

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES BRASILEIRAS ENTRE 2016 E 2018

### *EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SYPHILIS IN BRAZILIAN PREGNANT WOMEN, BETWEEN 2016 AND 2018*

Isabella Rodrigues Estrela de Oliveira<sup>1</sup>  
Aristófares Guglielmo Farias Ribeiro<sup>2</sup>  
Renata Lívia Fonseca Moreira de Medeiros<sup>3</sup>  
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa<sup>4</sup>

**RESUMO: Objetivo:** esse estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional e momento do diagnóstico, faixa etária, escolaridade materna, classificação clínica e tratamento do parceiro de acordo com registros do SINAN no âmbito nacional no período que compreende de 2016 a 2018. **Metodologia:** foi realizado um estudo descritivo com enfoque analítico, documental, retrospectivo, quantitativo. A população será constituída de todos os casos de sífilis em gestantes notificados no SINAN no período de 2016 a 2018. A amostra é composta por todos os casos notificados em todo o país nesse período. **Discussão:** o número total de casos de sífilis na gestante foi ascendente entre os anos estudados. A maior parte dessas mulheres tem o diagnóstico no início da gestação (1º trimestre) e, em grande maioria, foram detectados durante o pré-natal determinando sua importância inquestionável. É alto o número de gestantes que só obtém seu diagnóstico na maternidade, o que significa que em alguns casos o pré-natal ainda tem falhas. No tocante a faixa etária e escolaridade foi observado que a maioria eram mulheres jovens (15-29 anos) e com baixo nível de escolaridade, o que se relaciona com ambientes socialmente desfavorecidos. Mais

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Bacharelado em Medicina da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB. email: isabellaestrela@gmail.com.

<sup>2</sup> Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC/AMB. Especialista em Epidemiologia pela UFG. Pós Graduado em Docência do Ensino Superior pela FSM-PB e em Medicina do Trabalho pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em Medicina do Trabalho pela ANAMT/AMB. Graduado em Medicina pela UFCG. Docente do curso de Medicina da FSM-PB e Perito Médico Federal.

<sup>3</sup> Doutora pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2013). Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas (2008). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2003). Docente da Faculdade Santa Maria.

<sup>4</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Mestre (2010) e Licenciatura (2009) em Enfermagem Pela Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira pela Faculdade Santa Emília de Rodat, João Pessoa - PB (2005). Docente dos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade Santa Maria - PB.

da metade das gestantes detectadas estão na fase primária ou latente, apesar da transmissão vertical ocorrer independente do estágio clínico, sabe-se que a transmissão é maior na fase primária ou secundária, culminando em infecção mais grave do feto. A maioria dos parceiros não recebe tratamento adequado, o que impede a quebra da cadeia de transmissão da doença. **Conclusão:** o número de casos notificados ainda permanece em ascensão, gerando, assim, uma discussão sobre algumas questões relacionadas à assistência prestada no pré-natal. Associam-se a investigação ineficiente e manejo inadequado, permitindo que se perca a oportunidade de diagnóstico e tratamento. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na aplicação de medidas corretas para o controle da transmissão sexual e vertical, diminuindo assim a morbidade em mulheres e homens e morbimortalidade em fetos e recém-nascidos. Proporcionar o esclarecimento sobre a doença, prevenção, transmissão e tratamento adequados, principalmente no período gestacional, diminuiria bastante o risco de transmissão, tanto sexual como vertical. Nesse contexto, o uso do preservativo representa uma importante forma de prevenção, por ser de baixo custo e fácil acesso.

