (SC) é uma doença de notificação compulsória, causada pela bactéria espiroqueta gram-negativa *Treponema pallidum*, e resultado de uma infecção fetal hematogênica, de evolução crônica, da mãe para o feto. A transmissão da sífilis ocorre, principalmente, por meio de relações sexuais sem o uso de preservativo, embora possa ser transmitida via transplacentária para o feto através do canal do parto, se houver lesões placentárias ou durante o aleitamento materno caso haja fissuras mamárias causadas pela doença, durante qualquer fase da doença (BRASIL, 2010).

Fatores como o tempo de exposição à bactéria, tratamento inadequado e coinfeção materna pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou outro fator de imunodeficiência pode desenvolver complicações fetais como: doenças neurológicas, cardiovasculares, abortamentos (raros), morte perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e dentre outros problemas. Além disso, o conceito ainda pode apresentar retardos de crescimento intrauterino, hepatomegalia, esplenomegalia na maioria dos casos associada à trombocitopenia devido ao aprisionamento das plaquetas no baço aumentado, linfadenopatia, anemia em variados graus, alterações na pele, no crescimento ósseo, arqueamento da tíbia conhecido como “tíbia em lâmina de sabre” e pode ocasionar a destruição do osso nasal e das cartilagens da região cuja denominação é “nariz em sela” (ALBUQUERQUE GM, et al., 2014).

A identificação das manifestações clínicas precoces da SC por meio da realização de exame físico e laboratoriais, contribui para o diagnóstico e tratamento adequado em tempo oportuno. Essa conduta permite uma redução das sequelas da infecção, especialmente em relação às crianças sintomáticas, que possuem mais possibilidade de vir a óbito quando comparada as assintomáticas. E apesar de ser uma doença simples com tratamento eficaz, aproximadamente, dois milhões de gestantes são infectadas a cada ano, no mundo (ROCHA AF, et al., 2021). O aumento desses números reflete o aumento das taxas de mortalidade infantil, sendo que as unidades federativas que apresentaram maiores coeficientes, em 2019, foram o estado do Rio de Janeiro, com 19,5%, o Amapá, com 12,6% e em terceiro lugar o estado do Espírito Santo com 12,3% (BRASIL, 2020).

Os números elevados estão associados a problemas ligados a fatores socioeconômicos, individuais e relacionados aos serviços de saúde, como custos significativos. Nesse contexto, pode-se citar como

exemplo a faixa etária, baixa escolaridade, tratamento inadequado da gestante e/ou seu parceiro sexual, dificuldade da equipe de saúde quanto ao diagnóstico, tratamento e prevenção, e o número elevado de desistências no decorrer do pré-natal são fatores que contribuem para o aumento desses agravos (OZELAME JE, et al., 2020).

No Brasil, em 2018, a taxa de incidência de SC chegou a alcançar 9,0 casos por mil nascidos vivos. Em 2019, essa taxa diminuiu para 8,2 casos por mil nascidos vivos e foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 24.130 casos de SC (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos); e 173 óbitos por SC (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos). Os estados Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Tocantins, Pernambuco, Sergipe, Amazonas, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Ceará e Distrito Federal foram os que apresentaram uma taxa maior do que a média nacional. Além disso, entre esses anos os estados que apresentaram aumentos mais expressivos nas taxas de incidência foram Sergipe e Amapá. Dentre as capitais, Macapá se encontra em 11^o posição em comparação com as 26 capitais brasileiras (BRASIL, 2020).

Portanto, levando em consideração o aumento significativo do número de casos notificados de SC nos últimos anos, as graves repercussões de morbi/mortalidade por essa infecção e por se tratar de um problema de saúde pública, tornou-se relevante sua abordagem, sendo o objetivo deste estudo analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Macapá, no período de 2015 a 2020.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, transversal, baseado em dados secundários do sistema de informação “Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros”, disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>, sistema de informação alimentado pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados pelo TABNET e dados dos sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Macapá (SEMSA).

