

Brunna Lauret da Silva¹
Arlete Estephanio dos Santos¹
Otávio Caliarí Lima¹
Karllian Kerlen Simonelli¹
Romildo Luiz Monteiro Andrade²
Thiago Nascimento do Prado¹
Márcia Valéria de Souza Almeida¹

**Epidemiological
characterization of syphilis in
pregnant and newborn in a
Brazilian university hospital**

| Caracterização epidemiológica da sífilis em gestantes e recém-nascidos em um hospital universitário

ABSTRACT | Introduction: *Gestational and congenital syphilis are preventable diseases, but has a high incidence in Brazil. Objective: To characterize the epidemiological situation of syphilis cases in pregnant women and congenital syphilis reported in the University Hospital in 2015 to 2017. Methods: This is a study of a series of cases, using secondary data made available by the SINAN Notification System. The study population included the reported cases of gestational syphilis and congenital syphilis at the University Hospital Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) from 2015 to 2017. Results: In the study period, 49 cases of GS and 56 cases of CS were reported. It was observed that mothers whose children had CS outcome, 44.6% were considered inadequate during prenatal care and 60% of the partners did not receive treatment. Among the concepts, one was stillborn, one evolved to death associated with syphilis and one died from other causes. Conclusion: The epidemiological profile showed a predominance of young, brown and low-educated women, and most of the mothers did not undergo treatment or were inadequately performed, in addition to a large number of untreated partners, factors that may have contributed to the outcome of congenital syphilis in newborns and shows difficulties in reaching the goal of elimination of CS established by the World Health Organization (0.5 or less cases/1000 live births). The data presented point out the need to include differentiated clinical management for this population.*

Keywords | *Congenital syphilis; Pregnant women; Prenatal care.*

RESUMO | Introdução: A sífilis gestacional e a congênita, apesar de apresentarem diagnóstico e tratamento de fácil manejo, ainda permanecem com elevadas incidências no Brasil. **Objetivo:** Caracterizar a situação epidemiológica dos casos de sífilis em gestantes (SG) e sífilis congênita (SC) notificados em um Hospital Universitário. **Métodos:** Estudo de série de casos, com utilização de dados secundários disponibilizados pelo SINAN, cuja população do estudo incluiu os casos de SG e SC no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), em Vitória-ES, no período de 2015 a 2017. **Resultados:** No período estudado, foram notificados 49 casos de SG e 56 casos de SC. Observou-se que, das mães cujos filhos tiveram desfecho de SC, 44,6% obtiveram tratamento considerado inadequado durante o pré-natal, e 60% dos parceiros não receberam o tratamento. Dentre os conceitos, 01 foi natimorto, 01 evoluiu para óbito associado à sífilis e 01 óbito por outras causas. **Conclusão:** As características epidemiológicas analisadas apontaram uma predominância de mulheres jovens, pardas e com baixa escolaridade, além de um considerável número de mães e parceiros que não realizaram tratamento adequadamente, fatores que podem ter contribuído para o desfecho em sífilis congênita nos recém-nascidos e evidencia dificuldades no alcance da meta de eliminação da SC estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (0,5 ou menos casos / 1.000 nascidos vivos). Os dados apresentados apontam a necessidade de incluir manejos clínicos diferenciados para essa população.

Palavras-chave | Sífilis congênita; Gestantes; Cuidado pré-natal.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade e transmissibilidade. Sua transmissão pode ocorrer pela via sexual ou vertical, ocasionando a forma adquirida ou congênita¹. A doença apresenta extrema importância durante o ciclo gravídico-puerperal, e quando as gestantes e suas parcerias apresentam diagnóstico sorológico positivo para a sífilis e não realizam o tratamento adequado tanto a mulher quanto o feto são colocados em risco, provocando danos a esse binômio em qualquer fase da gestação².

