

Epidemiological profile of congenital syphilis from 2008 to 2011 in Espírito Santo State

| Perfil epidemiológico de sífilis congênita de 2008 a 2011 no Espírito Santo

ABSTRACT | Introduction:

Congenital syphilis leads to miscarriage, fetal death and stillbirth. Vertical syphilis transmission can reach 50% to 85% in the primary stage of the disease among pregnant women. Prematurity, neurological sequelae, deafness, bone deformities may affect babies born from mothers who were not properly treated during prenatal care.

Objective: *Describing the incidence of congenital syphilis in Espírito Santo State from 2008 to 2011, as well as identifying factors influencing treatment failure.*

Methods: *A descriptive cross-sectional study was developed based on secondary data collected in the Notifiable Diseases Information System and in the Live Birth Information System available at the IT Department of the Brazilian Unified Health System.* **Results:** *857 pregnant women were diagnosed with syphilis and 538 cases of congenital syphilis were reported in Espírito Santo State from 2008 to 2011, which corresponded to 62.8% of cases. The number of pregnant women diagnosed with syphilis and the number of congenital syphilis cases increased during the analyzed period. Based on the numbers analyzed in the current study, 110 congenital syphilis cases and only 81 pregnant women diagnosed with syphilis were reported in 2009, which indicates the underreporting of these cases. Additional 107 cases of pregnant women diagnosed with syphilis were reported in 2010 in comparison to 2008, whereas 2011 reported 91 more cases than 2010. On the other hand, congenital syphilis recorded 57 more cases in 2011 than in 2008. The skin color of children diagnosed with congenital syphilis has shown concentration of cases: the disease affected more than 50% of brown children, who were followed by white (approximately 20%) and black children (15%). Although the infant mortality rate (regardless of causes) decreased in 2011, there was considerable increase in the number of deaths due to congenital syphilis.* **Conclusion:** *Socioeconomic and clinical factors are associated with high incidence of syphilis. Quality and affordable prenatal care play a key role in disease prevention. It is essential empowering and training health professionals to early identify and treat syphilis in women at reproductive age in order to prevent the disease from spreading.*

Keywords | *Syphilis; Congenital syphilis; Pregnancy; Surveillance.*

RESUMO | Introdução: A sífilis congênita causa abortos, óbitos fetais e natimortos. A transmissão vertical da sífilis pode alcançar de 50% a 85% na fase primária da doença na gestante. Prematuridade, sequelas neurológicas, surdez, deformidades ósseas podem ocorrer caso as mães não sejam tratadas adequadamente durante o pré-natal. **Objetivo:** Descrever a incidência da sífilis congênita no Espírito Santo no período entre 2008 e 2011, identificando fatores que influenciaram na falência do tratamento. **Métodos:** Estudo descritivo transversal desenvolvido com base na coleta de dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** No período entre 2008 e 2011 foram detectados 857 casos de sífilis em gestantes e 538 casos de sífilis congênita no Espírito Santo, correspondendo a 62,8% dos casos. É possível perceber que nesse período houve um crescimento no número de casos notificados tanto em sífilis em gestante quanto na sífilis congênita. Neste estudo, os números mostram que em 2009 foram notificados 110 casos de sífilis congênita e apenas 81 casos de sífilis em gestantes, caracterizando uma subnotificação desses casos. De 2008 para 2010, houve um aumento de 107 casos notificados de sífilis em gestante e de 2010 para 2011, um aumento de 91 casos. Já na sífilis congênita, em 2011 foram registrados 57 casos a mais que em 2008. Com relação à cor das crianças com sífilis congênita, observa-se uma concentração dos casos (mais de 50%) nas de cor parda, seguida pela cor branca (cerca de 20%) e posteriormente a cor preta com representação de 15%. Em 2011, apesar da queda na taxa de mortalidade infantil por todas as causas, houve um aumento considerável no número de óbitos por sífilis congênita. **Conclusão:** Fatores socioeconômicos e clínicos estão relacionados à alta incidência da sífilis. Assistência pré-natal de qualidade e acessível são fundamentais na prevenção. É importante capacitar e conscientizar os profissionais para identificar precocemente e tratar a sífilis em mulheres em idade reprodutiva a fim de impedir a propagação da doença.

Palavras-chave | Sífilis; Sífilis congênita; Gravidez; Vigilância.

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

²Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Saúde e Biotecnologia. Coari/AM, Brasil.

INTRODUÇÃO |

As infecções sexualmente transmissíveis (IST's) representam uma grande preocupação mundial devido ao aumento do número de pessoas infectadas a cada ano¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há em média 12 milhões de novos casos por ano, das quais sífilis apresenta grande representatividade².