A população do estudo foi composta por casos de SC no município de Macapá, capital do estado do Amapá, Estado da Região Norte do Brasil. A cidade situada no sudeste do estado é a única capital estadual brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais, e possui uma área territorial de 6.407 km². Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que se localiza no litoral do rio Amazonas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020, em 2019 o Estado do Amapá tinha uma população estimada de 845.731 pessoas e destas 503.327 pessoas residentes no município de Macapá (IBGE, 2020).

Os dados foram extraídos dos sistemas referentes à sífilis congênita, considerando-se o perfil sociodemográfico das mães e os casos notificados entre 2015 a 2020 e foram analisadas as variáveis: coeficiente bruto de mortalidade, idade da criança, diagnóstico final, faixa etária da mãe, escolaridade da mãe, raça ou cor da mãe, sobre realização de pré-natal da mãe, o momento do diagnóstico da sífilis materna, esquema de tratamento da mãe e tratamento do parceiro da mãe. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, um formulário para a obtenção das variáveis, sendo realizada análise descritiva, na qual foi empregada frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas para todos os anos estudados.

Como os dados são secundários e de domínio público, sem identificar o nome da gestante e feto/criança, portanto, não se fez necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, por fazer parte de uma pesquisa maior e solicitar dados da SEMSA, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá sob de Número do Parecer: 4.344.146, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 37153220.9.0000.0003, obedecendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras quanto aos aspectos éticos da pesquisa.

RESULTADOS

No período de 2015 a 2020, no município de Macapá, foram notificados 412 casos de SC, sendo o ano de 2020 o que apresentou mais casos (117 casos notificados), totalizando 28,39% dos casos. Observou-se um aumento de 300% na taxa de detecção dos casos de SC, durante os anos de 2015 (3,3) a 2020 (13,2), aumentando de 31 casos notificados em 2015 para 117 casos notificados em 2020. Em 2015 e 2016 Macapá não apresentou óbito por SC, já no período de 2017 a 2020, a capital do Amapá apresentou 8 casos de óbitos de menores de 1 ano por sífilis congênita e apresentou em 2020 o maior coeficiente de mortalidade, de 33,8 por 100.000 nascidos vivos (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Casos de sífilis congênita e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos); óbitos e coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) em menores de um ano de idade por ano de diagnóstico em Macapá nos anos de 2015 a 2020.

Variável	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos de sífilis em menores de um ano de idade						
Casos	31	59	52	60	93	117
Taxa de detecção	3,3	6,2	5,6	6,5	10,5	13,2
Óbitos por sífilis em menores de um ano						
Casos	-	-	3	1	1	3
Coeficiente	0	0	32,4	10,8	11,3	33,8

Fonte: Correa ML, et al., 2023; dados extraídos de MS extraídos de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A **Tabela 2** apresenta os casos de SC segundo idade da criança e diagnóstico final por ano de diagnóstico. Quanto aos casos de SC segundo idade da criança, do total de 412 casos, durante o período analisado, foram notificados 385 casos em recém-nascidos (RN) com idade menor a 7 dias, totalizando 93,44% dos casos, aumentando de 29 casos em 2015 para 109 casos em 2020. Quanto ao diagnóstico final durante todo período analisado, 94,90% (n= 391) dos casos foram de SC recente, 0,49% (n= 2) abortos por sífilis, 4,61% (n= 19) natimortos por sífilis. Além disso, dos 19 registros de natimortos por sífilis entre 2015 e 2020, 18 (94,73%) ocorreram no ano de 2020.

Tabela 2 - Casos de sífilis congênita segundo idade da criança e diagnóstico final por ano de diagnóstico em Macapá nos anos de 2015 a 2020.