O Ministério da Saúde (MS) estima um aumento de cerca de três vezes nas taxas de detecção de sífilis gestacional (SG) e congênita (SC) nos últimos 5 anos no Brasil³. No país, em 2017, o coeficiente de incidência da sífilis congênita foi de 8,6 casos/100.000 nascidos vivos, acometendo gestantes com incidência de 17,2 casos/1.000 nascidos vivos⁴. Assim como no Brasil, países que apresentam desigualdades sociais e econômicas semelhantes mostraram que os casos de SC vêm aumentando consideravelmente no decorrer dos anos^{5,6,7}. Desse modo, a sífilis consiste em um problema de saúde pública global, e a eliminação da SC foi colocada em foco internacional nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) até 2015. O Brasil não obteve sucesso no alcance das metas, sendo a doença considerada um fator persistente no país^{8,9}. As novas estratégias para controle das infecções sexualmente transmissíveis, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, exigirão um comprometimento global para o alcance no controle desses agravos até 2021¹⁰.

As formas de controle da sífilis em gestantes bem como a prevenção da SC, recomendadas pelo MS, estão baseadas na triagem sorológica (testes treponêmico e não treponêmico) das gestantes, uso de preservativos durante as relações sexuais, bem como o tratamento adequado das gestantes e suas parcerias sexuais¹¹. Estudos demonstram que mulheres com menor escolaridade, jovens, negras ou mestiças, com baixa renda familiar, e que realizam assistência pré-natal na rede pública possuem maior prevalência de sífilis na gravidez^{11,12,13,14}. Tais evidências demonstram a necessidade de conhecer os fatores epidemiológicos associados aos casos de sífilis gestacional e congênita, de forma a garantir uma assistência direcionada para a população estudada.

Considerando a transcendência da doença e suas repercussões sociais e individuais, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a situação epidemiológica dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo, localizado em Vitória – ES, no período de 2015 a 2017.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo de série de casos do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM – UFES, notificados pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar – SEH-HUCAM, com o intuito de caracterizar a situação epidemiológica dos casos de sífilis gestacional e congênita no período de 2015 a 2017.

Foram incluídos no estudo os casos de crianças diagnosticadas com SC segundo os critérios de classificação estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), compreendendo:

Todo recém-nascido, aborto ou natimorto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada;

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma evidência sorológica;

Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto⁴.

E os casos de SG, diagnosticado nas seguintes situações:

Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio;

Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério e apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico OU não treponêmico com qualquer titulação;

Mulher que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério apresente teste não treponêmico reagente com qualquer

titulação E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio⁴.

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM dispõe de ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis e uma maternidade de referência para gestação de alto risco referenciada ao município de Vitória, onde são realizados, em média, 85 partos a cada mês. Localizado na capital do Espírito Santo, Vitória, todavia também fornece atendimento aos demais municípios da Região Metropolitana (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha)¹⁵.

A sífilis é uma doença de notificação compulsória, tendo sua inclusão fundamentada mediante a portaria nº204 de 17/02/2016, devendo ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em até 7 dias após a confirmação do caso³. Os dados utilizados para a análise provieram das bases de dados do SINAN para sífilis em gestantes e sífilis congênita, disponibilizados pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM. Os dados foram coletados no período de 01 de outubro a 01 de dezembro de 2018.

As variáveis maternas estudadas foram: faixa etária, raça/cor, escolaridade, procedência, município de realização do pré-natal, frequência de realização de pré-natal, trimestre gestacional, diagnóstico de sífilis durante a gravidez, classificação clínica, esquema de tratamento, resultados do teste treponêmico e não treponêmico no parto e tratamento do parceiro.

As variáveis referentes aos recém-nascidos, destaca-se a: idade, tratamento, condições de nascimento, desfecho, diagnóstico clínico, manifestações clínicas (icterícia, anemia, esplenomegalia, hepatomegalia e osteocondrite), teste não treponêmico em sangue periférico, teste não treponêmico em líquido, alteração no exame dos ossos longos, alteração líquórica, pré-natal durante a gestação, diagnóstico de sífilis materna, VDRL no momento do parto, FTA-abs no momento do parto, tratamento durante o pré-natal e tratamento do parceiro.

