

Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita notificadas no município de Palhoça, Santa Catarina, entre 2014 - 2019.

Epidemiological profile of congenital and gestational syphilis in the city of Palhoça, Santa Catarina, between 2014 - 2019.

Allisson Bernardi Machado¹; Maili da Silva Ritta²; Natália Barbosa³; Raphaella Tambosetti Dias^{4*}; Franciele Cascaes da Silva⁵; Jacqueline Fernandes Nascimento⁶; Juliana Aguiar⁷, Márcia Regina Kretzer⁸.

¹Estudante de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca. Palhoça/Santa Catarina/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8025-2173>.

²Estudante de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca. Palhoça/Santa Catarina/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4340-9757>.

³Estudante de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca. Palhoça/Santa Catarina/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1506-3963>.

⁴Estudante de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca. Palhoça/Santa Catarina/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1592-6669>.

⁵Professora de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca. Palhoça/Santa Catarina/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4444-9403>.

⁶ Estudante de Medicina na Universidade Iguazu – UNIG. <https://orcid.org/0000-0003-1847-3829>

⁷ Estudante de Medicina na Universidade Iguazu – UNIG

⁸Professora de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca. Palhoça/Santa Catarina/Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3649-9291>.

*Autor Correspondente: Raphaella Tambosetti Dias. diasrapha@outlook.com

Resumo:

Introdução: A sífilis gestacional e congênita destacam-se pelo impacto crescente observado na população mundial e brasileira e as variações regionais de incidência e evolução dos casos refletem a influência e eficácia da intervenção do sistema de saúde. **Objetivo:** Analisar o perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Palhoça. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal com dados do Sistema de Agravos de Notificação do município de Palhoça, 2014-2019. Análise descritiva pelo SPSS. Aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram notificados 370 casos de sífilis gestacional, 83,5% da raça branca, 98,0% residentes em área urbana, 51,5% com baixo nível escolar, 53,2% classificados como sífilis primária. Durante o pré-natal, 93,9% dos testes não treponêmicos e 78,8% dos treponêmicos realizados foram reagentes. Para 93,1% das gestantes, a Penicilina G benzatina foi o tratamento escolhido. Sobre os parceiros, 63,5% foram tratados concomitantemente à gestante e 68,8% utilizaram Penicilina G benzatina. Em 27,7% deles, o tratamento não foi realizado. Em relação à Sífilis Congênita, foram notificados 180 casos, 83,7% de raça branca, 62,3% com baixo nível de escolaridade. Em 83,7% dos casos a mãe realizou o pré-natal e 70,1% obtiveram o diagnóstico neste período. Durante o parto/curetagem, 95,5% dos testes não treponêmicos e 86,8% dos treponêmicos realizados foram reagentes. Apenas 5,2% das mães receberam tratamento adequado. Sobre os parceiros, 75,9% não foram tratados concomitantemente à gestante. **Conclusão:** Os resultados ratificam a fragilidade dos serviços de saúde quanto ao controle da sífilis gestacional e congênita. Análise por SPSS. Aprovada pelo Comitê de Ética.

Palavras-chave: Sífilis; Gestante; Sífilis Congênita; Perfil Epidemiológico.

Abstract:

Introduction: Gestational and congenital syphilis stand out due to the increasing impact observed in the world and Brazilian population, and regional variations in incidence and evolution of cases reflect the influence and effectiveness of health system intervention. **Objective:** To analyze the profile of gestational and congenital syphilis in the municipality of Palhoça. **Materials and Methods:** Cross-sectional study with data from the Sistema de Agravos de Notificação do município de Palhoça, 2014-2019. Descriptive analysis by SPSS. Approved by the Research Ethics Committee. **Results:** 370 cases of gestational syphilis were reported, 83.5% white, 98.0% living in urban areas, 51.5% with low educational level, 53.2% classified as primary syphilis. During prenatal care, 93.9% of the non-treponemal tests and 78.8% of the treponemal tests performed were reagent. For 93.1% of pregnant women, benzathine penicillin G was the treatment of choice. Regarding partners, 63.5% were treated concomitantly with the pregnant woman and 68.8% used benzathine Penicillin G. In 27.7% of them, the treatment was not carried out. Regarding Congenital Syphilis, 180 cases were reported, 83.7% were white, 62.3% with low schooling level. In 83.7% of the cases the mother had prenatal care and 70.1% were diagnosed during this period. During delivery/cure, 95.5% of the non-treponemal tests and 86.8% of the treponemal tests performed were reagent. Only 5.2% of the mothers received adequate treatment. Regarding partners, 75.9% were not treated concomitantly with the pregnant woman. **Conclusion:** The results confirm the fragility of the health services regarding the control of gestational and congenital syphilis. Analysis by SPSS. Approved by Ethical Committee.

