

Situação clínica e epidemiológica da sífilis congênita em Anápolis - Goiás

Clinical and epidemiological situation of congenital syphilis in Anápolis - Goiás

Situación clínico-epidemiológica de la sífilis congénita en Anápolis - Goiás

Denise Alves Oliveira¹, Mirlene Garcia Nascimento¹, Constanza Thaise Xavier Silva^{1*}.

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita em Anápolis-Goiás. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo e transversal de natureza quantitativa. Foram utilizados dados da ficha de notificação de sífilis congênita da Vigilância Epidemiológica do município entre os anos de 2010 a 2017. Foi utilizado a análise estatística descritiva com frequência relativa e absoluta. **Resultados:** Evidenciou-se uma ascensão dos casos da doença. Foram notificados 154 casos de sífilis congênita, com mulheres entre a faixa etária de 20 e 34 anos (63,6%), com etnia parda (79,2%) e com ensino médio incompleto/completo (52,6%). A maioria das gestantes realizaram o pré-natal (82,4%). Em relação ao tratamento da sífilis congênita, somente 25,3% o tratamento foi adequado. Somente 35,7% dos parceiros das gestantes receberam tratamento. **Conclusão:** Embora venha sendo implantadas medidas para redução do número de casos da doença o perfil clínico e epidemiológico durante o período considerado é preocupante. Mesmo que o pré-natal tenha sido realizado na maior parte dos casos grande parte das ocorrências da doença foram em mães com menor instrução escolar. A maioria dos tratamentos foi inadequado e muitos parceiros das mães não foram tratados, tendo assim desafios quanto a educação em saúde e tratamento adequado.

Palavras-chave: *Treponema pallidum*, Sífilis congênita, Diagnóstico no pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To trace the clinical and epidemiological profile of congenital syphilis in Anápolis, Goiás - Brazil. **Methods:** Epidemiological, descriptive and cross-sectional study of a quantitative nature. Data from the congenital syphilis notification form registered with the Epidemiological Surveillance of the municipality between the years 2010 to 2017 were used. Descriptive statistical analysis was used with relative and absolute frequency. **Results:** There was an increase in cases of the disease. 154 cases of congenital syphilis were reported, with women between the age group of 20 and 34 years (63.6%), with mixed race (79.2%) and with incomplete / complete high school (52.6%). Most pregnant women received prenatal care (82.4%). Regarding the treatment of congenital syphilis, only 25.3% was adequate. Only 35.7% of the partners of the pregnant women received treatment. **Conclusion:** Although measures have been implemented to reduce the number of cases of the disease, the clinical and epidemiological profile during the period considered is worrying. Even though prenatal care was performed in most cases, most of the occurrences of the disease were in mothers with less schooling. Most of the treatments were inadequate and many mothers' partners were not treated, thus having challenges regarding health education and adequate treatment.

Keywords: *Treponema pallidum*, Congenital syphilis, Prenatal diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Trazar el perfil clínico y epidemiológico de la sífilis congénita en Anápolis, Goiás - Brasil. **Métodos:** Estudio epidemiológico, descriptivo y transversal de carácter cuantitativo. Se utilizaron datos del formulario de notificación de sífilis congénita utilizado en la Vigilancia Epidemiológica del municipio de 2010 a 2017. Se utilizó análisis estadístico descriptivo con frecuencia relativa y absoluta. **Resultados:** Hubo un aumento de casos de la enfermedad. Se reportaron 154 casos de sífilis congénita, con mujeres entre el grupo de edad de 20 a 34 años (63,6%), mestizas (79,2%) y con bachillerato incompleto / completo (52,6%). La mayoría de las embarazadas recibió atención prenatal (82,4%). En cuanto al tratamiento de la sífilis congénita, solo el 25,3% fue adecuado. Solo el 35,7% de las parejas de las gestantes recibieron tratamiento. **Conclusión:** Si bien se han implementado medidas para reducir el número de casos de la enfermedad, el perfil clínico y epidemiológico durante el período considerado es preocupante. Si bien la atención prenatal se realizó en la mayoría de los casos, la mayoría de las ocurrencias de la enfermedad fueron en madres con menor escolaridad. La mayoría de los tratamientos fueron inadecuados y las parejas de muchas madres no fueron tratadas, por lo que se enfrentaron desafíos con respecto a la educación sanitaria y el tratamiento adecuado.