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua transmissão pode ocorrer por via sexual, vertical e sanguínea. A sífilis congênita é resultado da disseminação hematogênica do agente etiológico da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito³. A sífilis apresenta as maiores taxas de transmissão vertical dentre as diversas doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal⁴. A sífilis congênita acontece quando a mãe infectada transmite a doença para o bebê através da placenta, podendo essa infecção ser transmitida para o feto em qualquer estágio da doença materna. As consequências da doença no bebê podem variar de acordo com a gravidade da doença da mãe. Existe risco de abortamento espontâneo, parto prematuro, e ao nascer o bebê pode apresentar os sintomas da doença⁵. As manifestações da SC podem variar de sífilis congênita precoce (ocorre nos primeiros anos de vida) a sífilis congênita tardia (após um ano de idade). Na SC precoce o recém-nascido pode apresentar: hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondite, anemia e lesões cutaneomucosas. As lesões da sífilis tardia são irreversíveis, e as mais comuns são: ceratite, surdez e retardo mental⁶.

A sífilis é uma doença de notificação compulsória regular. Todo caso de sífilis deve ser notificado à vigilância epidemiológica, em até sete dias, e a notificação é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁷. A notificação da sífilis representa um excelente indicador de atenção pré-natal e puerperal necessária para avaliar a qualidade da assistência prestada à saúde materna e neonatal⁸.

Estudos mostram que a ocorrência da sífilis no mundo é variável. Em 2008, a distribuição de gestantes com sífilis era de 44,3% na Ásia, 39,3% na África, 7,8% nas Américas e 1,6% na Europa⁹. No Brasil, cerca de 900 mil casos novos são detectados anualmente. Estima-se que 3,5% das gestantes no Brasil sejam portadoras de sífilis¹⁰. Em

consequência do crescente índice da doença em gestantes, a ocorrência da sífilis congênita, transmitida da mãe para o feto durante a gestação, tem um aumento significativo no Brasil e em outros países da América Latina¹¹. Entre 2000 e 2010, a ocorrência da sífilis congênita foi de 54.141 casos. Em 2004, a prevalência de sífilis na gestação foi de 1,6%; em 2009, a prevalência da sífilis congênita foi de 1,7 casos por 1.000 nascidos vivos no país. Os resultados de estudos sentinela estimam uma subnotificação de 67% dos casos de sífilis congênita a cada ano¹². A transmissão da sífilis durante a gravidez varia de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia. Abortamento, óbito fetal e neonatal podem ocorrer em 40% dos casos. Prematuridade e complicações no recém-nascido como sequelas neurológicas, surdez, deformidades ósseas, entre outras, podem ocorrer caso as mães não sejam tratadas adequadamente durante o pré-natal^{11,12,13}. O tratamento adequado, preconizado pelo Ministério da Saúde, para as gestantes infectadas é penicilina G benzatina, com dosagem adequada à fase clínica da doença, devendo ser concluído em até 30 dias antes do parto, e o tratamento do parceiro deve ser simultaneamente ao da gestante¹⁴. Fatores socioeconômicos e de assistência à saúde como precocidade sexual, aumento do número de parceiros, uso de drogas, desconhecimento da população sobre as consequências que a doença pode causar no feto ou na criança ao longo da vida, permanência da doença na forma latente, pré-natal inadequado influenciam no aumento dos casos de sífilis na gravidez e, conseqüentemente, no aumento na ocorrência da sífilis congênita¹⁵.

A sífilis congênita é considerada causa de óbito evitável em menores de cinco anos. É possível preveni-la através de uma assistência pré-natal de qualidade e educação em saúde para a população¹⁶. A deficiência na assistência pré-natal como falhas no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos está bem descrita na literatura, em 2009 e, embora 75,5% das gestantes tinham realizado o pré-natal, apenas 55,4% tiveram diagnóstico de sífilis na gestação e a maioria dos parceiros não recebeu tratamento¹². Mesmo com o aumento do acesso ao pré-natal, o uso dos protocolos assistenciais de pré-natal e tratamento da sífilis, sua incidência permanece em ascensão. O controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e dos parceiros. Um pré-natal de qualidade, diagnóstico precoce na gestante e tratamento correto da infecção são intervenções que podem reduzir significativamente a transmissão vertical^{16,17}.

A persistência da SC como problema de saúde pública no Brasil é consequência da falta de efetivas ações de prevenção e controle. Afinal, trata-se de uma infecção totalmente evitável, considerando que pode ser facilmente identificada e tratada na gestante. Entretanto, a dinâmica operacional e de assistência pré-natal dos serviços de atenção primária não tem causado impacto na redução da sua incidência¹⁸.

A elevada incidência da doença está associada a questões sociais como menor escolaridade da mãe e cor da pele, bem como a fatores assistenciais como início tardio do pré-natal, menor número de consultas e menor realização de exames sorológicos¹⁹.