Variável	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade da criança												
Menos de 7 dias	29	93,5	57	96,6	50	96,2	54	90	86	92,5	109	93,2
7 a 27 dias	1	3,2	1	1,7	2	3,8	6	10	4	4,3	6	5,1
28 a 364 dias	1	3,2	1	1,7	-	-	-	-	3	3,2	2	1,7
Total	31	100	59	100	52	100	60	100	93	100	117	100
Diagnóstico final												
Sífilis Congênita Recente	31	100	59	100	52	100	60	100	91	97,8	98	83,8
Sífilis congênita tardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aborto por sífilis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,1	1	0,9
Natimortos por sífilis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,1	18	15,4
Total	31	100	59	100	52	100	60	100	93	100	117	100

Fonte: Correa ML, et al., 2023; dados extraídos de MS extraídos de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A **Tabela 3** apresenta a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo o perfil sociodemográfico da mãe. Quanto à faixa etária, destaca-se que 49,75% (n= 205) foram de mães com idade de 20 a 29 anos, e 32,28 (n= 133) foram de mães com idade de 15 a 19 anos. Ressalta-se que passou de 4 casos de mães na faixa etária de 15 a 19 anos em 2015 para 41 casos em 2020, um aumento de 925%. Quanto a

escolaridade da mãe, destaca-se que 23,78% (n= 98) são de mães com escolaridade 5ª a 8ª série incompleta, 13,10% (n= 54) tem fundamental completo, 16,50% (n= 68) tem ensino médio incompleto e 25,72% (n= 106) tiveram essa informação ignorada. Quanto à raça ou cor, destaca-se que 78,39% (n= 323) foram classificadas como pardas.

Tabela 3 - Casos de sífilis congênita segundo o perfil sociodemográfico materno por ano de diagnóstico em Macapá nos anos de 2015 a 2020.

Variável	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária												
10-14	-	-	1	1,7	-	-	2	3,3	-	-	1	0,9
15-19	4	12,9	15	25,4	19	36,6	24	40	30	32,2	41	35
20-29	21	67,7	26	44,1	23	44,2	26	43,3	47	50,6	62	53
30-39	4	12,9	17	28,8	9	17,3	7	11,7	9	9,7	12	10,2
40 ou mais	2	6,5	-	-	1	1,9	1	1,7	4	4,3	-	-
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,2	1	0,9
Total	31	100	59	100	52	99,9	60	100	93	100	117	100
Escolaridade												
Analfabeto	-	-	1	1,7	-	-	-	-	1	1,1	-	-
1º a 4º série incompleta	-	-	5	8,5	3	5,8	1	1,7	4	4,3	3	2,6
4 série completa	2	6,5	-	-	1	1,9	1	1,7	3	3,2	4	3,4
5 a 8 série incompleta	8	25,8	13	22	20	38,5	15	25	22	23,7	20	17,1
Fundamental completo	4	12,9	5	8,5	4	7,7	3	5	17	18,3	21	17,9
Médio incompleto	5	16,1	16	27,1	11	21,2	16	26,6	12	12,9	8	6,8
Médio completo	4	12,9	6	10,2	8	15,4	9	15	11	11,8	9	7,7
Superior incompleto	1	3,2	1	1,7	2	3,8	-	-	-	-	-	-
Superior completo	-	-	-	-	2	3,8	1	1,7	-	-	2	1,7
Não se aplica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1	-	-
Ignorado	7	22,6	12	20,3	1	1,9	14	23,3	22	23,6	50	42,7
Total	31	100	59	100	52	100	60	100	93	100	117	100
Raça ou Cor												
Branca	6	19,4	4	6,8	10	19,2	7	11,7	8	8,6	6	5,1
Preta	3	9,7	2	3,4	-	-	1	1,7	9	9,7	3	2,6
Amarela	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1	1	0,9
Parda	16	51,6	46	78	42	80,8	48	80	69	74,2	102	87,2
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorada	6	19,4	7	11,9	-	-	4	6,7	6	6,5	5	4,3
Total	31	100	59	100	52	100	60	100	93	100	117	100

Fonte: Correa ML, et al., 2023; dados extraídos de MS extraídos de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A **Tabela 4** apresenta os casos de sífilis congênita segundo informação sobre pré-natal da mãe, no qual destaca-se que 67,47% (n=278) das mães realizaram pré-natal, 20,15% (n= 83) não realizaram pré-natal e 12,38% (n= 51) tiveram essa informação ignorada.