Palabras clave: *Treponema pallidum*, Sífilis congénita, Diagnóstico prenatal.

¹ Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA), Anápolis - GO. *E-mail: constanzathaise@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma patologia crônica e infecciosa, exclusiva do ser humano, que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*. Este microrganismo pode causar múltiplas manifestações e acometer variados sistemas e órgãos, sendo que a doença tem persistido como um grande problema de saúde pública (BRASIL, 2006). Embora prevenível, vem se destacando mundialmente em quantidade de casos, principalmente quando se trata de países em desenvolvimento (ARAUJO EC, et al., 2006). De todas as doenças que podem ser transmitidas durante o pré-natal, parto e puerpério, a sífilis é a que tem apresentado as maiores taxas de transmissão (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

A doença possui evolução lenta e quando não há tratamento, há alternância de períodos sintomáticos com assintomáticos, com três períodos distintos: sífilis primária, secundária e terciária, podendo também ter o período latente. Embora possa ser transmitida por transfusão sanguínea, a principal via de transmissão continua sendo o contato sexual. Quando ocorre a transmissão vertical da gestante com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente para o feto na gestação por meio da placenta, tem-se a sífilis congênita. (BRASIL, 2010).

A sífilis congênita ocorre, assim, por meio da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* por via transplacentária ou por contato direto com a lesão no momento do parto. A transmissão é passível de ocorrer em qualquer fase da gestação e estágio da doença materna e pode resultar em um amplo espectro de manifestações clínicas, sendo que apenas os casos mais graves são clinicamente aparentes ao nascimento (BRASIL, 2020).

A doença representa um grave problema de saúde desde sua descoberta, que ocorreu no século XVI na Europa. Conforme dados de 2016, da prevalência estimada de 6,3 milhões de novos casos de sífilis, 0,69% eram gestantes e resultou em 200 mil casos de óbito perinatal (NUNES PC, et al., 2021). Embora ao nascimento cerca de 60% a 90% dos recém-nascidos não apresentem sintomas clínicos, as manifestações podem se apresentar a qualquer momento antes dos 2 anos de idade (DOMINGUES CSB, et al., 2021).

Diversas consequências para o conceito podem surgir, como a prematuridade, abortamento, perda fetal e óbito do neonatal. Se não houver tratamento o recém-nascido pode nascer com surdez, cegueira, retardo mental, deformidades ou lesões neurológicas (ALBUQUERQUE GMA, et al., 2014).

As manifestações podem acontecer precoce ou tardiamente. Precocemente, até dois anos de idade com prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, osteíte, pseudoparalisia, sofrimento respiratório acompanhado ou não por pneumonia, rinite, icterícia, anemia, linfadenopatia, petéquias, fissura peribucal, síndrome nefrótica, edema, convulsão e meningite. As alterações laboratoriais são: anemia, trombocitopenia, leucocitose e leucopenia. Tardiamente, após os dois anos de idade, podem ter: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, deformação nos dentes, mandíbula curta, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2015).

Por conta da gravidade é essencial intervenção imediata nos casos diagnosticados para reduzir ao máximo a possibilidade de ocorrência da transmissão vertical para o conceito da gestante. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), também seguida pelo Ministério da Saúde brasileiro, é que para haver redução do número de casos é necessário que sejam feitos os testes de detecção não treponêmicos no 1º e 3º trimestre de gestação, e no período do parto, pois o diagnóstico precoce pode reduzir bastante a prevalência da sífilis congênita (BRASIL, 2016a).

Os testes utilizados para o diagnóstico são: exames diretos e testes imunológicos, sendo estes últimos os mais utilizados na prática clínica. Os exames diretos fazem a pesquisa *Treponema pallidum* em amostras das lesões. Já os testes imunológicos são subdivididos treponêmicos e não treponêmicos. Existem diversos testes treponêmicos. Eles são os primeiros a se tornarem reagentes e podem ser o primeiro a ser realizado ou então podem ser feitos complementarmente. São qualitativos e servem para detectar anticorpos antitreponêmicos para confirmação diagnóstica. O mais utilizado é o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test* (FTA-Abs). Já os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos para o *Treponema pallidum*. Com eles podem ser realizadas a análise qualitativa e a quantitativa (BRASIL, 2020).