Considerando que a sífilis congênita é um grave problema de saúde pública e socioeconômico para o país, o objetivo deste estudo é analisar a incidência da sífilis congênita no Espírito Santo no período entre 2008 e 2011, identificando fatores que influenciam na falência do tratamento.

MÉTODOS |

É um estudo descritivo transversal realizado no Estado do Espírito Santo no período de novembro a dezembro de 2016 quando se deu a definição e levantamento de dados para o estudo, possibilitando observar, descrever e classificar os dados encontrados com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado.

A pesquisa foi desenvolvida com base na coleta de dados secundários no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, para reunir informações referentes à ocorrência da sífilis no Espírito Santo considerando o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (ES).

No plano diretor, o Estado é dividido em quatro regiões (Norte, Central, Metropolitana e Sul), e os municípios foram colocados em grupo de acordo com o acesso, perfil epidemiológico e economia do local. Essa divisão segue as exigências da Lei Orgânica 8080/90 para organização do Sistema Único de Saúde no estado, visando à boa distribuição dos recursos e na busca da resolutividade da

atenção à saúde, e as regiões estão distribuídas da seguinte forma. Cidades da Região Norte: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão²⁰. As cidades da Região Central são: Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibraçu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama e Vila Valério²⁰. As cidades que compõem a Região Metropolitana são: Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória. Por fim, as cidades componentes da Região Sul são: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta²⁰.

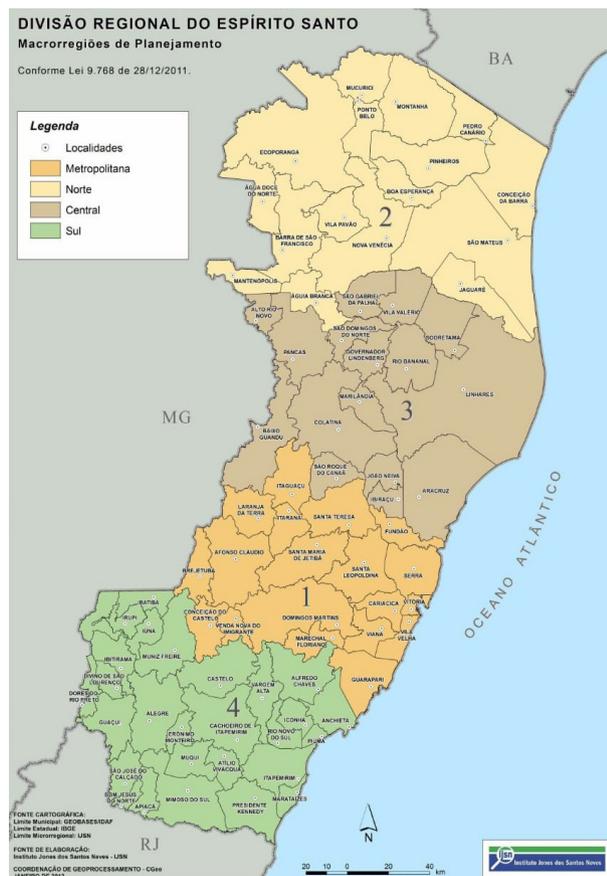
A população estudada é composta por todos os casos de sífilis em gestante e sífilis congênita notificados e investigados no Espírito Santo no período entre 2008 e 2011. O cálculo da taxa de incidência da sífilis congênita²² se deu com a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos SC em } < 1 \text{ ano} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ nascidos vivos}}$$

Esta série (2008-2011) foi selecionada considerando o maior número de informações encontradas nos respectivos sistemas de informação. Os dados foram tabulados e analisados através de uma análise descritiva com o uso do *software Microsoft Office Excel 2010* para ambiente *Windows*.

Por se tratar de dados secundários, não houve a necessidade de esse estudo ser submetido ao Comitê de Ética. Todos os dados foram analisados em conjunto não sendo necessária a busca de dados individuais ou identificação de sujeitos na pesquisa.

Figura 1 – Mapa da Divisão Regional do Espírito Santo



Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves²¹.

RESULTADOS |

No período entre 2008 e 2011 foram detectados 857 casos de sífilis em gestantes e 538 casos de sífilis congênita no Espírito Santo, em um total de 95283 nascidos vivos, sendo que 495 foram diagnosticados com idade entre 0 e 6 dias, 25 foram diagnosticados de 7 a 27 dias e 18 foram detectados entre 28 e 364 dias. Do número total de nascidos vivos (95283), cerca de 96% dos partos foram realizados em ambiente hospitalar.