Keywords: Syphilis; Pregnant Women; Congenital Syphilis; Epidemiological Profile.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) representam uma parcela significativa dos problemas de saúde pública a nível mundial e nacional, causando danos diretos à saúde reprodutiva e infantil¹. Nesse contexto, a sífilis gestacional (SG) e congênita (SC) destacam-se pelo impacto crescente observado na população, graças ao aumento do número de casos detectados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)².

Segundo o Boletim Epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde (2019), no período de 2005 a junho de 2019, foram notificados no Brasil 324.321 casos de SG, dos quais 45,0% eram residentes na Região Sudeste, 21,0% na Região Nordeste e 14,7% na Região Sul. De 2017 para 2018 ocorreu aumento no número de notificações em todas as regiões, o que pode ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de casos, que passou a considerar a notificação durante o pré-natal, parto e puerpério a partir de outubro de 2017².

No Brasil, a idade gestacional de detecção de SG em 2018, apresentou maior proporção no primeiro trimestre de gestação (39,0%). Em relação aos critérios de faixa etária, escolaridade e cor/raça, de 2005 a 2018, 52,5% das gestantes diagnosticadas com sífilis compreenderam a faixa etária de 20 a 29 anos, 51,5% das mulheres não tinham ensino médio completo, sendo a maioria das gestantes pardas (50,8%). Em 2018, a maior parte do tratamento realizado no país, foi com prescrição de Penicilina benzatina (89,6%), pelo menos uma dose².

Quanto à SC, é a segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo, perdendo apenas para a malária. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, havia mais de meio milhão de casos, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais¹. De acordo com o boletim epidemiológico da sífilis (2019) do Ministério da Saúde, de 1998 a junho de 2019 foram notificados 214.891 casos de SC em menores de um ano de idade no Brasil, dos quais 44,4% eram residentes da Região Sudeste, 30,2% no Nordeste e 11,3% no sul. De 2017 para 2018 houve aumento de 5,2% no número de casos notificados e o maior incremento ocorreu na Região Nordeste (13,3%). No Brasil, em geral, nos últimos dez anos e em especial a partir de 2010, houve um aumento progressivo na taxa de incidência de SC, 2,0 casos/1.000 nascidos vivos em 2008 para 9,0 casos/1.000 nascidos vivos em 2018. Na região Sul, em 2018 a taxa apresentou-se similar, 8,9 casos/1.000 nascidos vivos. Nos últimos dez anos, no Brasil, o Coeficiente de Mortalidade Infantil por Sífilis passou de 1,9/100.000 nascidos vivos em 2008 para 8,2 /100.000 nascidos vivos em 2018. O menor coeficiente de mortalidade entre as regiões brasileiras foi o do Sul do país (5,3%)².

Idade, raça/cor e escolaridade maternas dos casos de SC notificados pelo SINAN apresentaram-se como fatores de risco. Os maiores percentuais no Brasil, em 2018, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,6%), autodeclaradas pardas (58,4%), e 5ª a 8ª séries escolares incompletas (22,2%), seguidas daquelas nas faixas de 15 a 19 anos e brancas (23,4%). No que diz respeito ao pré-natal, em 2018, 81,8% das mães de crianças com SC fizeram o pré-natal e 57,6% tiveram seu diagnóstico durante esse período².

É nesse contexto que as políticas e programas de saúde se apresentam essenciais para o monitoramento, controle e acompanhamento da gestante e do recém-nascido. Em 2016, a OMS adotou a Estratégia Mundial do Setor Saúde contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (2016-2021) com o intuito de propor uma rápida expansão das intervenções e serviços baseados em evidências para acabar com as IST como problema de saúde pública até 2030¹. Em relação ao controle da sífilis congênita e gestacional, foram adotadas no Brasil estratégias voltadas para essa resolução. O diagnóstico precoce das ISTs é realizado com o teste rápido para detecção de sífilis. Os resultados reagentes devem ser encaminhados para exames complementares, para início do acompanhamento médico³.

Frente ao cenário epidemiológico da tendência de aumento na incidência de casos de SG e SC na realidade brasileira, faz-se necessário realizar pesquisas para ampliar o conhecimento sobre o perfil

dos casos notificados nos municípios para que os gestores e profissionais de saúde possam realizar um melhor monitoramento desta situação, assim como definir estratégias de intervenção em seus territórios de atuação. Desta forma, o estudo tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico da Sífilis Gestacional e Congênita no município de Palhoça, Santa Catarina, entre 2014-2019.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal realizado com dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do município de Palhoça, utilizando as fichas de notificação e investigação de SC e SG. Em 2017, através da nota informativa nº2, foi atualizada a definição de caso pelo departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, que determina a notificação em três situações: 1) Mulher assintomática para sífilis que durante o pré-natal ou puerpério apresente ao menos um teste reagente, seja treponêmico e/ou não treponêmico, e não tenha registro de tratamento; 2) Mulher sintomática que durante o pré-natal ou puerpério apresente testes reagentes, sob qualquer titulação; 3) Mulher que apresente teste não-treponêmico não reagente e teste treponêmico reagente, independente do quadro clínico e da realização prévia de tratamento⁴.