O teste não treponêmico em recém-nascidos (infectados ou não) filhos de mães com sífilis é o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Rapid Plasma Reagin* (RPR), que embora não sejam específicos, servem para triagem e monitoração da infecção. Já os testes treponêmicos são qualitativos e servem para detectar anticorpos antitreponêmicos para confirmação diagnóstica como o teste mais usado que é o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test* (FTA-Abs). Outros exames que também podem ser necessários são: radiografia de ossos longos para identificar anormalidades, radiografia de tórax, exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) para pesquisar neurosífilis, hemograma completo, dentre outros exames (BRASIL, 2015).

Para o combate à sífilis congênita o tratamento imediato é fundamental. Cada semana que se passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de infecção para a gestante e o concepto. Para o tratamento de escolha é a penicilina benzatina (Benzetacil®) esta é, até o momento, a principal e mais eficaz forma de combater a bactéria causadora da doença e quando a sífilis é detectada na gestante, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, com a penicilina benzatina. Não é indicado o uso de outros antibióticos para o tratamento. No caso em que a gestante tenha alergia confirmada à medicação como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar adequadamente o binômio mãe-filho é necessário realizar a dessensibilização da mãe (BRASIL, 2020).

Na impossibilidade de ser feita a dessensibilização, mesmo que o tratamento seja feito com outra medicação o tratamento é considerado inadequado e o recém-nascido deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente. O tratamento da sífilis congênita é considerado adequado quando: o tratamento é completo e documentado; feito com a medicação preconizada; o parceiro sexual com sífilis é tratado concomitantemente; a gestante apresenta queda de duas titulações em sorologia não treponêmica ou títulos estáveis se o título inicial era menor ou igual a 1:4 (SÃO PAULO, 2016).

No Brasil a vigilância da sífilis congênita e gestacional é considerada compulsória desde os anos 1986 e 2005, respectivamente. A vigilância é feita por meio do registro de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. No Brasil foi instituída no ano de 2011 a Rede Cegonha. Trata-se de uma importante rede de ações e serviços que tem como objetivo oferecer atenção humanizada ao ciclo gravídico da mulher, ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança. Sua implantação trouxe favoreceu a expansão da triagem pré-natal da sífilis, por meio da descentralização dos testes rápidos para a Atenção Básica à Saúde. Contribuindo nesse mesmo sentido, objetivando fortalecer as ações de prevenção da morbimortalidade materno-infantil, o governo federal e estaduais têm se organizado em diversas ações, contempladas na Agenda de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, lançada em 2017 (NUNES PC, et al., 2021).

A incidência da sífilis congênita é um indicador importante na qualidade da atenção materno-infantil (SONDA EC, et al., 2013). O Brasil, conforme os objetivos do milênio em uma abordagem conjunta adotada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em um esforço global para enfrentamento, colocaram a meta de redução da transmissão vertical da sífilis congênita para menos de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos para a eliminação da doença (AMÂNCIO VC, et al., 2016; BRASIL, 2017).

Porém, em 2016, em todo o Brasil, a taxa de incidência foi de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos. Em Goiás, a taxa foi de 5,05 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2017). Em Anápolis - Goiás, 3,86 casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018). Valores acima da taxa esperada ainda são encontrados em estudos brasileiros, seja a nível nacional ou regional (AMÂNCIO VC, et al., 2016; ARAÚJO CL, et al., 2012).

A sífilis congênita é uma doença que pode ser prevenida por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico e tratamento precoces das gestantes, recém-nascidos e parceiros sexuais, pois o risco de desfechos desfavoráveis à criança será bem reduzido se o tratamento for adequado para todos (BRASIL, 2020).

Diante disso, o presente estudo teve por objetivo traçar o perfil clínico-epidemiológico da sífilis congênita em Anápolis-Goiás, no período entre 2010 e 2017.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal de natureza quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida por meio da utilização de dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Anápolis – Goiás. Foram disponibilizados dados das fichas de notificação de sífilis congênita cadastradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2010 a 2017.