Nesse período, houve um crescimento no número de casos notificados tanto de sífilis em gestante quanto de sífilis congênita. Neste estudo, os números mostram que em 2009 foram notificados 110 casos de sífilis congênita e apenas 81 casos de sífilis em gestantes, caracterizando uma subnotificação desses casos. De 2008 para 2010, houve um aumento de 107 casos notificados de sífilis em gestante e de 2010 para 2011, um aumento de 91 casos. Já na sífilis congênita, em 2011 foram registrados 57 casos a mais que em 2008.

Na avaliação segundo a faixa etária das gestantes com sífilis, é necessário salientar que ocorre predominantemente (mais de 70% dos casos) na faixa etária entre 20 e 39 anos, já que é o segmento etário com maior número de mulheres em idade reprodutiva. Porém, entre adolescentes (10 a 14 anos) e jovens (15 a 19 anos), o número de casos também é considerado elevado somando, em média 20% dos casos. E mesmo entre mulheres acima de 40 anos, percebe-se a presença da doença.

Relacionando a ocorrência da sífilis na gestante e a sífilis congênita, é possível perceber que a ocorrência da sífilis congênita é superior a 50% da sífilis em gestante, caracterizando uma assistência pré-natal deficiente, já que mais de 95% do total de gestantes tiveram acompanhamento de pré-natal. A taxa de incidência anual da sífilis congênita nesses anos corresponde a 4; 4,7; 6,7; 6,7 por mil nascidos vivos respectivamente, estando muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde que é a ausência de casos²².

Nos anos de 2010 e 2011, houve um aumento significativo no registro de casos notificados, tanto da sífilis em gestante quanto da sífilis congênita, e sua ocorrência concentra-se na região Metropolitana do Estado seguido da região Central. Nas regiões Norte e Sul os dados referem uma incidência reduzida, porém podem sugerir números de casos notificados reduzidos, e muitos casos podem está sendo negligenciados.

Tabela 1 - Incidência de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Espírito Santo de 2008 a 2011

Ano	Nº Gestante c/ sífilis	Sífilis congênita	%
2008	157	108	68,8
2009	81	110	135,8
2010	264	155	58,7
2011	355	165	46,5
Total	857	538	62,8

Tabela 2 – Incidência da sífilis em gestantes por faixa etária no Espírito Santo de 2008 a 2011

Ano	FAIXA ETÁRIA DA GESTANTE										
	< 10 ANOS	%	10 a 14	%	15 a 19	%	20 a 39	%	40 a 59	%	TOTAL
2008	1	0,6	4	2,5	28	17,8	122	77,7	2	1,27	157
2009			1	1,23	15	18,5	64	79	1	1,23	81
2010			4	1,5	37	14	216	81,8	7	2,65	264
2011			6	1,69	76	21,4	269	75,77	4	1,2	355
TOTAL			15	1,75	156	18,2	671	78,3	14	1,6	857

Fonte: Baseado nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Com relação às características das mães de criança com sífilis congênita, é possível perceber que 43 a 66% não são alfabetizadas, têm o ensino fundamental parcial ou completo, 14 a 28% têm entre ensino médio incompleto e curso superior completo, e entre 18 e 34% têm a escolaridade ignorada nos anos estudados. Com relação à cor das crianças com sífilis congênita, observa-se uma concentração dos casos (mais de 50%) em crianças de cor parda, seguida pela cor branca (cerca de 20%) e posteriormente a cor preta com representação de 15%. Essa característica diferencia-se das de outras regiões do país, onde pardos e pretos concentram a maior incidência.

Considerando a assistência pré-natal para todas as gestantes, 64,5% fizeram sete consultas ou mais durante o pré-natal, 28,36% fizeram entre quatro e seis consultas, 5,56% fizeram entre uma e três consultas e 1,58% não fez pré-natal. Entre

2008 e 2010, cerca de 80% das mães que tiveram bebês com sífilis congênita foram acompanhadas no pré-natal. No entanto, em 2011, esse número caiu significativamente para 34,4%. Quanto ao tratamento dos parceiros, mais de 70% dos casos não tiveram tratamento, enquanto apenas menos de 20% foram tratados, caracterizando um pré-natal deficiente e com o risco de reinfeção.

Ainda no período estudado, a taxa de mortalidade infantil foi, respectivamente, em 2008 de 13,59%; em 2009 de 12,86%; em 2010 de 11,91% e em 2011, de 11,65%. O número absoluto de óbitos ocorridos por sífilis congênita foi de 2 em 2008, 3 em 2009, 2 em 2010 e 7 em 2011. É possível perceber que em 2011, apesar da queda na taxa de mortalidade infantil por todas as causas, houve um aumento considerável no número de óbitos por sífilis congênita.