Foram analisadas as notificações por infecções de SG e SC no período entre 2014 e 2019 no município de Palhoça. O estudo foi realizado com as informações do banco de dados da Pesquisa “Perfil epidemiológico de Infecções Sexualmente Transmissíveis notificadas no município de Palhoça no período de 2014 a 2019”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, CAAE nº 18390419.2.0000.5369.

A escolha das variáveis utilizadas foi norteada tanto por características individuais das gestantes, quanto em relação ao diagnóstico e tratamento. As variáveis incluem idade, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, antecedentes da infecção e se o tratamento foi realizado. Além disso, foram avaliados a realização do pré-natal na gestação e o diagnóstico de sífilis materna. Também foram registrados os dados clínicos e laboratoriais dos resultados dos exames: teste não-treponêmico; teste treponêmico; classificação clínica; parceiro tratado concomitante a gestante; esquema de tratamento realizado; data do início do tratamento e classificação campo interno. Na SC, também foram avaliados o diagnóstico radiológico da criança com Alteração no Exame de Ossos Longos e evolução dos casos.

O esquema de tratamento materno é considerado inadequado quando realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou ausência de documentação de tratamento anterior; ou ausência de queda dos títulos (sorologia não-treponêmica) após tratamento adequado; ou

parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Os dados foram tabulados utilizando o software Windows Excel, e posteriormente analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Version 18.0. [Computer program]*. Chicago: SPSS Inc; 2009. Os dados qualitativos foram apresentados na forma de frequências (simples e relativa) e os dados quantitativos em medidas de tendência central (média ou mediana) e suas respectivas medidas de variabilidade/dispersão (Amplitude [máximo e mínimo] e desvio padrão).

RESULTADOS

No período entre 2010-2019 foram notificados no município de Palhoça 370 casos de SG, a maioria da raça branca (83,5%) e residente em área urbana (98,0%). Em relação à escolaridade (n=262), 51,5% apresentou baixo nível (até ensino fundamental completo), com apenas 3,1% com ensino superior completo.

Quanto à classificação clínica (Tabela 1), 53,2% dos casos foram classificados como sífilis primária (n=157/295) e 32,9% como sífilis latente. Durante o pré-natal, 93,9% dos testes não treponêmicos foram reagentes. Já 78,8% dos testes treponêmicos realizados foram reagentes. Em 93,1% das gestantes a Penicilina G benzatina foi o tratamento de escolha. Destaca-se que em 6,6% não foi realizado tratamento. Com relação ao tratamento dos parceiros, 68,8% utilizaram a Penicilina G benzatina e 27,7% não realizaram tratamento. Entre os parceiros, 63,5% foram tratados concomitantemente com a gestante.

Em relação à SC, entre 2010-2019 foram notificados 180 casos no município de Palhoça, a maioria de mães da raça branca (83,7%). Em relação à escolaridade (n=170), 62,3% apresentou baixo nível (até ensino fundamental completo), com apenas 2,4% com ensino superior completo.

Em 83,7% dos casos a mãe realizou o pré-natal na gestação, 70,1% obtiveram o diagnóstico de sífilis durante esse período e 27,7% tiveram o diagnóstico no momento do parto/curetagem. Durante o parto/curetagem, 95,5% dos testes não treponêmicos realizados foram reagentes. Já 86,8% dos testes treponêmicos realizados foram reagentes (Tabela 2). Em 61,5% dos casos as mães foram tratadas de forma inadequada e em 33,3% dos casos não foi tratada. Destaca-se que apenas 5,2% receberam o esquema de tratamento adequado. Com relação aos parceiros das mães, 75,9% não foram tratados concomitantemente à gestante.

Quanto ao método diagnóstico realizado, 79,8% dos testes não treponêmicos em sangue foram reagentes. O diagnóstico radiológico da criança com Alteração no Exame de Ossos Longos foi positivo em 5,7%. Em relação à evolução dos casos, 92,7% dos recém-nascidos acometidos evoluíram com vida. A SC recente foi o diagnóstico final em 88,7% das crianças, 3,9% aborto e 2,8% natimorto.