As características avaliadas para o estudo foram: os dados sociodemográficos em relação à gestante/mãe e à criança. Em relação à gestante/mãe: faixa etária, etnia e escolaridade e as características clínico-epidemiológicas: se houve pré-natal na gestação, quando ocorreu o diagnóstico de sífilis materna, qual o esquema de tratamento, e se o(s) parceiro(s) foi(foram) tratado(s) concomitantemente. Já em relação à criança foram: esquema de tratamento e evolução do caso.

Os critérios de inclusão neste estudo foram casos de sífilis congênita notificados no SINAN em Anápolis, Goiás – Brasil, entre os anos de 2010 e 2017, cujas fichas forneceram informações suficientes para análise dos casos e seguimento do estudo. Os critérios de exclusão foram os casos não residentes no município, duplicidades de notificação e fichas ilegíveis.

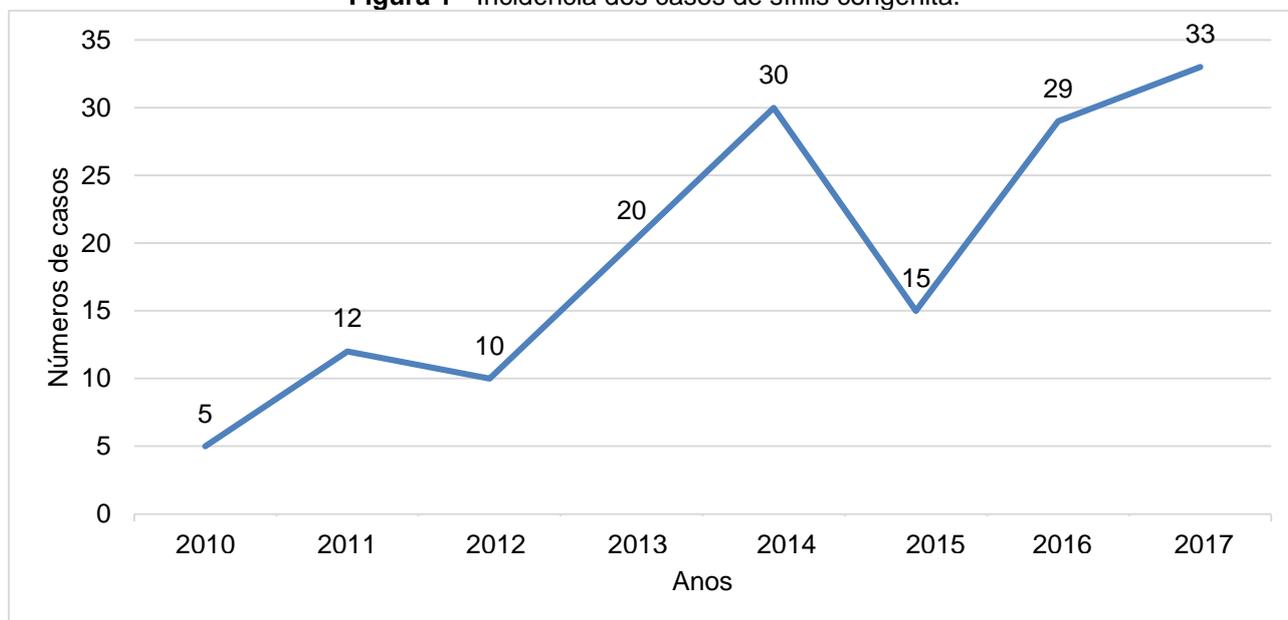
Os dados obtidos foram transcritos para uma planilha em Programa MS Excel Office XP, para análise estatística descritiva com frequência relativa e absoluta.

A pesquisa seguiu os critérios de ética e pesquisa com seres humanos, tendo o número do parecer 2.572.947, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Entre 2010 e 2017, foram notificados 154 casos de sífilis congênita com evidente crescimento no número de notificações, passando de 5 casos (3,2%) no ano de 2010 para 33 casos (21,4%) em 2017 (**Figura 1**).

Figura 1 - Incidência dos casos de sífilis congênita.



Fonte: Oliveira DA, et al., 2021.

De acordo com o perfil sociodemográfico das gestantes de acordo com todos os anos estudados, foi verificada uma maior ocorrência entre a faixa etária de 20 e 34 anos, totalizando (63,6%) do total de notificações, mulheres pardas (79,2%), com ensino médio incompleto/completo (52,6%) como evidenciado na (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição das características maternas dos casos notificados de sífilis congênita.