Quanto ao momento do diagnóstico da mãe, 37,37% das mães (n=154) foram diagnosticadas com sífilis somente no momento do parto/curetagem, e 35,67% (n= 147) durante o pré-natal. Quanto ao esquema de tratamento, ressalta-se que 71,60% (n=295) fizeram esquema de tratamento inadequado e 17,23% (n= 71) não fizeram tratamento.

Tabela 4 - Casos de sífilis congênita segundo informação sobre pré-natal da mãe por ano de diagnóstico em Macapá nos anos de 2015 a 2020.

Variável	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Realização do pré-natal												
Sim	11	35,5	40	67,8	41	78,8	45	75	68	73,1	73	62,4
Não	5	16,1	6	10,2	10	19,2	9	15	20	21,5	33	28,2
Ignorado	15	48,4	13	22	1	1,9	6	10	5	5,4	11	9,4
Total	31	100	59	100	52	100	60	100	93	100	117	100
Momento do diagnóstico												
Durante o pré-natal	9	29	23	39	18	34,6	22	36,7	31	33,3	44	37,6
No momento do parto/curetagem	12	38,7	27	45,8	20	38,5	22	36,7	20	21,5	53	45,3
Após o parto	5	16,1	5	8,5	10	19,2	12	20	18	19,4	5	4,3
Não realizado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	5	16,1	4	6,8	4	7,7	4	6,7	24	25,8	15	12,8
Total	31	100	59	100	52	100	60	100	93	100	117	100
Esquema de tratamento												
Adequado	2	6,5	1	1,7	-	-	-	-	3	3,2	1	0,9
Inadequado	6	19,4	29	49,2	47	90,4	60	100	67	72	86	73,5
Não realizado	15	48,4	25	42,4	2	3,8	-	-	4	4,3	25	21,4
Ignorado	8	25,8	4	6,8	3	5,8	-	-	19	20,4	5	4,3
Total	31	100	59	100	52	100	60	100	93	99,9	117	100

Fonte: Correa ML, et al., 2023; dados extraídos de MS extraídos de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A **Tabela 5** apresenta os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Macapá, através de relatório, nele o quantitativo de casos no período analisado apresenta uma pequena diferença dos dados extraídos do DCCI (diferença de 8 casos), e totalizam 404 casos de sífilis congênita, dos quais 72,02 % (n=291) tiveram parceiros não tratados e em 19,30% (n=78) dos casos tiveram essa informação ignorada.

Tabela 5 - Casos de sífilis congênita segundo informação sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico em Macapá nos anos de 2015 a 2020.

Variável	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ignorado/Branco	17	58,7	27	47,5	4	7,8	0	0	11	12	19	16,2
Sim	5	17,2	7	12,2	2	4	2	3,3	7	7,8	12	10,2
Não	7	24,1	23	40,3	45	88,2	57	96,7	73	80,2	86	73,6
Total	29	100	57	100	51	100	59	100	91	100	117	100

Fonte: Correa ML, et al., 2023; dados extraídos de SINANNET/DVE/ CVS/SEMSA/PMM.

DISCUSSÃO

No Brasil, no ano de 2018, o coeficiente de mortalidade por SC foi de 8,2 (por 100.000 nascidos vivos), com um aumento progressivo desde o ano de 2010 (ALMEIDA AB, 2020). Em Macapá aumentou expressivamente os óbitos relacionados à doença, representando um aumento de 200% de 2018 a 2020, alertando para uma piora na detecção precoce de sífilis durante o pré-natal e debilidade no esquema de tratamento materno.