Gráfico 1 – Incidência da sífilis em gestante e sífilis congênita nas regiões de saúde do Espírito Santo, de 2008 a 2011

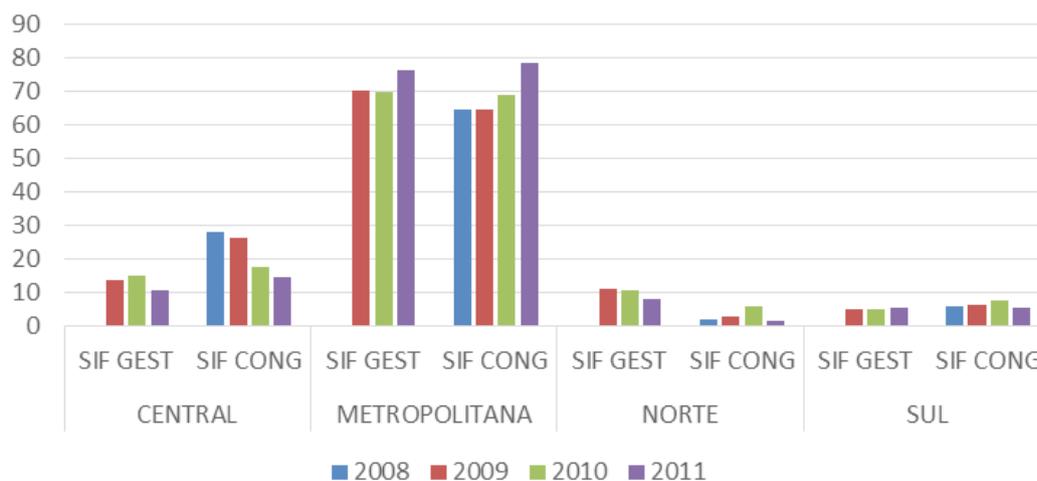


Tabela 3 – Variáveis relacionadas a características das mães de bebês com sífilis congênita no Espírito Santo de 2008 a 2011.

VARIÁVEIS	2008		2009		2010		2011	
Total de gestantes com sífilis	157		81		264		355	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA								
	108	62,8	110	135,8	155	58,7	165	46,5
ESCOLARIDADE DA MÃE								
Ignorada	20	18,5	32	29	53	34,2	57	34,5
Analfabeta	1	0,9	3	2,7	2	1,3	2	1,2
1ª a 4ª série	25	23,2	21	19,1	24	15,5	14	8,5
5ª a 8ª série	33	30,5	21	19,1	29	18,7	42	25,5
Fundamental completo	13	12	12	10,9	17	11	13	7,9
Médio incompleto	6	5,6	6	5,5	13	8,4	16	9,7
Médio completo	10	9,3	15	13,6	13	8,4	18	11
Superior incompleto					2	1,3	2	1,2
Superior completo					2	1,3	1	0,6
FEZ PRÉ-NATAL								
Ignorado	2	1,9	5	4,5	5	3,2	7	4,2
Sim	88	81,5	90	81,8	119	76,8	122	34,4
Não	18	16,7	15	13,6	31	20	36	22
TRATAMENTO DO PARCEIRO								
Ignorado	22	20,4	17	15,5	23	14,8	26	15,8
Sim	19	17,6	21	19,1	9	5,8	16	9,7
Não	67	62	72	65,5	123	79,5	123	74,5
RAÇA/COR DA CRIANÇA								
Ignorado	14	13	19	17,3	28	18,1	38	23
Branca	19	17,6	19	17,3	27	17,4	26	15,8
Preta	3	2,8	5	4,5	11	7,1	6	3,6
Amarela					1	0,7		
Parda	70	64,8	67	60,9	88	56,8	95	57,6
Indígena	2	1,9						

Fonte: Baseado nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

DISCUSSÃO |

Os dados levantados confirmam o crescimento da incidência da sífilis congênita nesse período, apresentando uma taxa média anual de 5,5 por mil nascidos vivos, no período entre 2008 e 2011. Em um estudo realizado no Espírito Santo no período de 2000 a 2005, encontrou-se uma taxa anual de 5,6 por mil nascidos vivos¹⁰; já em Manaus, entre 2007 e 2009 encontrou-se uma taxa média de incidência de 4,1/1000 nascidos vivos²³; e na cidade de Natal entre 2004 e 2007, a taxa média é de 6/1000 nascidos vivos¹⁰. Apesar de uma taxa média de incidência constante, no Espírito Santo, é possível perceber um aumento de 2008 com taxa de 4/1000 nascidos vivos, e em 2011 de 6,7/1000 nascidos vivos.