**Palavras chave:** Epidemiologia; Sífilis; Sífilis Congênita; Sífilis na Gestante.

**ABSTRACT: Objective:** *this study aimed to describe the epidemiological profile of pregnant women with syphilis according to gestational age and the time of diagnosis, age range, maternal schooling, clinical classification and treatment of the partner according to SINAN records at the national level in the period from 2016 to 2018. Methodology:* *a descriptive study was carried out with an analytical, documentary, retrospective, quantitative approach. The population will consist of all cases of syphilis in pregnant women reported at SINAN in the period from 2016 to 2018. The sample is composed of all cases reported throughout the country in this period. Discussion:* *the total number of syphilis cases in the pregnant woman was ascending between the years studied. Most of these women are diagnosed at the beginning of pregnancy (1st trimester) and, in the majority, were detected during prenatal care, determining their unquestionable importance. The number of pregnant women who get their diagnosis at the maternity is high, which means that in some cases the prenatal care still having flaws. Regarding age group and schoolarity, it was observed that the majority were young women (15-29 years old) and with low level of schooling, which is related to socially disadvantaged environments. More than half of the pregnant women detected are in the primary or latent phase, although the vertical transmission occurs independently of the clinical stage, it is known that the transmission is greater in the primary or secondary phase, culminating in a more serious infection of the fetus. Most partners do not receive appropriated treatment, which prevents the breakdown of the disease transmission chain. Conclusion:* *the number of reported cases still remains on the rise, thus generating a discussion on some issues related to prenatal care. Inequitable research and inadequate management are associated, allowing the opportunity for diagnosis and treatment to be lost. Health professionals have a fundamental role in the application of correct measures for the control of sexual and vertical transmission, thus reducing morbidity in women and men and morbidity and mortality in fetuses and newborns. Providing clarification on the disease, prevention,*

*transmission and appropriate treatment, especially during the gestational period, would greatly reduce the risk of sexual and vertical transmission. In this context, the use of condoms represents an important form of prevention because it is low cost and easily accessible.*

**Keywords:** *Epidemiology; Syphilis; Congenital syphilis; Syphilis in the Pregnant Woman.*

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica que desafia há séculos a humanidade, acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). A OMS estima 1 milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes, preconiza a detecção e o tratamento oportunos destas, assim como de seus parceiros sexuais portadores da sífilis, considerando que a infecção pode ser transmitida ao feto, com graves implicações (BRASIL, 2015).

No período de janeiro de 2005 a junho de 2016, foram notificados no Sistema de Notificação e Agravos (SINAN) um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste. De 1998 a junho de 2016, foram notificados no SINAN 142.961 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, dos quais 64.398 (45,0%) eram residentes na região Sudeste, 44.054 (30,8%) no Nordeste, 14.300 (10,0%) no Sul, 11.846 (8,3%) no Norte e 8.363 (5,8%) no Centro-Oeste. O crescimento progressivo da notificação de casos, na rede de atenção pré-natal nos últimos anos, deveu-se provavelmente ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, o que favoreceu a expansão na cobertura de testagem das gestantes e recém-nascidos e acompanhamento dos casos. Apesar da ampla cobertura de diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente (FRANÇA *et al.*, 2015).

A doença é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, cuja transmissão se dá pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e a doença deve ser rastreada através do VDRL que deve ser feito em todas as gestantes. O tratamento é, no geral, realizado com penicilina e deve estender-se aos parceiros sexuais (OLIVEIRA, 2011).

Nesse contexto, a sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna (BRASIL, 2006).

Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Baseado em vários estudos, a taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 80 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Existe também a possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

É importante destacar que a prevenção da sífilis congênita é realizada durante a assistência pré-natal, conforme o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, através da identificação precoce das gestantes portadoras de sífilis e o seu pronto tratamento que são as principais medidas na prevenção da transmissão vertical. Devendo ser solicitadas sorologias não treponêmicas na primeira consulta de pré-natal, no primeiro e no terceiro trimestre (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

A sífilis é um importante agravo em saúde pública, pois além de ser infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se contrair a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *human immunodeficiency virus*), uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sifilíticas. A presença do *T. pallidum* no organismo também acelera a evolução da infecção pelo HIV para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS, do inglês *acquired immunodeficiency syndrome*). Além disso, a sífilis congênita é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal (BRASIL, 2016). Tendo em vista a magnitude da doença como um problema de saúde pública e sua elevada incidência no Brasil, é necessário a realização de pesquisas sobre a temática em todas as localidades para que

embasem a implementação de medidas de assistência à saúde eficientes, bem como a execução de políticas públicas mais eficazes (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

Seu diagnóstico pode ser feito por meio do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), bem como o FTA/ABS e teste rápido. O FTA/ABS é o método confirmatório para diagnóstico de sífilis, de modo que sua alta sensibilidade e especificidade já foram demonstradas em diversos estudos. O teste rápido para sífilis é um teste imunocromatográfico, treponêmico, de uso único para detecção de anticorpos específicos para o *T. pallidum* (CABRAL, 2017). O VDRL é um dos exames mais solicitados para confirmação diagnóstica da sífilis, podendo positivar a partir de uma a duas semanas após o aparecimento da lesão inicial, o cancro duro. É recomendada a solicitação de três amostras durante a gestação que devem ser feitas uma no primeiro trimestre, outra com 28-30 semanas de idade gestacional e a última durante a internação para a realização do parto. Em gestantes, contudo, deve-se valorizar qualquer teste positivo e procurar urgência médica para averiguar o caso. Ambos os testes não-treponêmicos são testes de flocculação quantitativos e seus títulos correlacionam-se com a atividade da doença (CHUFALO; MACIEL; ESPÍNDOLA; 2006).