A variável Título VDRL foi classificada como ≤ 8 e > 8 , pois quando o VDRL possui resultado $< 1:8$, é orientada a investigação adicional para SC³.

Os dados foram armazenados no programa *Microsoft Office Excel*, versão 13, e posteriormente analisados pelo *STATA* 14.0 para cálculos de frequência absoluta e relativa.

A relação entre os dois bancos de dados (sífilis gestacional e sífilis congênita) foi feita, de forma sistemática, pela variável “nome da gestante” e, como variáveis chave de ligação, “nome da mãe” e “município de residência”. Sendo encontrados 21 pares de casos de sífilis gestacional com desfecho de sífilis congênita.

O estudo foi previamente autorizado pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o registro CAAE 07538919.5.0000.5060, conforme Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS |

No período de 2015 a 2017 foram identificados 49 casos de sífilis gestacional (SG) e 56 casos de sífilis congênita (SC) a partir de 3.095 nascidos vivos no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Nesse mesmo período, a taxa de detecção de sífilis gestacional e taxa de incidência de sífilis congênita foram de 15 casos/1.000 nascidos vivos e 18 casos/ 1.000 nascidos vivos, respectivamente.

Dentre as características sociodemográficas das gestantes, destaca-se que 26 (53%) apresentavam idade compreendida entre 20 e 29 anos, e 11 (22,5%) eram adolescentes, com faixa etária entre 10 e 19 anos. Em relação à raça, percebeu-se que 34 (69%) das gestantes classificaram-se como pardas, e já em relação à escolaridade, observa-se que 24 (49%) das gestantes apresentam mais de 8 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio completo ou incompleto (Tabela 1).

Realizaram VDRL no pré-natal 46 (93%) das gestantes, e 37 (75%) das gestantes foram notificadas no terceiro trimestre gestacional. O tratamento recebido durante o pré-natal com Penicilina G Benzatina foi de 38 (77%) entre as gestantes, e 10 (20%) gestantes não receberam nenhum tratamento durante o pré-natal (Tabela 2).

Tabela 1 - Características dos casos de sífilis em gestantes notificados no HUCAM, entre 2015 e 2017, de acordo com as variáveis sócio demográficas

Características (n*)	Gestantes n (%)
Faixa etária (49)	
10-14	1 (2)
15-19	10 (20,5)
20-29	26 (53)
30-39	11 (22,5)
> 40	1 (2)
Raça/cor (49)	
Branca	5 (10,2)
Preta	9 (18,4)
Parda	34 (69,4)
Ignorado	1 (2)
Grau de escolaridade (49)	
Analfabeto	2 (4,1)
1-4	2 (4,1)
5-8	15 (30,6)
>8	24 (49)
Ens. Superior	2 (4,1)
Ignorado	4 (8,1)
Área de residência (49)	
Urbana	48 (98)
Rural	1 (2)
Município de realização do pré-natal (45)	
Cariacica	5 (11,2)
Serra	2 (4,4)
Vitória	32 (71,2)
Outros	6 (13,2)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelo sautores.

Sobre a análise da assistência pré-natal das mães, cujos filhos tiveram desfecho de sífilis congênita, 48 (86%) das mulheres frequentaram o pré-natal, e o diagnóstico de sífilis foi realizado em 40 (72%) dos casos. O esquema de tratamento foi considerado adequado em 6 (11%), inadequado em 25 (45%) e não realizado em 24 (43%). Além disso, apenas 12 (21%) dos parceiros foram tratados concomitantemente com a gestante, durante o pré-natal (Tabela 3).