Vê-se um aumento da sífilis congênita em todas as regiões do país, e dados de 2013 mostram a incidência de 4,7 casos por mil nascidos vivos; já as estimativas em relação ao número de casos de sífilis congênita são mais incompletas¹⁹. No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, entre eles, 185 óbitos no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observadas as taxas, individualmente para cada estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis em gestantes encontradas no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul²⁴. Esse crescimento está relacionado à eficácia das notificações pelo Sinan, o aumento de número de mulheres testadas por testes rápidos, nas grávidas sendo realizado no primeiro e terceiro trimestre da gestação, condições

socioeconômicas, escolaridade, o aumento da ausência do uso de preservativos, qualidade de assistência pré-natal que permanece aquém da desejada e outras.

Ressalta-se que na falta de tratamento a transmissão vertical da sífilis é alta, chegando muito próxima a 100% principalmente nas formas recentes da doença. Por outro lado, o diagnóstico e tratamento corretos, são potencialmente eficazes e diminuem a transmissão vertical em até 97%²⁵.

A incidência acumulada de sífilis congênita encontrada neste estudo foi alta, correspondendo a 62,8% das gestantes diagnosticadas com sífilis, muito superior ao verificado em estudos anteriores em outras partes do Brasil (cerca de 34%)²⁶. Em relação à faixa etária das gestantes com sífilis congênita, a incidência desses casos prevalece em gestantes de 20 a 39 anos, que no período de 2008 a 2011 correspondeu a 671 casos notificados, seguido de gestantes de idade entre 15 a 19 anos que nesse período acumulou um total de 156 casos notificados. Os maiores percentuais de casos de sífilis congênita, em 2016, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (53,0%), seguidas daquelas entre 15 a 19 anos (23,4%) e de 30 a 39 anos (18,2%)²⁴. Essa faixa etária é predominante, pois é nessa idade (20 a 39 anos) que ocorre o segmento etário com o maior número de mulheres em idade reprodutiva. É importante salientar que de 2008 a 2011 houve um aumento significativo de casos de gestantes com sífilis na faixa etária de 15 a 19 anos no Espírito Santo. A adolescência é considerada importante fator de risco para aquisição das Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo a sífilis, e neste estudo apenas 20% das gestantes infectadas eram adolescentes. Esse dado foi semelhante ao encontrado em estudo no estado do Pará no ano de 1999, quando foi verificado que 26% das mães dos recém-nascidos com sífilis eram adolescentes¹⁵. No Brasil, na série histórica de 2005 a 2017, observou-se que 24,3% das gestantes com sífilis tinham de 15 a 19 anos²⁴.

No que se refere às características das mães e dos bebês com sífilis congênita, destaca-se uma alta incidência desses casos em gestantes de baixa escolaridade e que fez acompanhamento de pré-natal durante a gestação. As gestantes com sífilis são carentes de informações relacionadas à doença e ao seu meio de transmissão, assim como também é realizado um acompanhamento de pré-natal ineficaz, seja por início tardio seja um pré-natal inadequado, com falhas principalmente nos testes sorológicos que devem ser realizados no primeiro e último

trimestre da gestação para detectar inúmeras doenças, como o VDRL o qual detecta a sífilis²⁷. Em relação às crianças com sífilis congênita, temos uma alta incidência desses casos em crianças de cor parda, seguidas das de cor branca. Isso difere este estudo de outros realizados no Brasil. A alta incidência de sífilis em gestante e de sífilis congênita apresenta-se como um desafio para os serviços de saúde da atualidade²⁷. As mães com sífilis apresentaram características semelhantes às encontradas em outros locais do país (Recife, Rio de Janeiro, Porto Alegre): cor parda, baixa escolaridade, faixa etária jovem e a maioria teve acesso ao pré-natal, confirmando a influência da condição de vida na determinação da sífilis congênita^{9,26,28}. Mães com baixa escolaridade e condição social desfavorecida tem acesso reduzido às informações e limitado entendimento sobre a importância de medidas de prevenção necessárias para evitar a infecção e, conseqüentemente, a transmissão vertical^{9,15,26}. Foi possível observar que apenas 1,3% das gestantes tinha ensino superior, valor inferior ao encontrado no estudo realizado no Hospital do Trabalhador em Curitiba¹¹. Sabe-se que existe uma influência da condição de vida na determinação da sífilis congênita, mostrando maior ocorrência desse agravo no segmento mais empobrecido da população²⁶. Há uma incidência maior em regiões mais populosas, vê-se a Região Sudeste do Brasil com 45,9%⁹ dos casos e a região metropolitana do Espírito Santo com 78,8% dos casos. Nessas regiões concentram-se também os bolsões de pobreza, a baixa escolaridade, situação familiar de risco (vive só ou com familiares), e não ter ocupação ou renda definida²⁶ são fatores que caracterizam essa população de risco, além de terem um sistema eficaz que executam a notificação desses casos.

Na cidade de Palmas, no Tocantins, a baixa escolaridade apareceu como um marcador de maior risco para exposição às infecções sexualmente transmissíveis, acredita-se que por causa da limitação a compreensão da importância das medidas de prevenção, percebeu-se que a maioria das mães de crianças notificadas tinham baixa escolaridade²⁷.