Almeida AB (2020), relata em seu estudo relacionado à mortalidade infantil por SC que muitas vezes a doença é subestimada no momento de notificar a causa da morte e não é considerada como motivo do óbito mesmo fazendo parte da cadeia causal do mesmo. Dessa forma, há uma diminuição dos números de mortes por SC, o que ocorre no país inteiro, uma vez que o Brasil subestimou cerca de 25% óbitos

perinatais por SC nos anos de 2001/2002 e 2012/2013. Isso pode apontar a existência de uma inadequação do preenchimento de notificações de mortes infantis por SC ou desacordo de como devem ser feitas estas notificações, trazendo números brutos de mortalidade incorretos.

Ao considerar que a maioria dos RN infectados pela doença não apresentam manifestações clínicas ao nascer (o que também contribui para tornar complexo o diagnóstico), o presente estudo demonstra que assim como houve uma falha no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença durante o pré-natal, também fica evidente que houve uma melhor atenção quanto aos diagnósticos, testagens e seguimento da doença realizados em tempo oportuno de acordo com as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde para SC (RODRIGUES MA, et al., 2020).

O diagnóstico preciso da SC é complexo, tendo em vista que mais de 50% dos casos são assintomáticos ou apresentam sinais e sintomas inespecíficos ou discretos, além de necessitar de exames que são de difícil acesso (GUIMARÃES TA, et al., 2018). Nesse sentido, para facilitar o diagnóstico da SC deve ser analisado em conjunto a avaliação da mãe e da criança, levando em consideração os aspectos clínicos e epidemiológicos. Sendo necessário a combinação da avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial disponível da criança e da mãe. O diagnóstico adequado possibilita a oferta da assistência apropriada e impede a realização de procedimentos desnecessários, como exames invasivos e internações hospitalares prolongadas (DOMINGUES CS, et al., 2021).

No que tange a classificação da fase de diagnóstico final da SC, Domingues CS, et al. (2021) classifica em sífilis congênita recente, a qual é achada após o nascimento ou até o segundo ano de vida, e tardia, que ocorre quando os sinais e sintomas são observados após os dois anos de idade. O diagnóstico final mais prevalente na capital do estado do Amapá foi o de SC recente, tal panorama também foi observado nos estudos de Amâncio VC, et al. (2016), Guimarães TA, et al. (2018), Sousa OC, et al. (2019) e Ferreira FK, et al. (2021), os quais apresentaram, respectivamente, os seguintes dados 481 (89%), 643 (96,5%), 4.936 (70,1%), 2.076% (98,48%) casos com o diagnóstico final de SC recente, demonstrando um predomínio deste tipo de diagnóstico final nos estudos epidemiológicos acerca do tema.

Além das classificações recente e tardia, o diagnóstico final de SC pode constar como natimorto por sífilis (óbito fetal), definida como todo feto morto por sífilis após a 22 semana de gestação ou com peso igual ou acima de 500 gramas, ou pode se encaixar como aborto por sífilis, estabelecida como toda perda gestacional ocorrida antes da 22 semana ou com peso menor que 500 gramas, tais definições são categorizadas quando a mãe é portadora de sífilis e não houve tratamento ou foi inadequadamente tratada (BRASIL, 2006). Esse aspecto aponta a necessidade de um rígido controle e monitoramento do pré-natal (SCHETINI J, et al., 2005).

O diagnóstico rápido da SC é essencial para a realização de medidas que promovam a proteção da mãe e o desenvolvimento da criança. A avaliação da etapa de diagnóstico possibilita orientar as tomadas de decisões dos profissionais da saúde e analisar o registro para que possam ser feitas correções no processo. Para o desenvolvimento da etapa de diagnóstico, faz-se necessário a ampliação do acesso ao diagnóstico laboratorial (ARRUDA LR e RAMOS AR, 2020).

Considerando o total de casos analisados quanto à faixa etária materna, os resultados mostram que mulheres entre 20 a 29 anos foram mais suscetíveis ao acometimento da sífilis. Esses dados se assemelham a outros estudos e, no qual as faixas etárias de mulheres com sífilis gestacional foi entre 20-34 anos (NETO DB, et al., 2018), 20-29 anos (GUIMARÃES MP, et al., 2020), 20-39 anos (SIGNOR M, et al., 2018). A ocorrência de casos nesta faixa etária pode ser justificada pelo fato de ser o ápice da idade reprodutiva (SIGNOR M, et al., 2018).