Quanto aos dados relativos à assistência neonatal das crianças diagnosticadas com sífilis congênita, o VDRL do sangue periférico foi reagente para 44 (78%) dos recém-nascidos. A evolução do caso teve como desfecho o RN

Tabela 2 - Distribuição das gestantes de acordo com as variáveis obstétricas e variáveis relacionadas à assistência pré-natal

Características (n*)	Gestantes n (%)
Trimestre gestacional (49)	
1º trimestre	2 (4,1)
2º trimestre	10 (20,4)
3º trimestre	37 (75,5)
Classificação clínica (48)	
Primária	3 (6,2)
Secundária	2 (4,2)
Terciária	1 (2,1)
Latente	42 (87,5)
VDRL no pré-natal (49)	
Reagente	45 (92)
Não reagente	1 (2)
Não realizado	2 (4)
Ignorado	1 (2)
FTA-abs no pré-natal (49)	
Reagente	33 (67,5)
Não reagente	1 (2)
Não realizado	14 (28,5)
Ignorado	1 (2)
Tratamento no pré-natal (49)	
Penicilina G	38 (77,6)
Não realizado	10 (20,4)
Ignorado	1 (2)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

vivo em 52 (92%) casos, houve 2 (4%) natimortos, 1 (2%) óbito por sífilis congênita e 1 (2%) óbito por outras causas. Dentre os RN vivos, 11 (20%) apresentaram-se sintomáticos para a doença (Tabela 4).

Em relação às características clínicas e laboratoriais dos dados do relacionamento das bases de sífilis em gestantes e sífilis congênita, foram identificados 21 casos de SG que tiveram desfecho para SC. Destes, 15 (71%) tiveram VDRL reagente no momento do parto e em 6 (28%) não foi realizado. Quanto ao tratamento materno, em apenas 5 (24%) o tratamento foi considerado adequado, inadequado em 8 (38%) e em 8 (38%) o tratamento não foi realizado. Além disso, 13 (61%) dos parceiros não foram tratados. Quanto ao desfecho dos casos, 18 (85%) nasceram vivos, houve 1 (4%) de óbito por sífilis congênita, 1 (4%) óbito por outras causas e 1 (4%) natimorto (Tabela 5).

*continuação.

Tabela 3 - Análise da assistência pré-natal das mães, cujos filhos tiveram sífilis congênita, e dados relativos ao parto/curetagem

Características (n*)	Mãe n (%)
Pré-natal na gestação (56)	
Não	8 (14,3)
Sim	48 (85,7)
Diagnóstico de sífilis materna (55)	
Durante o pré-natal	40 (72,7)
No momento do parto/curetagem	10 (18,2)
Após o parto	4 (7,3)
Não realizado	1 (1,8)
VDRL no momento do parto (56)	
Reagente	43 (76,8)
Não reagente	1 (1,8)
Não realizado	11 (19,6)
Ignorado	1 (1,8)
FTA-abs no momento do parto (56)	
Reagente	46 (82,1)
Não realizado	9 (16,1)
Ignorado	1 (1,8)
Tratamento durante o pré-natal (56)	
Adequado	6 (10,7)
Inadequado	25 (44,6)
Não realizado	24 (42,9)
Ignorado	1 (1,8)
Tratamento do parceiro (56)	
Não	34 (60,7)
Sim	12 (21,4)
Ignorado	10 (17,9)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

Tabela 4 - Dados relativos ao nascimento e a assistência neonatal dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita no HUCAM-ES, entre 2015 a 2017

Características (n*)	Criança n (%)
Idade (56)	
Até 24 horas de vida	25 (44,6)
1-7 dias	30 (53,6)
6 meses	1 (1,8)
Tratamento (56)	
Penicilina G	38 (67,9)
Outro tratamento	13 (23,1)
Não realizado	5 (9)
Desfecho do caso (56)	
Vivo	52 (92,9)
Óbito por sífilis congênita	1 (1,8)
Óbito por outras causas	1 (1,8)
Natimorto	2 (3,6)

*continua.