DISCUSSÃO

Dentre os casos notificados de SG no município de Palhoça, mais da metade (53,2%) foi classificada como sífilis primária, o que significa que a doença foi detectada em seu primeiro estágio. Estudo com dados das notificações de SG e SC, realizado por Padovani et al; (2018), corrobora este resultado, com prevalência de 61,1% de sífilis diagnosticada no estágio primário⁵. Estudo realizado por Conceição et al; (2019) com dados do SINAN no período de 2013 a 2017, identificou prevalência de 71,1% de diagnóstico na fase primária⁶.

Em contrapartida, os dados do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), referentes ao estado de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, respectivamente, a partir dos anos de 2017, 2016 e 2019, convergem na demonstração de que o diagnóstico de sífilis latente superou o de sífilis primária, dado que permanece como majoritário no quesito da classificação clínica por ano de diagnóstico de SG, nos anos subsequentes até junho de 2020. Dados semelhantes são encontrados em relação às estatísticas nacionais, as quais referem a mesma mudança a partir do ano de 2017⁷. Estes resultados poderiam ser explicados em virtude de a procura pelo atendimento ser mais usual quando as lesões estão ativas, o que caracteriza a fase da sífilis primária. No entanto, o fato de as gestantes passarem por rastreamento obrigatório durante o pré-natal, aliado à prevalência fisiopatológica da fase latente da doença, favorece a ideia da ocorrência de erros no preenchimento das fichas de notificação, bem como a possibilidade de desconhecimento dos profissionais de saúde em diferenciar as fases da patologia em questão. Entretanto, de acordo com os dados divergentes obtidos pelo DCCI acredita-se que, por serem mais atualizados em relação aos observados nos estudos, demonstrem a efetividade do crescente número de capacitações desenvolvidas nas Unidades de Saúde, referentes tanto à demonstração da importância de realizar o preenchimento das notificações de forma correta, quanto de diagnosticar a sífilis no estágio patológico em que a mesma se encontra.

Em relação a realização de teste não treponêmico no pré-natal em Palhoça, 93,9% das gestantes foram reagentes e 4,7% não foram realizados. Já referente ao teste treponêmico no pré-natal, 78,8% foram reagentes e 17,8% não foram realizados. Dessa forma, políticas públicas tornam-se fundamentais para identificação e tratamento em tempo hábil. Estudo similar realizado entre 2008 e 2010 em Fortaleza traz resultados distintos uma vez que 84,6% das gestantes realizaram teste não treponêmico e destas 56,1% foram reagentes, já o teste treponêmico no pré-natal foi realizado em 16,5% das gestantes os quais 93,1% reagente⁸. Conceição et al traz uma análise epidemiológica do ano de 2019 com resultados que vão de encontro ao estudo, uma vez que 45,6% das gestantes foram reagentes no teste treponêmico no pré-natal e 36,2% não foram realizados. Em relação ao teste não treponêmico, 79,9% foram reagentes e 6,0% não foram realizados⁶.

Os resultados desses estudos apontam para a magnitude do problema da Sífilis e para atenção que as políticas públicas devem tomar em relação a realização de testes rápidos e um pré-natal de qualidade e eficaz, já que a prevenção consiste no manejo adequado da infecção na gestante e no recém-nascido. A SC é um agravo 100% evitável desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam aplicadas oportunamente. A cobertura do pré-natal e baixa escolaridade e renda, o que engloba uma série de fatores limitantes no processo saúde-doença, são fatores de risco que tornam essa população vulnerável.

Entre as pacientes com SG no município de Palhoça, 93,1% realizaram tratamento com Penicilina G benzatina. Estudo de coorte histórica realizado em Belo Horizonte (MG), por Nonato et al, de 2010 a 2013 corrobora com este resultado, sendo que mais de dois terços das gestantes (71,4%)

receberam pelo menos uma dose de Penicilina G benzatina⁹. Similar a esse resultado, Cardoso et al, no estudo transversal que analisou as fichas de notificação de gestantes com sífilis no período de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, 85,8% das gestantes realizaram tratamento com Penicilina G benzatina, sendo que 62,9% delas, realizou o esquema de 7.200.000 UI⁸. Esses resultados que demonstraram uma boa porcentagem das gestantes tratadas com Penicilina G benzatina podem ser explicados pela boa execução do pré-natal, com protocolos assistenciais bem estabelecidos¹⁰. Em 2015, o Ministério da Saúde orientou que a Penicilina G benzatina fosse utilizada exclusivamente para gestantes com sífilis, devido ao desabastecimento de penicilina no Brasil registrado pelo Ministério da Saúde em junho de 2014¹¹. Em relação aos locais que apresentaram maiores taxas de não tratamento, pode-se observar a dificuldade em realizar os testes diagnósticos para sífilis e certa limitação no acesso ao tratamento da doença na atenção primária, o que reflete em não tratamento¹². Outro agravante é a recusa dos profissionais da atenção primária em administrar o medicamento, devido aos efeitos adversos, como reações anafiláticas, e recursos limitados para atender os eventos mais graves¹³.