Evidenciou-se ainda um expressivo número de casos na faixa etária de 15 a 19 anos. O aumento desses casos em mulheres jovens pode estar associado ao início precoce e desprotegido da vida sexual, associado a limitação do conhecimento sobre como se contrai a doença, suas medidas preventivas, além de dificuldades impostas na abordagem sexual na adolescência devido fatores culturais, sociais e religiosos que existem na sociedade, carregado de preconceitos e tabus (SOUZA AT, et al., 2021).

No que diz respeito à escolaridade, o estudo evidenciou baixa escolaridade. Observou-se também o predomínio de casos de SC em mulheres com baixa escolaridade em estudos realizados por Guimarães MP, et al. (2020), Kisner JG, et al. (2021), em outras capitais dos estados da região Norte, sendo elas, respectivamente, Rio Branco-Acre com 43,39% dos casos (n=82), Porto Velho- Rondônia com 33,4% (n=189). Esse resultado é preocupante, tendo em vista a associação de casos de SC e baixa escolaridade materna em uma região com grandes vulnerabilidades socioeconômicas.

Nesse sentido, a baixa escolaridade reflete na dificuldade do acesso à informação, no desconhecimento da população sobre os cuidados de saúde e nas medidas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Dessa forma, a baixa escolaridade e os impactos desse condicionante na saúde aumentam o risco de exposição às doenças sexualmente transmissíveis e reflete a desigualdade social vivenciada no Brasil (CONCEIÇÃO HN, et al., 2019).

Além disso, notou-se em Macapá um elevado número de casos classificados como ignorados quanto à variável escolaridade. Esse fato leva ao questionamento acerca do grande número de subnotificações dessa variável, não havendo confirmação se o maior número de casos corresponde a mães que possuem grau menor de escolaridade ou se esse quantitativo é maior do que o registrado. Tal acontecimento pode apontar para deficiência na realização do registro adequado das informações durante o pré-natal pelos profissionais da saúde.

Em relação à raça ou cor das mulheres analisadas, a maioria autorrelatou-se como parda, o que corresponde ao padrão nacional de população miscigenada no Brasil. Almeida AB (2020), percebeu em seu estudo um maior número de óbitos por SC relacionados a mães pardas. Embora a SC não siga um padrão relacionado à raça ou cor, os altos números de casos relacionados às mulheres pardas podem evidenciar uma debilidade no atendimento pré-natal dessas mulheres.

Diversos estudos têm demonstrado que um pré-natal qualificado está associado à redução de desfechos perinatais negativos, como prematuridade, abortamentos e até mesmo as sequelas da SC (MARQUES BL, et al., 2021). No presente estudo, constatou-se que apesar de quase 70 % das mães terem realizado pré-natal, esse fato não impediu o aumento dos casos da doença em RN na capital do Estado. Meireles AA, et al. (2021) afirma que essa problemática pode estar relacionada com falhas nos exames de rastreamento, dificultando o diagnóstico precoce da doença.

Associado a isso, as informações ignoradas contribuem para um problema de saúde pública em Macapá, uma vez que a SC é um agravo associado à vulnerabilidade social, e pode ter havido negligência no preenchimento das informações de populações mais vulneráveis. Confirmado esse cenário, Meireles AA, et al. (2021) também relatou que as subnotificações podem estar relacionadas a dificuldades processuais, com fichas extensas ou inadequadas, erros de diagnósticos, diagnóstico tardio, demora na entrega dos resultados e a não realização de exames.