Faixa etária	n	%
12-14	3	1,9
15-19	38	24,7
20-34	98	63,6
35-49	12	7,8
Branco	3	1,9
Etnia		
Branca	16	10,4
Preta	10	6,5
Amarela	2	1,3
Parda	122	79,2
Ignorado/Branco	4	2,6
Nível de escolaridade		
Analfabeto	2	1,3
1ª a 4ª série	8	5,2
5ª a 9ª série	21	13,6
Ensino médio incompleto/completo	81	52,6
Ensino superior	1	0,7
Não se aplica	3	1,9
Ignorado/Branco	38	24,7

Fonte: Oliveira DA, et al., 2021.

Foram comparados os anos de notificação dos casos com a realização do pré-natal e o momento do diagnóstico da sífilis congênita, evidenciando que a maioria das mães realizaram o pré-natal, (82,5%) e a maioria dos casos de sífilis congênita foram diagnosticados durante esse período, (64,9%) conforme a (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características da assistência do pré-natal e o momento do diagnóstico dos casos de sífilis congênita.

Realização do pré-natal	n	%
Sim	127	82,5
Não	24	15,6
Ignorado/Branco	3	1,9
Momento do diagnóstico da sífilis		
Durante o pré-natal	100	64,9
Momento do parto/curetagem	27	17,6
Após o parto	23	14,9
Ignorado/ Branco	4	2,6

Fonte: Oliveira DA, et al., 2021.

De acordo com a seguinte tabela, que trata sobre o tratamento da sífilis congênita entre os anos analisados, somente em 25,3% dos casos o tratamento foi adequado e 7,8% dos casos não foram tratados e 64,3% receberam tratamento inadequado. Quanto ao esquema de tratamento, 42,2% dos bebês receberam outro esquema sem ser o preconizado pelo Ministério da Saúde. Em seguida, a taxa mais prevalente foi a dos casos tratados com Penicilina G cristalina, perfazendo 34,4% dos casos. Em relação ao tratamento do parceiro da gestante foram observados que somente 35,7% dos parceiros receberam tratamento e a maioria das notificações não houve tratamento, correspondendo a 58,5% dos casos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de acordo com o tratamento e seu esquema terapêutico da sífilis congênita.

Tratamento do caso	n	%
Adequado	39	25,3
Inadequado	99	64,3
Não realizado	12	7,8
Ignorado/ Branco	4	2,6
Esquema de tratamento		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI Kg/dia/10dd	53	34,4
Penicilina G Procaína 50.000 UI Kg/dia/10 dd	7	4,5
Penicilina G Benzatina 50.000 UI Kg/dia Dose única	2	1,4
Outro esquema	65	42,2
Tratamento não realizado	17	11,0
Ignorado/ Branco	10	6,5
Tratamento do parceiro		
Sim	55	35,7
Não	90	58,5
Branco	9	5,8

Fonte: Oliveira DA, et al., 2021.

Na tabela a seguir estão descritas as informações sobre a evolução clínica dos casos. Foram observados que 92,8% dos recém-nascidos com sífilis congênita estavam vivos e 1,9% tiveram óbito pelo agravo notificado e 1,4% por outras causas (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Distribuição dos casos de acordo com a evolução clínica da sífilis congênita.

Evolução clínica do conceito	n	%
Vivo	143	92,8
Óbito pelo agravo notificado	3	1,9
Óbito por outra causa	2	1,4
Ignorado/Branco	6	3,9

Fonte: Oliveira DA, et al., 2021.