No tratamento, tanto da sífilis adquirida em suas várias fases, como da sífilis congênita, o fármaco de escolha é a penicilina, apresentando absoluta superioridade. Seu mecanismo de ação impede que as enzimas catalisadoras da formação de precursores da parede celular exerçam suas funções, dessa forma não haverá restauração da parede, que será submetida continuamente à ação hidrolítica da lisozima produzida pelo organismo. A penicilina é, portanto, bactericida, desde que utilizada em doses e intervalos adequados (GUINSBURG; SANTOS; 2010).

A terapêutica da gestante com sífilis é feita com uso de penicilina no primeiro trimestre e habitualmente evita a infecção fetal, após passar dessa fase o conceito também deve ser tratado. Exclusivamente com a realização do esquema terapêutico adequado e completo é considerado treponemicida para o feto durante a gestação. O parceiro também precisa ser tratado, pois sua não adesão ao tratamento pode gerar a infecção. Existe a possibilidade de ocorrer falha terapêutica a partir de alguns fatores como o uso inadequado das doses de penicilina ou quando o tratamento é feito nas fases mais avançadas da gravidez, gerando alterações na

mãe que cursam com alterações farmacocinéticas do medicamento indicado (GUINSBURG; SANTOS; 2010).

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestante foi instituída pela Portaria nº 33, de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010. O fato de a sífilis congênita ser uma doença sentinela da qualidade da assistência a saúde e por ter altas taxas de incidência no país aponta para a existência de uma série de deficiências estruturais na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere à atenção materno-infantil (BRASIL, 2015).

Desta forma, é necessário avaliar os componentes para o enfrentamento dessa situação em nível. Dentro de um contexto de viabilidade técnica e financeira para a prevenção da sífilis congênita é imperativo reconhecer as principais dificuldades para a sua eliminação e, assim, estratégias serem formuladas. Tendo em vista o elevado custo para os serviços públicos, torna-se fácil compreender porque a relação custo/benefício da sua prevenção é tão favorável (OLIVEIRA, DANTAS, 2017).

Nesse contexto que exige maior especificidade na detecção dos casos de sífilis na gestante e sífilis congênita, os critérios específicos para compor a definição do caso foram alterados, revelando o amadurecimento das ações de vigilância frente a realidade de um novo contexto epidemiológico brasileiro. Avalia-se que essa modificação se torna efetiva para que ocorra maior vínculo entre a vigilância e a assistência como estratégia, tanto para o reconhecimento de sua relevância, bem como para o avanço das ações de intervenção e de controle da sífilis congênita no Brasil (BRASIL, 2006).

Um sistema de vigilância epidemiológica precisa responder a complexidade dos agravos que busca conhecer, desenvolvendo novas estratégias, que não sejam baseadas exclusivamente na notificação de casos já confirmados, como método de avaliar o cenário, destacando as vulnerabilidades e situações de risco (BRASIL, 2015).

Esse estudo epidemiológico tem sua relevância social pois visa a compreensão da importância do diagnóstico precoce da sífilis, principalmente

durante o pré-natal, através de testes sorológicos, com finalidade de rastrear e tratar adequadamente a doença, como forma de prevenir suas complicações mais graves, assim como de constatar a qualidade dos serviços de saúde prestados, na resolução desse agravo tão prevalente ainda em nosso meio. Considerando o impacto da sífilis congênita na assistência em saúde pública e a necessidade de seu controle, esse estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional e momento do diagnóstico, faixa etária, escolaridade materna, classificação clínica e tratamento do parceiro de acordo com registros do SINAN no âmbito nacional no período que compreende de 2016 a 2018.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo descritivo com enfoque analítico, documental, retrospectivo, quantitativo. A população será constituída de todos os casos de sífilis em gestantes notificados no SINAN no período de 2016 a 2018. A amostra é composta por todos os casos notificados em todo o país nesse período e disponíveis no SINAN.