Entre as gestantes notificadas com sífilis em Palhoça, identificou-se que 62,3% dos parceiros realizaram o tratamento com Penicilina G benzatina e 27,7% não realizaram tratamento algum. Estudo realizado por Jesus et al com dados do SINAN de SG em um município do noroeste paulista entre 2015-2017, obteve resultados similares ao encontrado no município de Palhoça, 33,3% dos parceiros foram ignorados ou não tratados¹⁴. D'Oliveira, em estudo com os dados do SINAN de SG no estado de São Paulo entre 2007-2017, encontrou maior proporção de tratamento do parceiro (91,7%)¹⁵. Bottura et al, em análise do SINAN de SC e SG no Brasil e no estado de São Paulo entre 2007-2016, identificaram que 63,6% dos parceiros brasileiros não foram tratados¹⁶. Padovani et al; (2018) em estudo realizado em Maringá, Paraná, também diverge do resultado do atual estudo, 64,0% dos parceiros não receberam tratamento, e destes, em 15,9% dos casos o motivo foi a perda de contato entre parceiro e gestante, em 5,5% o parceiro não foi comunicado/convocado e em 8,1% foi comunicado/convocado, mas não compareceu⁵. Já para Cavalcante em Palmas, Tocantins, 84,8% dos parceiros não foram tratados¹⁷. Os resultados observados no atual estudo podem estar relacionados à efetividade da atenção primária do município de Palhoça em relação a contactar os parceiros das gestantes infectadas e incentivar a adesão ao tratamento.

A SC ocorre quando a gestante infectada e não diagnosticada, não tratada ou inadequadamente tratada durante o pré-natal, transmite a sífilis para o feto por via transplacentária. Entre as mães de crianças com SC do município de Palhoça, 83,7% realizaram pré-natal na gestação, com 70,1% dos casos de SG diagnosticados nesse período e 27,7% no momento do parto/curetagem. Estudo realizado por Cardoso et al em Fortaleza, Ceará, corrobora com os resultados. Dos casos notificados entre 2008 e 2010, 84,6% das gestantes realizaram pré-natal e 75,4% foram diagnosticadas no pré-natal⁸. Pesquisa realizada por Saraceni et al com dados do SINAN de SC e SG nos estados brasileiros do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul e no Distrito Federal, identificou que a maior parte das mulheres com sífilis realizou pré-natal, variando entre 67,3% nas

amazonenses a 83,3% nas residentes no Distrito Federal. Entre essas, 31,5% (Amazonas) e 51,6% (Distrito Federal) foram diagnosticadas durante esse período, evidenciando provável falha no diagnóstico e tratamento materno para a prevenção da SC¹⁸. Em estudo realizado por Guimarães et al, no Maranhão, apenas 28,7% das mães obtiveram diagnóstico durante o pré-natal e 52,6% no momento do parto¹⁹. Os resultados do atual estudo indicam que o acesso ao pré-natal no município de Palhoça é adequado, entretanto, 27,7% foram diagnosticadas apenas no momento do parto, o que demonstra a necessidade de ampliar a busca ativa por casos de SG.

O diagnóstico de SC possui maior complexidade quando comparado ao de sífilis materna, já que mais da metade dos recém-nascidos infectados apresentam-se assintomáticos ou com poucos sintomas/ sintomas inespecíficos ao nascimento, além de requererem exames mais onerosos para diagnóstico. A SC pode ser classificada em recente, quando o diagnóstico é realizado até 2 anos de idade e tardia, com diagnóstico depois do segundo ano de vida²⁰. Em Palhoça, 88,7% dos diagnosticados foram classificados como SC recente. Muitos estudos corroboram com o resultado obtido. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013, 92,0% dos casos foram classificados como SC recente²¹. Estudos de Amâncio et al e Souza, realizados no estado de Goiás, identificaram 89,0% e 96,7% de casos de SC recentes, respectivamente^{22,23}. No estudo ecológico de Galatoire, em 2012, com dados do SINASC e SINAN dos estados brasileiros, a SC recente representou 78,4% casos²⁴. Esses dados demonstram a semelhança com o resultado obtido no município da Palhoça. A sífilis congênita é uma doença grave, podendo provocar mortes e sequelas nos bebês. Por isso o pré-natal é muito importante, possibilitando tratamento em diagnóstico inicial e controle da doença de forma efetiva ainda na gestação, sendo a baixa taxa de adesão ao pré-natal um indicador de risco, para a gestante e para o recém-nascido²⁵. Além disso, também podem ocorrer falhas na realização do diagnóstico precoce de SC nas maternidades ou nas primeiras consultas de puericultura, que seriam responsáveis por diagnosticar a fase precoce da doença, podendo levar ao diagnóstico quando já está na fase tardia²⁶.