Diagnóstico final (56)	
Sífilis congênita recente	50 (89,3)
Natimorto	2 (3,6)
Descartado	4 (7,1)
Diagnóstico clínico (56)	
Assintomático	43 (76,8)
Sintomático	11 (19,6)
Não se aplica	2 (3,6)
VDRL do sangue periférico (56)	
Reagente	44 (78,6)
Não reagente	8 (14,3)
Não realizado	4 (7,1)
VDRL líquido (56)	
Reagente	1 (1,8)
Não reagente	34 (60,7)
Não realizado	20 (35,7)
Ignorado	1 (1,8)
Alteração liquórica (56)	
Reagente	1 (1,8)
Não reagente	35 (62,5)
Não realizado	19 (33,9)
Ignorado	1 (1,8)
Alteração no exame dos ossos longos (56)	
Sim	3 (5,4)
Não	42 (75)
Ignorado	11 (19,6)
Icterícia (56)	
Sim	7 (12,5)
Não	47 (83,9)
Não se aplica	2 (3,6)
Anemia (56)	
Sim	1 (1,8)
Não	53 (94,6)
Não se aplica	2 (3,6)
Esplenomegalia (56)	
Sim	2 (3,6)
Não	52 (92,8)
Não se aplica	2 (3,6)
Hepatomegalia (56)	
Sim	3 (5,4)
Não	51 (91)
Não se aplica	2 (3,6)
Osteocondrite (56)	
Sim	1 (1,8)
Não	50 (89,2)
Não se aplica	2 (3,6)
Ignorado	3 (5,4)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

Tabela 5 - Características clínicas, laboratoriais e desfecho dos casos de sífilis gestacional e congênita no HUCAM-ES, entre 2015 a 2017

Características (n*)	n (%)
VDRL no parto (21)	
Reagente	15 (71,4)
Não realizado	6 (28,6)
Título VDRL (15)	
≤ 8	6 (40)
>8	9 (60)
Tratamento no pré-natal (21)	
Adequado	5 (24)
Inadequado	8 (38)
Não realizado	8 (38)
Tratamento parceiro (21)	
Não	13 (61,9)
Sim	7 (33,3)
Ignorado	1 (4,8)
Desfecho do caso (21)	
Vivo	18 (85,6)
Óbito por sífilis congênita	1 (4,8)
Óbito por outras causas	1 (4,8)
Natimorto	1 (4,8)

Símbolos: (n*) número total. Abreviaturas: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory). Fonte: SINAN, adaptado e analisado pelos autores.

DISCUSSÃO |

A transmissão da sífilis de mãe para o filho continua a ser um importante problema de saúde pública global, e a eliminação da sífilis congênita é uma das metas prioritárias da Organização Mundial de Saúde. Uma das atividades preconizadas para o alcance dessas metas é a realização do tratamento adequado durante o pré-natal³. Todavia, os dados analisados revelaram que apenas 55% das gestantes receberam o tratamento adequado de sífilis durante o pré-natal, e apenas 21% das parcerias realizaram o tratamento concomitantemente à gestante. Tais dados refletem o não cumprimento das ações estratégicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, apontando para um elevado risco da transmissão vertical da sífilis (TV)^{2,3}.

Este estudo teve algumas limitações. Primeiro, o fato de serem utilizados dados secundários, que dificulta a análise devido ao preenchimento incompleto das fichas de notificação. Outra limitação está relacionada ao tamanho

de amostras reduzido, em um curto período de tempo, fato que não permite análises estatísticas pela falta de poder do estudo. Todavia, o estudo possui informações suficientes para entender algumas peculiaridades da prevalência de sífilis gestacional e congênita em uma parte da população atendida no Hospital Universitário.

Em relação às características sociodemográficas, observa-se que a maioria das gestantes se classificaram como pardas, jovens e possuíam baixa escolaridade, semelhantes aos dados encontrados em outros estudos^{16,17,18}. Os resultados apurados demonstraram uma frequência de 22,5% de adolescentes portadoras de SG, destacando a importância de direcionar a atenção para o rastreamento da doença nos segmentos mais jovens da população, promovendo atividades de educação em saúde com vista à prevenção e realização de testes rápidos para a sífilis^{4,19}.