As variáveis que foram investigadas são: idade gestacional, faixa etária e classificação clínica. Os dados foram coletados a partir do SINAN, criado pelo Ministério da Saúde para notificação dos casos de doenças e agravos definidos como de notificação compulsória que possam vir causar surtos epidemiológicos, com a finalidade de controlar e prevenir essas doenças.

Esse sistema é alimentado de acordo com os casos notificados diariamente pelos serviços de saúde em geral como: Estratégia de Saúde da Família (ESF), hospitais, maternidades, entre outros, e enviado para o estado semanalmente de acordo com as semanas epidemiológicas, para ser feita uma avaliação e, em seguida, ao Ministério da Saúde. Para análise dos dados, os mesmos foram organizados em planilha eletrônica do programa Microsoft Office Excel 2010 e Microsoft Word 2010.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a pesquisa realizada no sistema eletrônico do SINAN, obtiveram-se dados em relação aos casos de sífilis em gestantes entre 2016 e 2018. Em 2016 foram notificados 41.411 casos confirmados, em 2017 foram 53.830 e já em 2018 houveram 59.022 notificações. Em números absolutos é possível constatar o número crescente de notificações. Corroborando com diversos estudos em regiões do Brasil, como o estudo de Marques e colaboradores em Sobral/CE, que cita, dentre os principais motivos desse aumento, a ampliação do uso de testes rápidos em gestantes e uma mudança comportamental no que diz respeito a diminuição do uso de métodos contraceptivos, em especial dos preservativos. O aumento também pode sugerir que as medidas preventivas estão sendo ineficazes e suspeita-se que a quantidade de gestantes com essa infecção seja bem maior, em razão de subnotificação (MARQUES *et al.*, 2018).

A seguir, exposto na Tabela 1, tem-se a quantidade de casos de gestantes diagnosticadas com sífilis no país de acordo com o momento do diagnóstico e o ano de notificação, assim como o percentil de acordo com o total geral.

**Tabela 1:** casos de gestantes com sífilis segundo momento de realização do diagnóstico por ano pesquisado, 2016- 2018.

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS MATERNA	DE	2016		2017		2018	
		N	%	N	%	N	%
Ignorado/Branco		838	3,8	982	3,8	1.020	4,2
Durante o pré-natal		12.456	57,4	14.594	57,7	13.795	57,6
No momento do parto/curetagem	do	6.686	30,8	7.890	31,2	7.600	31,7
Após o parto		1.584	7,3	1.668	6,6	1.351	5,6
Não realizado		110	0,5	160	0,6	169	0,7
Total		21.674	100	25.294	100	23.935	100

**Fonte:** SINAN, 2016-2018.

**Tabela 2:** Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano pesquisado, 2016- 2018.

IDADE GESTACIONAL	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
1º trimestre	14.155	37,1	19.524	39,9	9.304	38,5
2º trimestre	10.969	28,8	13.747	28,1	6.266	25,9
3º trimestre	10.736	28,2	13.108	26,8	7.212	29,9
Ignorado	2.219	5,8	2.485	5,1	1.350	5,6
Total	38.079	100	46.379	100	24.132	100

**Fonte:** SINAN, 2016-2018.

O Ministério da Saúde preconiza que durante o pré-natal sejam realizados dois Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), sendo um no primeiro trimestre e outro no terceiro trimestre de gestação, além daquele realizado na entrada à maternidade, no momento do parto. Objetivando-se prevenir a sífilis congênita, é de suma importância a realização do pré-natal, de forma mais precoce possível, do diagnóstico e do tratamento da sífilis na gestante e do seu parceiro sexual (LIMA *et al.*, 2017). Como exposto na Tabela 1, o número de mulheres que são diagnosticadas durante o pré-natal é significativo, mostrando que o pré-natal está conseguindo captar uma grande parte de gestantes contaminadas, contudo ainda é alto o número de gestantes que só obtém seu diagnóstico na maternidade, o que significa que em alguns casos o pré-natal ainda tem falhas, que podem ser por diversos motivos. De acordo com um estudo realizado por Toldo e colaboradores (2018) os maiores problemas encontrados na realização do pré-natal são: anamnese inadequada, sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres), interpretação inadequada da sorologia para sífilis, falha no reconhecimento dos sinais de sífilis maternos, falta de tratamento do parceiro sexual e falha na comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica.