Entre as mães de crianças com SC, 61,5% dos casos foram tratados de forma inadequada e em 33,3% dos casos não foram tratadas, apenas 5,2% receberam o esquema de tratamento adequado. Segundo o Ministério da Saúde no boletim epidemiológico de 2019, 53% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, 27,2% não receberam tratamento, 14,0% dos casos foram ignorados e apenas 5,8% receberam a terapêutica adequada². Em um estudo retrospectivo transversal realizado por Padovani et al; (2018) na região sul do Brasil, o tratamento das gestantes com sífilis foi considerado inadequado ou não realizado em 53,7% das ocorrências e 46,3% considerado adequado, o que evidencia uma taxa de tratamento superior à média nacional, porém número ainda insuficiente para eliminação da SC, que é considerado necessário uma cobertura de pelo menos 95,0% para eliminação⁵. É importante evidenciar que a maioria das gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente podem transmitir a infecção para seus filhos, podendo causar morte fetal, morte neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita²⁷. Os resultados do município de

Palhoça demonstram a necessidade de ampliar a cobertura de tratamento nas gestantes e seus parceiros.

O tratamento do parceiro concomitante à gestante é indispensável na resolução do contágio e prevenção de reinfecção. O impacto que sua ausência causa, tanto na gestante quanto na criança, é considerável, visto que se o parceiro não for tratado e a gestante se reinfetar, é necessária a administração de dez (10) doses de penicilina cristalina endovenosa juntamente com a realização de radiografia de ossos longos, ambos tratamentos agressivos, protocolados pelo Ministério da Saúde para o recém-nascido de gestante contaminada, o que poderia ser evitado com o tratamento de seu parceiro²⁸. Em Palhoça, na avaliação da ficha de notificação da SC, 75,9% dos parceiros de gestantes diagnosticadas com sífilis não receberam qualquer tipo de tratamento concomitante, o que sugere a necessidade de ampliar a adesão de gestantes e seus parceiros ao pré-natal pelas unidades de saúde do município. Em estudo realizado por Trevisan et al no município de Francisco Beltrão, Paraná, 38,5% dos parceiros não receberam tratamento²⁹. Em paralelo, Padovani traz dados próximos aos do município de Palhoça, demonstrando que em 64,0% dos casos notificados de SC no município de Maringá, no estado do Paraná, o tratamento concomitante dos parceiros não foi realizado, sendo o motivo mais citado a falta de contato da gestante com o parceiro⁵. Cunha, embora tenha encontrado números menores em relação ao não tratamento dos parceiros na cidade de Criciúma, no estado de Santa Catarina (30,4%), observa que o motivo mais frequente pelo qual o tratamento não ocorreu foi novamente a falta de contato da gestante com o parceiro³⁰.

É importante destacar a escassez de dados referentes à variável tratamento do parceiro da gestante diagnosticada com sífilis, visto que os mesmos não foram encontrados tanto no Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019, publicado pelo Ministério da Saúde, quanto no DCCI, tendo em vista o impacto que o não tratamento dos parceiros traz à saúde da mulher e da criança³¹.

É válido ressaltar que o avanço da sífilis é observado em inúmeros grupos, e não somente em gestantes e em sua forma congênita. Estudos populacionais trazem aumento da prevalência de notificações de sífilis. A ficha de notificação de sífilis adquirida infelizmente não permite traçar um perfil mais completo do indivíduo, já que traz informações do perfil sociodemográfico simples sem detalhamento da sexualidade ou da privação de liberdade. Dessa forma, é considerável estudar e trazer olhares ao problema da sífilis em amplas esferas, principalmente no que é relativo à SC, um tipo de agravo evitável a partir da atenção adequada ao tratamento das gestantes, considerada agravo de notificação compulsória desde 14 de julho de 2005 através da Portaria nº33, conquistada devido a importância do diagnóstico e tratamento adequado e precoce, que acarreta em melhoria no acompanhamento e planejamento de políticas públicas de saúde^{32,33}.