DISCUSSÃO

A taxa de incidência da sífilis congênita no município de Anápolis, Goiás mostrou desempenho crescente ao longo do período de estudo, apesar de haver um decréscimo no ano de 2015 o município não conseguiu alcançar a incidência máxima de 0,5 casos para 1.000 nascidos vivos como proposto pela OPAS. O aumento de incidência pode estar associado à melhoria da notificação e investigação dos casos, além de maior qualidade de detecção de sífilis gestacional no pré-natal. Um dos possíveis motivos para o dobro na incidência da sífilis congênita, no ano de 2014, pode ser explicado pela não disponibilidade de matéria prima para produção da penicilina, conforme divulgado em âmbito nacional para o tratamento de sífilis. Com isso, os estoques de penicilina diminuíram drasticamente, e muitos estados brasileiros ficaram sem nenhum frasco do fármaco para tratar as mães, parceiros e crianças (BRASIL, 2016a)

Notou-se no presente estudo que o maior número de casos de sífilis foi de mães na faixa etária de 20 a 34 anos. Esse resultado foi encontrado em outros estudos sobre o tema (AMÂNCIO VC, et al., 2016; LORENZI DRSD, MADI JM, 2001; DOMINGUES RMSM e LEAL MC, 2016). Conforme o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, em 2016, o maior número de casos ocorreu em mães que tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,0%) (BRASIL, 2017).

Se tratando da etnia e escolaridade das mães, notou-se que a taxa de sífilis foi maior em mães pardas e com escolaridade até o ensino médio. A prevalência da etnia cor parda pode ser verificada em outros estudos

devido à miscigenação do povo brasileiro (DOMINGUES RMSM e LEAL MC, 2016; LAFETÁ KRG, et al., 2016; CAZARIN KTL e MACIEL MED, 2018). Quanto à escolaridade, a tendência é que essa doença seja mais diagnosticada em mães com menos de oito anos de estudo (CAZARIN KTL e MACIEL MED, 2018). Isso é um fator de risco, pois a falta de estudo e de conhecimento e informações pode ocasionar maiores taxas de infecção (BONI SM e PAGLIARI PB, 2016). Segundo Domingues RMSM, et al. (2014), também evidenciaram nos seus resultados em que a maior parte das gestantes não tinham muitos anos de escolaridade.

No presente estudo a maioria das gestantes realizaram o pré-natal e o diagnóstico da sífilis congênita foram detectados ainda nesse período, uma taxa consideravelmente satisfatória, mas que ainda precisa melhorar. Alguns estudos demonstraram que grande parte dos diagnósticos foram feitos durante o pré-natal (AMÂNCIO VC, et al., 2016; DOMINGUES RMSM e LEAL MC, 2016; BONI SM E PAGLIARI PB, 2016). Mas outros estudos identificaram que mais de 50% dos casos tiveram diagnóstico tardio (NONATO SM, et al., 2015; LAFETÁ KRG, et al., 2016).

É mais viável que o diagnóstico seja realizado no pré-natal, pois nesse período os cuidados são mais satisfatórios. Do contrário, investimentos na sobrevivência de recém-nascidos graves podem ser desfavoráveis e são mais caros por causa da alta complexidade (FERRARI RAP, et al., 2014). Quanto aos testes realizados para diagnóstico e continuidade dos casos de sífilis congênita, 66,2% deram reagentes para o teste de sangue periférico, 1,9%, para o teste de líquido. O notável é que esses testes nem sempre foram realizados durante os anos de estudo. Por exemplo, em 52,5% dos casos o teste treponema de 18 meses não foi feito.

Muitas gestantes não fazem os testes, e as que fazem, ora não recebem tratamento, ora são tratadas inadequadamente (NONATO SM, et al., 2015). É de suma importância que os testes sejam feitos durante a gestação. Não há algum teste sorológico ideal a ser feito, contudo, atualmente o mais utilizado é o VDRL, um teste não treponêmico, que apresenta elevada sensibilidade e permite o monitoramento da infecção por meio da titulação dos anticorpos anti treponêmicos (BONI SM e PAGLIARI PB, 2016; SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2017).

O ministério da saúde brasileiro oferece esse teste para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal, e no início do terceiro trimestre gestacional, pois em caso positivo, o tratamento é iniciado de imediato juntamente com o parceiro da gestante (BRASIL, 2013; BONI SM e PAGLIARI PB, 2016). Além da necessidade da assistência pré-natal e de todos os testes que auxiliam no diagnóstico e continuidade da atenção ao caso de sífilis congênita, o tratamento deve iniciar e continuar da forma correta para que se obtenha a cura completa e evite resistência bacteriana (CLEMENTE TS, et al., 2012).