Nos anos entre 2008 e 2010, mais de 70% das gestantes que tiveram bebês com sífilis fizeram pré-natal, contudo em 2011 esse número é de apenas 34,4%, e menos de 20% dos parceiros foram tratados. Foram encontrados dados semelhantes em estudo anterior nos estados do Rio Grande do Norte, Amazônia e Pernambuco^{9,23,28}. Vê-se na literatura a relação entre fatores sociais e acesso à assistência pré-natal de qualidade ao verificarem que mães com baixa renda têm menos acesso a esse atendimento durante a gestação²⁸,

contribuindo para o início tardio do pré-natal²⁶. No Brasil, estudo anterior mostra que mais de 40% das mães iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e mais de 60% realizaram cinco ou mais consultas⁹. Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal realizado, a incidência da sífilis congênita também é crescente, levando ao questionamento sobre a qualidade da assistência prestada²⁹.

Um dos pontos frágeis do pré-natal se refere ao tratamento dos parceiros sexuais. No Brasil, mais de 80% dos parceiros de mulheres que tiveram bebês com sífilis não receberam tratamento⁹. No período estudado, uma média de apenas 13% dos parceiros sexuais foram tratados, e situação semelhante foi encontrada em Amazonas com 18,8% tratados²³, Salvador, com 96,2% de parceiros das gestantes com sífilis sem tratamento adequado, no Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul foram encontradas proporções de 88% e 60%, respectivamente¹⁴. Em 2011, constatou-se que 86,6% das grávidas que foram diagnosticadas com sífilis, apenas 11,5% tiveram seus parceiros tratados¹⁰. Problemas identificados na abordagem dos parceiros dificultam a assistência adequada⁸. Em 2005, no Ceará, de 5.792 casos de sífilis congênita, 78% das mães haviam realizado pré-natal, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez, e apenas 13,3% tiveram os seus parceiros tratados²⁹. O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais da Saúde incentivem os homens a fazerem exames preventivos, para detecção de possíveis doenças prejudiciais a sua saúde, da mulher e do feto³⁰. A realização precoce do teste rápido nas gestantes e nos parceiros, assim como o seu tratamento, é uma ação fundamental para evitar a reinfecção da doença e reduzir sua prevalência¹⁶. A falta de horários alternativos que atendam à demanda trabalhadora, acolhimento deficiente, ausência de referências bem estabelecidas não favorece a atenção à saúde dos homens, dificultando o acesso. A falta de tratamento do parceiro é considerada um dos desafios para o controle da sífilis e a principal causa de inadequação do tratamento⁸. Trabalhos educativos, solicitação de exames em tempo hábil e prescrição de tratamento apontam para a importância de estratégias que visem ampliar as ações de aconselhamento nos serviços e a sensibilização e capacitação dos profissionais para essas ações e manejo clínico adequado da sífilis¹⁷. A sífilis é uma doença facilmente diagnosticada pelo teste treponêmico e tratada através da administração da penicilina. A não realização do pré-natal ou um pré-natal realizado de forma deficiente são considerados fatores importantes responsáveis pelos casos de sífilis congênita¹⁵.

Os serviços de saúde devem garantir o acesso, o acolhimento, aconselhamento, orientações e tratamento dos parceiros⁸. A oferta adequada de serviços de saúde com alta efetividade nos resultados reduz complicações na gestação e na assistência ao recém-nascido.

A vigilância da sífilis na gravidez é uma das possibilidades de solução desse problema permitindo a prevenção do caso de sífilis congênita³¹. Apesar de a sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente, ainda existem falhas no preenchimento da notificação²⁹. As ações de prevenção são instituídas com base no número de casos notificados, por isso é importante a notificação correta de todos os casos identificados. Estudo anterior detectou que a precocidade do início do pré-natal e a garantia do número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde estão associadas à maior adequação das ações de prevenção da sífilis²⁹. Porém, considerando que cerca de 96% dos partos foram realizados em ambiente hospitalar, se na atenção básica não foi possível o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante, o momento do parto é mais uma oportunidade, podendo-se constatar a transmissão vertical da sífilis e tratar os recém-nascidos infectados, evitando a manifestação da doença ou reduzindo suas sequelas.

Falhas nas práticas adotadas durante a assistência pré-natal para o adequado manejo da sífilis na gestação como a falta de solicitação do segundo exame de rotina, problemas na abordagem dos parceiros, o baixo percentual de acerto do tratamento adequado das gestantes compromete a eficácia dos resultados na prevenção da doença¹².