Estudos com dados de notificação da SC e SG apresentam limitações relacionadas ao processo de subnotificação e preenchimento inadequado dos casos pelos profissionais da saúde, assim como possíveis dificuldades relacionadas à classificação da forma clínica. Entretanto, destaca-se a

importância de aprofundar o conhecimento do perfil dos casos notificados para a melhor qualificação da atenção primária à saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que no Município de Palhoça o perfil sociodemográfico das gestantes indica que a sífilis gestacional predomina na população branca, urbana e com baixo nível de escolaridade. A maioria das gestantes foi classificada como sífilis primária, com a realização de teste treponêmico reagente e tratamento com Penicilina G benzatina, resultados que vão de encontro com a maioria dos outros estudos.

Em relação à sífilis congênita, o perfil sociodemográfico das gestantes indica que a maioria das mães é de raça branca e de baixo nível de escolaridade. Na sua maioria realizou o pré-natal e foram diagnosticadas com sífilis nesse período. O esquema de tratamento foi considerado inadequado e apenas uma pequena parcela recebeu tratamento adequado. Outro agravante para essa situação foi o não tratamento concomitante do parceiro, fator esse que indica ineficiência no controle da transmissão da doença. Em relação à evolução dos casos, a maioria dos recém-nascidos evoluíram com vida e receberam o diagnóstico de sífilis congênita recente.

A evidência dos indicadores e dos resultados obtidos levam à ratificação da fragilidade dos serviços de saúde quanto ao controle da SC. Dessa forma, a importância dos registros referentes ao acompanhamento da gestante deve ser considerada. Assim, as informações devem ser precisas e registradas na sua integridade com zelo, uma vez que são dados que além de alimentar o sistema de informação geram indicadores para avaliação de políticas públicas³⁴.

Referências bibliográficas

- 1- Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Novas estimativas sobre sífilis congênita*; 2019. [Online] Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812#:~:text=28%20de%20fevereiro%20de%202019,mil%20natis%20mortes%20natis.
- 2- Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Sífilis, n. especial, p. 24-28*; 2019. Disponível em: [file:///Users/diasrapha/Downloads/boletim_sifilis_2019_internet%20\(2\).pdf](file:///Users/diasrapha/Downloads/boletim_sifilis_2019_internet%20(2).pdf).

- 3- Santa Catarina. Plano de ampliação de testes rápidos nos serviços de saúde de Santa Catarina. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.
- 4 – Ministério da Saúde. Nota informativa n.2-SEI/2017-. DIAHV/SVS/MS Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Brasília: Depto vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN; 2017-10-17.
- 5- Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018; 26.
- 6 - Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde debate*. 2019; 43 (123):1145-1158.
- 7- Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. Brasília: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), Serviço de Vigilância em Saúde; [Online] [acesso em 2020 Dez 8]. Disponível em <http://indicadorestsifilis.aids.gov.br>.
- 8 - Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(2):563-574.
- 9 - Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Online]. 2015; 24:681-694.
- 10 - Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *Revista de Políticas Públicas* [Online]. 2011; 10;15(2):327-33.
- 11- Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 006/2016 [online]. Brasília: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2016; [Online] [acesso em 2021 Mar 10]. Disponível em:http://www.aids.gov.br/sites/default/files/legislacao/2016/-notas_informativas/nota_informativa_no006_importancia_e_urgencia_na_a_82765.pdf.
- 12 - Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(3).
- 13- Araújo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cad Saúde Colet*. 2014; 22(3):300-6.
- 14- Jesus TBS, Mafra ALS, Campo VS, Cesarino CB, Bertolin DC, Martins MI. Sífilis em gestante e congênita: casos notificados de um município do Noroeste Paulista. *Rev Nursing*. 2019; 22(250):2766-2771.
- 15 - D'Oliveira AN. Sífilis em gestantes: qualidade dos dados e o perfil epidemiológico no estado de São Paulo [tese] [Online]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2019. [acesso em 2020 Dez 15]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-01102019-154338/pt-br.php>.
- 16- Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSS, Amaral CMCA, Babosa LG. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* [Online]. 2019; 64(2):69-75.