Sobre o tratamento adequado da doença, notou-se baixa prevalência dos casos. Já o número de mulheres que receberam o tratamento inadequado foi preocupante, pois isso pode ocasionar consequências graves como, por exemplo, abortamento, prematuridade e complicações agudas (SONDA EC, et al., 2013). Além disso, o tratamento inadequado é uma das causas de progressão e reincidência da sífilis congênita. Dentre as situações em que ele é assim considerado, tem-se: utilizar outra medicação ao invés da penicilina; tratamento incompleto, mesmo com a penicilina; início do tratamento dentro de 30 dias antes do parto, e; parceiro tratado inadequadamente ou não tratado (BRASIL, 2006).

No presente estudo justifica-se algumas dessas situações, como: uso de outro esquema de tratamento e parceiros não tratados, pode ocorrer também quando não há adesão por parte das pacientes mães em virtude, principalmente, da falta de conhecimento da evolução da doença, e quando ocorre a reinfecção pelo parceiro não tratado ou tratado inadequadamente (SILVA HCH, et al., 2017).

Quando há casos de crianças tratadas inadequadamente, elas devem ser convocadas para uma reavaliação clínico-laboratorial e para reiniciar o tratamento conforme preconizado (SÃO PAULO, 2008). Em relação ao tratamento da doença em questão a penicilina G cristalina é uma das drogas de escolha para tratar à sífilis congênita. O tratamento muitas vezes é considerado inadequado quando é usada outra medicação que não seja a penicilina (NONATO SM, et al., 2015). No presente estudo em relação ao esquema de tratamento utilizado a maioria das mulheres receberam outro esquema de tratamento.

Uma das causas que levou ao aumento do uso de outro esquema de tratamento ao invés do preconizado pelo Ministério da Saúde foi a falta de penicilina benzatrina, que é usada em casos de sífilis adquirida, e a de penicilina benzatrina cristalina, usada em casos de recém-nascidos com sífilis congênita (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017). A medicação vinha sofrendo desabastecimento em vários países desde o ano 2014, em que foi necessária uma ação por parte do governo em ajustar o preço de alguns fármacos, dentre eles a penicilina. A questão da penicilina foi o motivo da ação devido à falta de matéria-prima para sua produção (BRASIL, 2016b).

Outra questão que influencia o aumento do número de casos é a dificuldade em tratar o parceiro da mãe. Todos os parceiros sexuais expostos devem ser tratados. Na presente pesquisa a maioria dos parceiros não receberam tratamento. Corroborando com outros estudos realizados, no estudo de Amâncio VC, et al. (2016), quanto ao estado de Goiás, evidenciou-se que 82% dos parceiros não foram tratados. Já em outro estudo avaliando essa questão no estado de Minas Gerais a taxa foi de 98% (LAFETÁ KRG, et al., 2016).

Segundo Campos ALA, et al. (2012), investigando o motivo pelo qual muitos parceiros não são tratados, verificaram que pode ser por questões culturais quanto à doença em homens. Outro estudo traz que o motivo tem sido a dificuldade na captação e tratamento do parceiro, apresentando associações com desfechos de óbito perinatal e neonatal. Esses dados remetem ainda a uma falta de conhecimento do quão preocupante é esse problema e afirmam a importância de incluir o parceiro sexual no pré-natal (CARDOSO ARP, et al., 2018).

Além do mais, o número elevado de parceiros não tratados ou tratados inadequadamente aponta também para a negligência dos serviços de saúde tanto em abordá-los e tratá-los efetivamente, quanto em evitar a reexposição da gestante e a transmissão vertical (SILVA HCH, et al., 2017).

Sobre as frequências por evolução do caso a maioria dos recém-nascidos com sífilis congênita estavam vivos e poucos casos de óbito pelo agravo notificado. Em outro estudo nacional as taxas de óbitos fetais e neonatais foram respectivamente 0,5% e 0,7% (DOMINGUES RMSM e LEAL MC, 2016). Além do mais, na presença da doença, estima-se que 25% dos casos terminem em aborto tardio ou óbito fetal, 11% em óbito neonatal, 13% em baixo peso ao nascimento ou prematuridade e 20% em que recém-nascidos apresentem sinais clínicos da sífilis congênita (NASCIMENTO MI, et al, 2012). O diagnóstico e tratamento tardio influenciam na natimortalidade, pois na ocorrência de sífilis congênita, está se torna uma causa considerável na morbimortalidade perinatal (SARACENI V e LEAL MC, 2003).