Uma medida efetiva para a redução e o controle do número de casos novos de sífilis congênita é a assistência pré-natal de qualidade. O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez. A assistência pré-natal deve garantir a captação precoce da gestante, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e a oferta de exames laboratoriais básicos. A captação precoce e a adesão da gestante ao pré-natal, assim como uma assistência de qualidade, dão oportunidade à gestante de receber informações e orientações através de consultas com médicos, enfermeiros (as) e até mesmo em roda de conversas com outras grávidas que lhe permitam prevenir e proteger-se de infecções sexualmente transmissíveis. A detecção e o tratamento da sífilis na gestante representam medidas essenciais para o controle e prevenção da sífilis congênita. A prevenção de novos casos deverá ter como

estratégia a informação para a população geral sobre a doença e as formas de evitá-la.

CONCLUSÃO |

Os estudos sobre sífilis congênita nos mostram que a situação tanto da sífilis em gestante quanto da sífilis congênita é semelhante em todo o território brasileiro, e mesmo apresentando assistência pré-natal disponível à maioria das mulheres, a incidência da sífilis permanece ascendente. Apesar de dispor de meios para diagnóstico precoce e protocolos que uniformizam e tornam o tratamento acessível, a assistência ainda é deficiente. Com este estudo percebeu-se uma série de falhas nas ações de controle da sífilis no Espírito Santo: exame pré-natal realizado de forma incompleta, exame realizado de forma tardia, falta de comparecimento à consulta, tratamento inadequado das mulheres, e seus parceiros representam fatores importantes para explicar a falta de controle dos casos de sífilis congênita. O monitoramento da doença durante a gravidez é fundamental como estratégia de controle e prevenção de novos casos, tendo em vista que caso a gestante seja diagnosticada precocemente, melhor e mais eficaz será o seu tratamento, evitando assim a infecção para o feto. Outro ponto crucial é estabelecer condições de capacitação para os profissionais de saúde que devem programar a realização de ações que estimulem a educação em saúde principalmente abordando formas de prevenção da doença e de identificação precoce da sífilis.

REFERÊNCIAS |

1. Maria RD, June BF, Elisa TM. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16(3):165-73.
2. Ribeiro AS, Souza BF, Pinto SS. Triagem para sífilis: incidência de resultados positivos nas amostras analisadas no Hospital Municipal Duque de Caxias, oriundas do Centro de Testagem e Aconselhamento para DST e AIDS. *Revista NewsLab*. 2007; 82:142-55.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Pires ACS, Oliveira DD, Rocha GMNM, Santos A. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade: revisão de literatura. *Rev Uningá Review*. 2014; 19(1):58-64.
6. Avelleira RCJ, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2006 [acesso em 14 ago 2019]; 81(2):111-26. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
8. Figueredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene*. 2015; 16(3):345-54.
9. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(2):287-94.
10. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2011; 20(2):203-12.
11. Tabitz L, Bobato CT, Carvalho MFU, Takimura M, Reda S, Pundek MRZ. Sífilis, uma doença reemergente. *Rev Med Res*. 2012; 14(3):165-72.
12. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(5):1341-51.
13. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(2):103-11.

14. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 9(34):397-402.
15. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev Paraense de Medicina.* 2006; 20(1):47-51.
16. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(1):147-57.
17. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2012; 12(3):269-80.
18. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(4):681-94.
19. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2016; 32(6): e00082415.
20. Espírito Santo. Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo. Vitória: SESA; 2011.
21. Instituto Jones da Silva Neves [Internet]. Mapa da divisão regional do Espírito Santo [acesso em 08 abr 2019]. Disponível em: URL: <<http://www.ijns.es.gov.br/mapas/>>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município: guia do gestor. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
23. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Sífilis em gestante e sífilis congênita no Estado do Amazonas, Brasil: uma abordagem por meio de relacionamento de bases de dados. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(4):715-23.
24. Ministério da Saúde. Sífilis 2017. Boletim Epidemiológico. 2017; 48(36):1-42.
25. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologicode-sifilis-2017>. Acesso em: 08 abr. 2019.
26. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(4):681-94.
27. Mendonça C, Alves P, BLP Ruth, Castro, JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2018; 26(2):255-64.
28. Melo NGD, Filho DAM, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2011; 20(2):213-22.
29. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LO, Chagas ACMA, Lopes MVO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(1):152-9.
30. Benazzi AST, Lima ABS, Sousa AP. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. *Revista de Políticas Públicas.* 2011; 15(2):327-33.
31. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2007; 16(2):103-11.

Correspondência para/Reprint request to:
Hércules Lázaro Morais Campos
Instituto de Saúde e Biotecnologia,
Estrada Aeroporto, 305,
Urucu, Coari/AM, Brasil
CEP: 69460-000
E-mail: herculeslmc@hotmail.com

Recebido em: 30/11/2017
Aceito em: 16/08/2019