Neste estudo foi observado que o grau de escolaridade de 30% da amostra estava entre 5 e 8 anos de estudos, o que corresponde ao ensino fundamental completo ou incompleto. Alguns autores afirmam haver associação entre a escolaridade materna como um fator de risco para maior prevalência da sífilis e a baixa adesão ao tratamento^{20,21,22}. Cabe ressaltar que a baixa escolaridade pode estar relacionada ao acesso restrito aos serviços de saúde, conhecimento limitado acerca do processo saúde-doença, bem como no manejo de prevenção e fatores de risco, evidenciando uma maior exposição às infecções sexualmente transmissíveis^{23,24}.

Para o controle da sífilis na gestação, bem como a prevenção do desfecho em sífilis congênita, é necessário um atendimento pré-natal de qualidade com foco no diagnóstico e tratamento oportuno, acesso aos exames laboratoriais, educação em saúde e busca ativa dos casos, evidenciando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS)^{25,19}. Os dados apontaram que, mesmo em seguimento do pré-natal, 75% das gestantes não realizaram o VDRL no tempo oportuno, conforme preconizado, sendo diagnosticadas no terceiro trimestre gestacional. Das mulheres que realizaram o tratamento durante o pré-natal, a maior parte foi considerada com esquema inadequado. Tal dado pode indicar falhas no acesso aos exames laboratoriais no tempo oportuno, dificultando no diagnóstico, ou até mesmo resistência dos profissionais quanto ao manejo adequado do esquema de tratamento, fato confirmado por alguns estudos^{26,27}.

No que diz respeito ao tratamento da parceria sexual, em 60% dos casos não foi realizado tratamento, o que nos mostra um dos problemas relacionados ao cuidado pré-natal em gestantes com sífilis confirmada, e em alguns estudos foram encontrados resultados semelhantes^{2,16,23,27}. Quando não há tratamento do parceiro, o papel da APS se torna ainda mais importante, uma vez que deve estar atenta às possíveis reinfecções que retardam o processo de cura, e da realização de educação em saúde com o intuito de abolir a resistência para a adesão ao tratamento e reafirmando sua importância^{12,16,19}.

A assistência da APS é fundamental no desenvolvimento de atividades de promoção à saúde e prevenção de riscos à gestante e ao concepto. Dentre as principais atividades, estão incluídas as ações de diagnóstico e tratamento. A não realização do tratamento adequado das gestantes, bem como das parcerias sexuais, pode ter como desfecho abortamentos, natimortalidade e prematuridade^{1,3,8}. Um estudo qualitativo apontou as barreiras que interferem no tratamento das parcerias sexuais das gestantes com sífilis, e foram relatadas: grau de escolaridade, conhecimento limitado acerca da doença, administração do medicamento, dentre outras²⁸. Além disso, alguns estudos relatam a dificuldade da participação do pai durante o pré-natal, e isso evidencia a persistência da baixa adesão ao tratamento das parcerias^{28,29}.

Dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita, foi observado que grande número dos casos se apresentaram assintomáticos para a doença. Dados que reforçam as afirmações de que as manifestações clínicas precoces podem surgir em menores de dois anos, ou mesmo manifestações tardias após essa idade, trazendo inúmeras consequências para a criança ao longo da vida³⁰. Diante disso, é importante enfatizar que, a despeito da ausência de sintomas ao nascimento, é indispensável seguir intensivamente os protocolos para tratamento da sífilis congênita, uma vez que, quando as crianças são diagnosticadas e tratadas precocemente, melhor será seu prognóstico³⁰.

É importante ressaltar que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em algumas áreas no Espírito Santo encontra-se em crescimento, mas ainda se apresenta insuficiente, sendo fundamental a continuidade da expansão para gerar uma efetiva resposta ao problema de sífilis no Estado³¹. É necessário que haja uma maior atenção às medidas de controle da doença, bem como a diminuição da

subnotificação desse agravo, para que se possam direcionar os planejamentos em saúde e assim despertar ainda mais a atenção dos profissionais e da população acerca da sífilis.

CONCLUSÃO |

O perfil epidemiológico apontou predominância de mulheres jovens, pardas e com baixa escolaridade, além de um considerável número de mães e parceiros que não realizaram tratamento adequadamente, fatores que podem ter contribuído para o desfecho em sífilis congênita nos recém-nascidos e evidencia dificuldades no alcance da meta de eliminação da SC estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (0,5 ou menos casos / 1.000 nascidos vivos).