As gestantes devem ser testadas, no mínimo, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre, e no momento da internação para o parto (BRASIL, 2018). Assim, na cidade de Macapá, mesmo que a maioria das mães tenham realizado pré-natal, apenas 35,67% do total de casos do período estudado, foram diagnosticados durante a realização do pré-natal. Em estudo realizado no Paraná, a maior taxa de diagnóstico se deu durante a realização do pré-natal no terceiro trimestre de gestação, ou seja, já apontando uma detecção tardia (SILVA GM, et al., 2020). O presente estudo corrobora com essa detecção tardia, ao somar os casos detectados no parto/curetagem ou após o parto.

Destacou-se que os casos onde o tratamento foi inadequado ou não realizado pela mãe, é um fator relevante que explica o grande número de casos de SC. O tratamento inadequado é apontado como característica frequente nos casos de SC, devido à não adesão ao tratamento pelos pacientes, justificado pela ausência de conhecimento da doença e suas potenciais complicações (SILVA GM, et al., 2020). Quanto ao tratamento dos parceiros das mães, no presente estudo além de ter um alto percentual de parceiros não tratados, uma porcentagem importante teve essa informação ignorada. Ferreira FK, et al. (2021) identificou maior predominância de casos de SC relacionados ao não tratamento do parceiro no

período de 2014 a 2018, com um total de 1.263 casos (59,91%) não tratados e 453 (21,49%) ignorados. Diante disso, é importante ressaltar que o não tratamento do parceiro aumenta as possibilidades da transmissão vertical da SC e a intervenção nessa situação é essencial para evitar o contágio (LIMA MG, et al., 2013).

A não adesão ao tratamento disponibilizado pelos serviços de saúde pelo público masculina nesse contexto tem como justificativa a falta de tempo devido à jornada de trabalho ou pela ausência de conhecimento acerca da importância dos cuidados com a saúde e das complicações que a SC pode trazer ao casal e para o conceito, esses fatores contribuem para os números encontrados nesta pesquisa. Sendo assim, faz-se necessário a educação em saúde não somente para as mães, mas também para os parceiros (FRANÇA IS, et al., 2015).

Há também receio das gestantes em revelar o diagnóstico ao companheiro, por medo de ser responsabilizada pela doença, ou até mesmo pela dificuldade em lidar com a dúvida quanto à fidelidade do companheiro. Associado a essas questões, se evidencia uma negligência dos serviços de saúde, no qual na maioria dos casos, não se proporciona a inclusão do parceiro na vivência do pré-natal e não há uma realização efetiva das buscas ativas pela equipe de saúde (VIEIRA JM, et al., 2020; HOLZATRATTNER JS, et al., 2019).