Segundo Cabral *et al.*, (2017), a assistência pré-natal que se estende a todas as grávidas é a maneira mais lógica de se eliminar a sífilis materna e suas consequências. A partir do momento no qual a gestante busca o serviço de Atenção Básica, para dar início às consultas de pré-natal, a mesma passa a ser de responsabilidade do município. Sendo, então, encarregado da realização dos exames laboratoriais e ultrassonográficos e, se necessário, o adequado tratamento.

Na tabela 2 é exposto que a maior parte da gestante é diagnosticada no primeiro trimestre de gravidez. Podemos interpretar essa realidade da seguinte forma, a maioria das gestantes descobre a sífilis no primeiro trimestre, em decorrência da realização das primeiras consultas de pré-natal e solicitação dos exames pelos quais são investigadas as IST's entre outras comorbidades. No entanto, um número alto de mulheres descobre a doença no segundo e terceiro trimestre o que demonstra que o pré-natal não está sendo eficaz no diagnóstico precoce de todas as gestantes acometidas pela doença. Entre outras causas pode-se mencionar: demora na realização do exame VDRL, teste rápido ou mesmo a adesão tardia ao pré-natal.

**Tabela 3:** casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2016 - 30/06/2018.

FAIXA ETÁRIA	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
10 a 14 anos	514	1,3	608	1,2	272	1,1
15 a 19 anos	9.903	26	12.724	26	6.200	25,5
20 a 29 anos	20.023	52,5	25.843	52,8	12.848	52,9
30 a 39 anos	6.957	18,2	8.830	18	4.471	18,4
40 anos ou mais	736	1,9	975	2	468	1,9
Ignorado	1	0	7	0	9	0

**Fonte:** SINAN, 2016-2018.

**Tabela 4:** casos de gestantes com sífilis segundo a escolaridade por ano de diagnóstico. Brasil, 2016 - 2018.

ESCOLARIDADE	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
Ignorado/Branco	11.766	28,4	14.156	26,2	15.910	26,9
Analfabeto	269	0,6	578	1,1	486	0,8
1ª a 4ª série incompleta do EF	2.050	4,9	2.291	4,2	2.439	4,1
4ª série completa do EF	1.550	3,7	1.853	3,4	1.784	3,0
5ª a 8ª série incompleta do EF	8.313	20,0	10.533	19,5	11.302	19,1
Ensino fundamental completo	3.984	9,6	5.363	9,9	8.857	15,0
Ensino médio incompleto	5.969	14,4	8.036	14,9	8.689	14,7
Ensino médio completo	6.619	15,9	9.934	18,4	11.073	18,7
Educação superior incompleta	491	1,1	794	1,4	832	1,4
Educação superior completa	379	0,9	572	1,1	629	1,0
Não se aplica	21	0,05	20	0,03	21	0,03
<b>Total</b>	<b>41.411</b>	<b>100</b>	<b>53.830</b>	<b>100</b>	<b>59.022</b>	<b>100</b>

**Fonte:** SINAN, 2016-2018.

Em relação à faixa etária, nos três anos que os dados foram analisados, notou-se que de uma forma geral, 52% das gestantes que foram notificadas em relação à sífilis apresentavam idade entre 20 e 29 anos. As mulheres jovens estão mais susceptíveis a adquirir a infecção, devido a maior atividade sexual. O comportamento sexual, como a falta de preservativos e múltiplos parceiros, pode aumentar a propensão a doenças sexualmente transmissíveis (IST) (ALVES; ROCHA, 2018).

Nessa conjuntura é possível destacar a quantidade significativa de gestantes jovens, com idade entre 10 e 19 anos, diagnosticadas com sífilis. Os números se tornam relevantes por afirmar que essa faixa etária de mulheres grávidas apresenta maior chance de pré-natal tardio, aumentando assim o risco de transmissão da doença para o feto, já que demoram mais tempo para serem diagnosticadas e tratadas, assim como observado em um estudo realizado por Marques e colaboradores (2018).

Conforme demonstrado na tabela 4, os casos são mais prevalentes nas mães que não possuem o ensino fundamental completo, o que corrobora com um estudo

realizado por Lima (2017), o qual relaciona que os indivíduos inseridos em ambientes socialmente desfavorecidos são mais acometidos pela sífilis, uma vez que os fatores sociais são mais acentuados, relacionando-se com uma deficiência em seu autocuidado e comprometimento do tratamento. Além desse, outros fatores podem contribuir, como a falta do tratamento do parceiro sexual da grande maioria das gestantes com sífilis, favorecendo a ocorrência de reinfecção e falhas na adequabilidade do tratamento em mulheres (LIMA *et al.*, 2017).