- 17- Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol e Serv de Saúde [Online]*. 2017; 26:255-264.
- 18- Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araújo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica [online]*. 2017; 41-44.
- 19- Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, Gonçalves MMC, Silva MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq de Ciên da Saúde [online]*. 2018; 25(2):24-30.
- 20- Ministério da Saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso [online]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS; 2006; [acesso em 2021 Mar 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf.
- 21- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico Sífilis, ano IV. Brasília. 2015; 1:26. Disponível em: [file:///Users/diasrapha/Downloads/boletim_sifilis_2015%20\(1\).pdf](file:///Users/diasrapha/Downloads/boletim_sifilis_2015%20(1).pdf).
- 22- Amâncio VC, Graciano AR, Cozer AM, Assis LPF, Dias DCS. Epidemiologia da Sífilis Congênita no estado de Goiás. *Rev Educ em Saúde*. 2016; 4(2):58-63. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/234552279.pdf>.
- 23- Souza RR, Silva PI, Oliveira DL, Nascimento MA, Carvalho VM, Albuquerque CAN, et al. Perfil de casos notificados de sífilis congênita no Estado de Goiás entre 2015 a 2018. *Brazilian Jour of Develop*. 2020; 6(7):48715-48725.
- 24- Galatoire PSA, Rosso JA, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *Arq Catarin Med*. 2012; 41(2):26-32.
- 25- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. revista p. 21. Brasília; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
- 26- Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev Pauli de Ped*. 2018; 36(3):376-381.
- 27- Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Órfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare enferm [online]*. 2017; 22(2):01-10.
- 28- Guinsburg, R; Santos, AMN. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. Sociedade Brasileira De Pediatria [Internet]. 2010 Dez. [acesso em 2021 Mar 12]; 8 – 11. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/tratamento_sifilis.pdf
- 29- Trevisan MG, Bechi S, Teixeira GT, Marchi ADA, Costa LD. Prevalência de sífilis gestacional e congênita no município de Francisco Beltrão. *Rev Espaço para a Saúde [online]*. 2018, 19(2):84-96.
- 30- Cunha NA, Biscaro A, Madeiro K. Prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina. *Arq Catari de Med [online]*. 2018; 47(1):82-94.

31- Pereira GFM, Pimenta MC, Giozza SP, Caruso AR, Bastos FI, Guimarães MDC. HIV/AIDS, STIs and viral hepatitis in Brazil: epidemiological trends. *Rev bras epidemiol [online]*. 2019; 22(1).

32- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°33, de 14 de julho de 2015. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html.

33- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html.

34 - Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop [online]*. 2014; 47(2):170-178.

Tabela 1: Descrição dos perfis epidemiológico e clínico-laboratorial de Sífilis Gestacional no município de Palhoça, período de 2010-2019.

Variável	n	%
Classificação clínica n=295		
Primária	157	53,2
Secundária	28	9,5
Terciária	13	4,4
Latente	97	32,9
Teste não treponêmico no pré-natal n=359		
Reagente	337	93,9
Não reagente	5	1,4
Não realizado	17	4,7
Teste treponêmico no pré-natal n=353		
Reagente	278	78,8
Não reagente	12	3,4

Não realizado	63	17,8
Esquema de tratamento realizado n=365		
Penicilina G benzatina	340	93,1
Outro esquema	1	,3
Não realizado	24	6,6
Esquema de tratamento prescrito ao parceiro n=286		
Penicilina G benzatina	194	68,8
Outro esquema	10	3,5
Não realizado	82	27,7
Parceiro tratado concomitantemente à gestante n=307		
Sim	195	63,5
Não	112	36,4

Tabela 2: Descrição dos perfis epidemiológico, clínico-laboratoriais e evolução dos casos notificados de Sífilis Congênita no município de Palhoça, período de 2010-2019.

Variável	n	%
Realizou pré-natal na gestação n=172		
Sim	144	83,7
Não	28	16,3
Diagnóstico de sífilis materna n=177		
Durante o pré-natal	124	70,1
No momento do parto/curetagem	49	27,7

Após o parto	3	1,7
Não realizado	1	0,6
Teste não treponêmico no parto/curetagem n=179		
Reagente	171	95,5
Não reagente	7	3,9
Não realizado	1	0,6
Teste confirmatório treponêmico no parto /curetagem n=174		
Reagente	151	86,8
Não reagente	4	2,3
Não realizado	19	10,9
Esquema de tratamento materno n=174		
Adequado	9	5,2
Inadequado	107	61,5
Não realizado	58	33,3
Parceiro (s) tratado(s) concomitante à gestante n=170		
Sim	41	24,1
Não	129	75,9

Teste não treponêmico Sangue Periférico n=178

Reagente	142	79,8
Não reagente	23	12,9
Não realizado	13	7,3

Teste treponêmico após 18 meses n=173

Não reagente	2	1,2
Não realizado	137	79,2
Não se aplica	34	19,7

Teste não treponêmico – Líquor n=175

Reagente	3	1,7
Não reagente	121	69,1
Não realizado	51	29,1

Titulação ascendente n=175

Não	12	6,9
Não realizado	63	93,1

Diagnóstico radiológico da criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos n=175

Sim	10	5,7
-----	----	-----

Não	135	77,1
Não realizado	30	17,1
Evolução do caso n=177		
Vivo	164	92,7
Óbito por sífilis congênita	1	0,6
Aborto	7	4
Natimorto	5	2,8
Diagnóstico Final Campo Interno n=178		
Sífilis congênita recente	158	88,7
Sífilis congênita tardia	1	0,56
Aborto	7	3,9
Natimorto	5	2,8
Descartado	7	3,9