Este estudo possui algumas limitações, como o uso de dados secundários. Isto pelo fato de que estes estão condicionados à qualidade dos registros, além de não permitir estimar o quanto a frequência de subnotificações pode distorcer os resultados encontrados. Entretanto, as bases de dados utilizadas, mesmo com suas limitações, são consideradas confiáveis e de boa qualidade, com produção de informação fidedigna.

CONCLUSÃO

Embora venha sendo implantadas medidas para redução do número de casos da doença o perfil clínico e epidemiológico durante o período considerado é preocupante. Mesmo que o pré-natal tenha sido realizado na maior parte dos casos grande parte das ocorrências da doença foram em mães com menor instrução escolar. A maioria dos tratamentos foi inadequado e muitos parceiros das mães não foram tratados, tendo assim desafios quanto a educação em saúde e tratamento adequado. Vale ressaltar também a necessidade da qualificação adequada dos profissionais de saúde através da educação continuada para o preenchimento correto de prontuários, cartões das gestantes e fichas de notificação para que o acompanhamento seja feito de modo contínuo e regular.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE GMA, et al. Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. *Pediatria Moderna*, 2014; 50(6): 254-58.
2. AMÂNCIO VC, et al. Epidemiologia da Sífilis Congênita no Estado de Goiás. *Rev. Educ. Saúde*, 2016; 4(2): 58-63.
3. ARAÚJO EC, et al. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev. Para. Med.*, 2006; 20(1): 47-51.
4. ARAÚJO CL, et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 2012; 46(3): 479-86.

5. BONI SM, PAGLIARI PB. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2016; 9(3): 517-24.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita: Manual de bolso. Brasília, DF, 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília, DF, 2010.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes. Brasília, DF, 2013.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2015.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Nota informativa nº 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS. [Internet] Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-0062016-gabddahvsms>. Acessado em: 03 de janeiro de 2020.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Medida Provisória viabilizará compra de penicilina para combater sífilis [Internet]. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27000-mp-viabilizara-compra-de-penicilina-para-combater-sifilis>. Acessado em: 13 de março de 2020.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Sífilis 2017. Brasília, DF, 2017.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Brasília, DF, 2018.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF, 2021.
15. CAMPOS ALA, et al. Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2012; 34(9): 397-402.
16. CARDOSO ARP, et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2018; 23(2): 563-74.
17. CAZARIN KTL, MACIEL MED. Incidência de Sífilis Congênita no Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 2018; 18(10): 160-72.
18. CLEMENTE TS, et al. A importância do pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: Revisão bibliográfica. *Cadernos de graduação*, 2012; 1(1): 33-42.
19. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Brasil enfrenta aumento da incidência de sífilis em gestantes e bebês [Internet]. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=26667:2017-01-27-21-33-40. Acessado em: 13 de março de 2020.
20. DOMINGUES CSB, et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2021; 30(Esp.1): e2020597.
21. DOMINGUES RMSM, LEAL MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2016; 32(6): e00082415.
22. DOMINGUES RMSM, et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2014; 48(5): 766-74.
23. FERRARI RAP, et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. *Rev Bras Enferm*, 2014; 67(3): 354-59.
24. LAFETÁ KRG, et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol.*, 2016; 19(1): 63-74.
25. LORENZI DRSD, MADI JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2001; 23(10): 647-52.
26. NASCIMENTO MI, et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2012; 34(2): 56-62.
27. NUNES PC, et al. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 2021; 30(1): e2019371.
28. NONATO SM, et al. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015; 24(4): 681-94.
29. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4): 768-72.
30. SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e Sífilis Congênita. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf. Acessado em: 19 de março de 2021.
31. SARACENI V, LEAL MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(5): 1341-49.
32. SILVA HCH, et al. Incidência de Sífilis Congênita no Estado de Santa Catarina no ano de 2012. *Arq. Catarin Med*, 2017; 46(2): 15-25.
33. SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Departamento de Neonatologia. Aspectos epidemiológicos e preventivos da sífilis congênita. São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>. Acessado em: 12 de dezembro de 2018.
34. SONDA EC, et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *Rev Epidemiol Control Infect.*, 2013; 3(1): 28-30.