Se correlacionarmos a faixa etária mais prevalente e o nível de escolaridade, é possível inferir que a maioria dos casos a sífilis em gestantes ocorreu em mulheres jovens e com baixa escolaridade, semelhante ao estudo realizado por Guimarães *et al.*, o que sugere que essa população está mais exposta ao agravo e necessitam de programas de controle mais eficientes (GUIMARÃES, *et al* 2018).

Na Tabela 5 foram expostos os dados que foram alimentados no sistema acerca da classificação clínica nos anos que foram analisados.

**Tabela 5:** casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Brasil, 2016 - 2018.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
Sífilis Primária	12.332	29,7	15.591	28,9	16.375	27,7
Sífilis Secundária	2.366	5,7	2.857	5,3	3.037	5,1
Sífilis Terciária	4.412	10,6	5.799	10,7	5.901	9,9
Sífilis Latente	11.082	26,7	15.910	29,5	18.943	32,0
Ignorado	11.219	27,1	13.673	25,4	14.766	25,0
Total	41.411	100	53.830	100	59.022	100

**Fonte:** SINAN, 2016-2018.

É essencial a caracterização clínica da sífilis de maneira correta, pois é através dela que a terapêutica adequada é adotada. Nesse estudo evidenciou-se que era na fase de sífilis primária e latente que a maioria das gestantes eram diagnósticas, o que vem de encontro ao estudo realizado por Magalhães *et al.* (2018), no estado do Maranhão. Sabe-se que independente do estágio clínico da gestante a transmissão vertical pode ocorrer. Porém, a transmissão é maior quando a gestante está na fase primária ou secundária, pois quando mais recente a infecção, mais treponemas estarão na circulação, atuando de maneira mais grave no

feto. Em vista disso, é bastante relevante que o diagnóstico ocorra da forma mais precoce possível e o tratamento seja instituído imediatamente, visando reduzir a transmissão vertical e as possíveis complicações decorrentes da doença (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

**Tabela 6:** casos relacionados ao tratamento adequado do parceiro por ano pesquisado, 2016- 2018.

TRATAMENTO DO PARCEIRO	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
Ignorado/Branco	4.860	22,4	5.683	22,4	5.825	24,3
Sim	3.328	15,3	4.074	16,1	5.307	22,1
Não	13.486	62,2	15.537	61,4	12.803	53,4
Total	21.674	100	25.294	100	23.935	100

**Fonte:** SINAN, 2016-2018.

Em relação à adesão ao tratamento para sífilis pelo parceiro observado na tabela 6 é compreendido que mais da metade não foi submetido ao tratamento e outra grande parcela corresponde ao Ignorado/Branco, não garantindo assim que foram adequadamente tratados. É de suma relevância ressaltar que o não tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis, impede a quebra da cadeia de transmissão da doença, aumentando assim o risco de casos de sífilis congênita (CABRAL *et al.*, 2017).

Incluir o parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para a abordagem do problema e é determinante para a cura eficaz materna e, como consequência o fim da infecção. Uma vez que não adianta somente a gestante ser tratada e a mesma permanecer tendo relação sexual com o parceiro que não foi tratado, sem o uso do preservativo, essa gestante será reinfectedada e tratamento inadequado (MASCARENHAS; ARAÚJO; GRAMACHO, 2016).

## **CONCLUSÃO**

Os dados apontados por este estudo confirmam que a sífilis gestacional se encontra, ainda, fora de controle no Brasil, uma vez que o número de casos notificados ainda permanece em ascensão, gerando assim uma discussão sobre algumas questões relacionadas à assistência prestada no pré-natal. A ocorrência dos casos permanece associada a investigação ineficiente e manejo inadequado, permitindo que se perca a oportunidade de diagnóstico e consequente tratamento. Nesse contexto, o uso do preservativo representa uma importante forma de prevenção, por ser de baixo custo e fácil acesso, principalmente durante o tratamento e até o final da gestação, pois reduz o risco de reinfecção entre os casais, já que a via de transmissão principal é a relação sexual e na grande maioria dos casos os parceiros não realizam o tratamento.