CONCLUSÃO

O estudo apresenta como limitação o uso de fontes oficiais de dados secundários para a análise das informações, podendo existir subnotificações, entretanto, concluiu-se que houve um progressivo aumento de casos de SC nos últimos cinco anos no município estudado, relacionado a casos de mães jovens, com escolaridade baixa, e que mesmo que tenham realizado o pré-natal, tiveram diagnóstico de sífilis tardio e tratamento inadequado, com parceiros não tratados. Fatores como falhas na assistência do pré-natal, a má adesão das gestantes e de seu parceiro no diagnóstico e tratamento, a baixa idade e escolaridade dessas gestantes e o manejo inadequado pelos profissionais da saúde podem, portanto, ser os principais contribuintes para o aumento dos casos da doença. Dessa forma, faz-se necessário a criação de novas estratégias para conscientizar e captar gestantes e seus parceiros. Junto a isso, deve-se realizar melhorias na atenção básica, como a oferta de capacitação aos profissionais da saúde para o preenchimento correto do documento de notificação da SC, objetivando estabelecer um perfil epidemiológico autêntico e evitar casos de subnotificação. Desse modo, possibilitando ampliar a compreensão e ações para este agravo à saúde dos neonatos, da gestante e do parceiro, prevenindo a ocorrência de complicações mais severas como as deficiências permanentes.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amapá – Fundação Tumucumaque. Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS. Processo individual: 250.203.024/2021 e Chamada Interna nº 003/2021 – PROPESPG/DPq/NITT/UNIFAP Programa de Auxílio ao Pesquisador.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA AB. Mortalidade infantil por sífilis congênita na Região Metropolitana de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2020.
2. ALBUQUERQUE GM, et al. Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. *Pediatria Moderna*, 2014; 50(6): 254-258.
3. AMÂNCIO VC, et al. Epidemiologia da sífilis congênita no estado de Goiás. *Revista Educação em Saúde*, 2016; 4(2): 58-63.
4. ARRUDA LR e RAMOS AR. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. *Journal of Management & Primary Health Care*, 2020; 12: 1-18.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SCTIE no 42, de 5 de outubro de 2018. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 out 8 [citado 2020 jul 31]; Seção 1:88.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. BRASIL. Guia de bolso de doenças infecciosas e parasitárias do Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acessado em: 18 de maio de 2021.
8. BRASIL. Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/search/content/boletim%20epidemiologico%20de%20sifilis>. Acessado em: 20 de maio de 2021.
9. CONCEIÇÃO HN, et al. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate, 2019; 43(123): 1145-1158.
10. DOMINGUES CS, et al. Protocolo Brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiologia em Serviços de Saúde, 2021; 30(1): e2020597.
11. FERREIRA FK, et al. Perfil dos casos de Sífilis Congênita no Rio Grande do Norte: estudo de série temporal. Revista Ciência Plural, 2021; 7(2): 33-46.
12. FRANÇA IS, et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. Revista Rene, 2015; 16(3): 374-381.
13. GUIMARÃES TA, et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. Arquivos de Ciências da Saúde, 2018; 25(2): 24-30.
14. GUIMARÃES MP, et al. Dados alarmantes sobre a notificação de sífilis congênita em uma capital do Norte brasileiro: um estudo transversal. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet], 2020; 53(4): 398-404.
15. HOLZATRATTNER JS, et al. Sífilis Congênita: Realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. Revista Cogitare Enfermagem, 2019; 24: e59316.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados sociodemográficos de Macapá-AP. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/macapa/panorama>. Acessado em: 13 de maio de 2021.
17. KISNER JG, et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita no município de Porto Velho entre os anos de 2010 a 2020. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(6): e7953.
18. LIMA MG, et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(2): 499-506.
19. MARQUES BL, et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Escola Ana Nery, 2021; 25(1): e20200098.
20. MEIRELES AA, et al. Sífilis congênita: Incidência e caracterização epidemiológica em um estado da Amazônia. Research, Society and Development, 2021; 10(6): e3210615100.
21. NETO DB, et al. Sífilis Congênita: Perfil Epidemiológico em Palmas – Tocantins. Revista Cereus, 2018; 10(3).
22. OZELAME JE, et al. Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. Revista de Enfermagem UERJ, 2020; 28: e50487.
23. RODRIGUES MA, et al. Tendência temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em um município da Amazônia Ocidental brasileira. Enciclopédia Biosfera, 2020; 17(32).
24. ROCHA AF, et al. Complicações, manifestações clínicas da sífilis congênita e aspectos relacionados à prevenção: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 2021; 74(4): e20190318.
25. SCHETINI J, et al. Estudo da Prevalência de Sífilis Congênita em um Hospital da Rede Sus de Niterói-RJ. Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis, 2005; 17(1): 18-23.
26. SIGNOR M, et al. Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. Revista de Enfermagem, 2018; 12(2): 398-406.
27. SILVA GM, et al. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. Revista eletrônica trimestral de Enfermaria, 2020; 19(57): 107-150.
28. SOUZA AT, et al. Vulnerabilidade de adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis: Uma revisão integrativa. Research, Society and Development, 2021; 10(1): e59910111867.
29. SOUSA OC, et al. Sífilis congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia. Brazilian Journal of Health Review, 2019; 2(2): 1356-1376.
30. VIEIRA JM, et al. Sífilis Congênita no Brasil: Fatores que levam ao aumento da incidência dos casos. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 2020; 32(1): 41-45.