Os dados apresentados apontam a necessidade de incluir manejos clínicos diferenciados para essa população, bem como melhorias na assistência pré-natal, quanto às medidas preventivas, educação em saúde, diagnóstico e tratamento oportuno. Estudos adicionais nas populações afetadas por SG e SC no Espírito Santo podem contribuir para o desenvolvimento de políticas visando à prevenção desses agravos.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: MS; 2017.
2. Reis GJ, Barcellos C, Pedrosa MM, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Public. 2018; 34(9).
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília: MS; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2018. Brasília: MS; 2018.

5. Yajie Wang MPH et al. Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant – Suzhou, China, 2011-2014. *MMWR*. 2019; 68(10). 2017 Jun 7; cited 2019 May 20]. Available from: <http://www2.ebserh.gov.br/>.
6. WHO. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Antenatal care attendees who were positive for syphilis Data by country. Geneva: WHO; 2017. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1359STI?lang=en>. Accessed 24 Aug 2019.
7. Kojima, Noah; Klausner Jeffrey D. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. *Curr Epidemiol Rep*. 2018, 5(1): 24-38.
8. Cooper JM et al. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários! *Revista Paulista de Pediatria*. 2016; 34(3): 251-253.
9. Bezerra MLMB et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*. 2019, 8(25).
10. WHO. World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021. Geneva: WHO; 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília: MS; 2016.
12. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior PRBS, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 4(5): 766-774.
13. Silva MAM, Mesquita ALM, Martins KMC, Naka AAR, Vasconcelos MN, Junior DGA. Profile of pregnant women diagnosed with syphilis. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2017;29(2): 54-58.
14. Gonçalves J, Primo CC, Rabbi GMS, Castro DS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(2): 49-55.
15. EBSEH. gov [homepage on the Internet]. Hucam é referência no SUS para gravidez de alto risco. [updated 2017 Jun 7; cited 2019 May 20]. Available from: <http://www2.ebserh.gov.br/>.
16. Cardoso ARP et al. 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.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília: MS, 2018.
18. Neto SES, Silva SSBE, Sartori AMC. Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, and factors associated with mother-to-child transmission in Itapeva, São Paulo, 2010 to 2014. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2018; 51(6): 819-826.
19. Albornoz M, Lazarte S. Prevalencia de sífilis en puerperas sin control serologico em el ultimo mes de gestacion y estudio de su relacion com factores de riesgo. *Rev Argent Salud Publica*. 2018; 9(35): 25-32.
20. Cunha ARC, Merchán-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. *Revista Panamericana de Saúde Publica*. 2015; 38(6): 479-86.
21. Silva IMD et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Revista de Enfermagem*. 2019; 13(3): 604-13.
22. Vasconcelos MIO et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da Atenção Básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*. 2016; (29): 85-92.
23. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis Gestacional e Congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*. 2017; 26(2):255-264.
24. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010 a 2013. *Epidemiologia dos serviços de saúde*. 2015; 24(4): 681-94.
25. Lafetá, KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016; 19(1): 63-74.

26. Guanabara MAO et al. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Revista de saúde pública*. 2017, 19(1): 73-78.
27. Toldo MKS, Menegazzo LS, Souto AS. A Recrudescência da Sífilis Congênita. *Arq Catarin Med*. 2018, 47(1): 02-10.
28. Figueiredo MSN et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene*. 2015 maio-jun; 16(3):345-54.
29. Holanda SM et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e3800016
30. Feliz MC et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016, 19(4): 727-739.
31. SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Governo do Estado do Espírito Santo. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Vitória-ES, 2016.

Correspondência para/Reprint request to:

Brunna Lauret da Silva

Rua Acioli Firme, 44,

Cariacica Sede, Cariacica/ES, Brasil

CEP: 29156-045

E-mail: enf.brunnalauret@gmail.com

Recebido em: 10/12/2019

Aceito em: 01/10/2020