É de suma relevância que profissionais da saúde, principalmente da atenção primária, incentivem os homens a realizarem exames preventivos, para diagnóstico de possíveis patologias prejudiciais à sua saúde, assim como de sua parceira. A despeito da pouca participação dos parceiros nas consultas de pré-natal, a unidade de saúde deve utilizar estratégias que facilitem seu comparecimento ao serviço, como flexibilidade nos horários de atendimento e/ ou encaminhamento para unidades mais próximas de seu local de trabalho.

A detecção e o tratamento da sífilis na gestante representam importantes medidas de saúde pública, essenciais para o controle e prevenção da sífilis gestacional e sífilis congênita. Os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm um papel fundamental na aplicação de medidas corretas para o controle da transmissão sexual e vertical da sífilis, implicando, assim, em diminuição da morbidade em mulheres e homens e morbimortalidade em fetos e recém-nascidos.

Portanto, é necessária a efetivação contínua de políticas públicas mais significativas com amplo espectro de atuação, com ações que perpassam desde a complexidade de atingir o diagnóstico e tratamento precoce da quase totalidade dos casos de sífilis, até ações mais simples, mas que ocasionam um grande impacto, se

realizada de forma ininterrupta e eficiente. Dentre estas medidas mais elementares, podemos destacar a capacitação dos profissionais de saúde para ações educativas e a inclusão da população masculina. Proporcionando assim o esclarecimento sobre a doença, prevenção, transmissão e tratamento adequados, principalmente no período gestacional, evitando assim a transmissão vertical e infecção fetal. A educação em saúde também pode contribuir no incentivo à proteção das mulheres durante toda a sua vida, por meio da utilização de preservativos em suas relações sexuais, mesmo em relações estáveis e, sobretudo, quando apresentam múltiplos parceiros.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.T.M.S.; ROCHA, T.C. **Perfil clínico epidemiológico da sífilis congênita em maternidade referência de Sergipe, Brasil**. 33 f. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2018.

AVALLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Educação Médica Continuada. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis em 2015**, ano IV nº 01. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol 47 nº 35, Brasília. 2016.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Manual de Bolso. Coleção DST. AIDS - Série Manuais 24. Brasília - DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Caderno de Atenção Básica - nº 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF, 2006.

\_\_\_\_\_. **Manual Técnico Para Diagnóstico Da Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, Brasília - DF, 2016.

CABRAL, B. T. V. *ET AL*. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. **Revista Ciência Plural**. V.3, n.3, p.32-33, 2017.

CHUFALO, J.E.; MACIEL, A. C. G.; ESPÍNDOLA, L. N. Sífilis Congênita. **Femina**. Ribeirão Preto - São Paulo, vol. 34, n. 10., outubro 2006.



FRANÇA, I.S.X. *et al.* Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. **Rev Rene**. V.16, n.3, p.374-81, 2015.

GUIMARÃES, T. A. *et al.* Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arq. Ciênc. Saúde**. V. 25, n.2, p.24-30, 2018.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A.M.N. **Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita**. Documento Científico - Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2010.

LIMA, V.C. *Et al.* Perfil Epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **J Health Biol Sci**. V.5, n.1, p.46-61, 2017.

LORENZI, D.R.S.; FIAMINGHI, L.C.; ARTICO, G.R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina**. Caxias do Sul - RS, vol. 37, n 2., 2009.

MAGALHÃES, D.M.S; *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**. V.22, sup1, p. S43-S54, 2011.

MARQUES, J.V.S. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. **SANARE**, Sobral, v.17, n.02, p.13-20, Jul./Dez., 2018.

MASCARENHAS, L.E.F.; ARAÚJO, M.S.S.; GRAMACHO, R.C.C.V. **Desafios no tratamento da sífilis gestacional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016.

OLIVEIRA, M. Rede cegonha: cuidado que começa no pré-natal. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, ano 12, n. 30, p.35-38, set./dez. 2011.

OLIVEIRA, C.M.S.; DANTAS, S.M.M. (Orient.). **Proposta de implantação do ambulatório de sífilis congênita na cidade de Arcoverde-PE**. 2017. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose - Educação a Distância) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

TOLDO, M.K.S; MENEGAZZO, L.S.; SOUTO, A. S. A recrudescência da sífilis congênita. **Arq. Catarin Med**. V.47, n.1, p.02-10, jan-mar. 2018.