

Sífilis congênita e gestacional: indicadores temporais entre 2008-2018, no Rio Grande do Sul, Brasil

Congenital and gestational syphilis: temporal indicators between 2008-2018, in Rio Grande do Sul, Brazil

Liege Mozzatto¹, Thaís do Nascimento Izolan², Heloísa Todeschini Francescon³, Gabriela Nunes Batista⁴
Geórgia Mânica Garcia⁵, Júlia de Castilhos Serafini⁶, Juliana Labes Reiser⁷, Eduardo Torres Grisolia⁸
Lucas Gnoatto Hallal⁹, Nathália Dal Prá Zucco¹⁰, Giulia Dambrós Malacarne¹¹

RESUMO

Introdução: A sífilis persiste como um agravo de saúde pública, apesar de ser prevenível, de existirem testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. **Objetivo:** Descrever a prevalência de sífilis gestacional e congênita, perfil sócio-demográfico, obstétrico e epidemiológico das genitoras e recém-nascidos, entre janeiro de 2008 e junho de 2018, no Rio Grande do Sul. **Métodos:** estudo documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com os casos notificados na plataforma on-line SINAN-TABNET-DATASUS. **Resultados:** A série temporal entre 2008 e 2018 apresentou uma tendência crescente da doença, a taxa de detecção de sífilis gestacional variou de 2,8 à 24/1.000 nascidos vivos e a de sífilis congênita de 2,2 à 13,5/1.000 nascidos vivos. A maioria das gestantes apresentava idade entre 20-29 anos, raça branca e escolaridade entre 5ª-8ª série incompleta. O pré-natal foi realizado por 77,5% das mães; a maioria dos diagnósticos ocorreu durante o pré-natal, no 2º trimestre de gestação; a sífilis primária foi a classificação clínica mais frequente. Ainda há números elevados de testes diagnósticos não realizados no pré-natal. O tratamento foi inadequado em 52% dos casos e, em 52% dos casos, os parceiros não foram tratados. O número de óbitos foi de 218. **Conclusão:** o número de notificações para sífilis ainda é crescente, sugerindo que há necessidade de otimização na assistência à gestante e medidas de prevenção, assim como a ampliação do acesso à consulta pré-natal de qualidade e a busca ativa dos parceiros para tratamento conjunto, a fim de que se possa alcançar a meta de erradicação.

PALAVRA-CHAVE: Sífilis, sífilis congênita, gestantes, doenças sexualmente transmissíveis

ABSTRACT

Introduction: Syphilis persists as a public health problem, despite being preventable, having sensitive diagnostic tests, effective treatment and low cost. **Objective:** To describe the prevalence of gestational and congenital syphilis and the socio-demographic, obstetric and epidemiological profile of mothers and newborns, between January 2008 and June 2018, in Rio Grande do Sul. **Methods:** A documentary and retrospective study, with a quantitative approach, performed with the cases notified on the online platform SINAN-TABNET-DATASUS. **Results:** The time series between 2008 and 2018 showed

¹ Médica, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Professora Orientadora)

² Médica pela Universidade de Passo Fundo

³ Médica pela Universidade de Passo Fundo

⁴ Médica pela Universidade de Passo Fundo

⁵ Médica pela Universidade de Passo Fundo

⁶ Médica pela Universidade de Passo Fundo

⁷ Médica pela Universidade de Passo Fundo

⁸ Médico pela Universidade de Passo Fundo

⁹ Médico pela Universidade de Passo Fundo

¹⁰ Médica pela Universidade de Passo Fundo

¹¹ Médica pela Universidade de Passo Fundo

*an increasing trend of the disease, the detection rate of gestational syphilis ranged from 2.8 to 24/1,000 live births and congenital syphilis from 2.2 to 13.5/1,000 live births. Most pregnant women were aged between 20-29 years, white, and had an incomplete 5th-8th grade education. Prenatal care was provided to 77.5% of the mothers; most diagnoses occurred during prenatal care, in the 2nd trimester of pregnancy; primary syphilis was the most frequent clinical classification. There are still high numbers of diagnostic tests not performed in prenatal care. Treatment was inadequate in 52% of cases, and in 52% of cases, partners were untreated. The number of deaths was 218. **Conclusion:** the number of notifications for syphilis is still growing, suggesting that there is a need for optimization in the care of pregnant women and prevention measures, as well as the expansion of access to quality prenatal care and to active search for partners for joint treatment, in order to reach the goal of eradication.*

KEYWORDS: *Syphilis, congenital syphilis, pregnant women, sexually transmitted diseases*

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, curável e com tratamento garantido pelo Sistema Único de Saúde. A infecção merece cuidado especial nas gestantes devido à possibilidade de transmissão fetal, gerando repercussões clínicas importantes no período gestacional e/ou após o nascimento como o aborto, a prematuridade, a natimortalidade, as manifestações congênicas precoces ou tardias e/ou morte neonatal (1).

O diagnóstico na gestação exige uma correlação entre dados clínicos, testes treponêmicos e não treponêmicos, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. O conjunto dessas informações permite a correta avaliação diagnóstica e o tratamento adequado (1). A evolução clínica pode ocorrer em quatro estágios: primária, secundária, terciária e latente (1). Assim que a gestante for diagnosticada, o tratamento deve ser imediato com penicilina benzatina e adequado à fase clínica. Além disso, fazem parte do tratamento o seguimento sorológico e o tratamento do parceiro. Caso a doença não seja tratada na fase precoce, pode acometer o sistema nervoso, o coração, os ossos, a pele e os olhos.

A taxa de transmissão vertical é de 70% a 100% na gestante com sífilis recente não tratada ou tratada inadequadamente. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11 a 13% das gestações resultarão em aborto, natimorto ou morte perinatal (1). A Organização Mundial da Saúde divulgou, em 2016, que a prevalência mundial de gestantes com sífilis era de 0,69% e com aproximadamente 661 mil casos de sífilis congênita (SC), resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais (2,3).

A sífilis congênita e a gestacional são agravos de notificação compulsória, no Brasil, desde 1986 e 2005, respectivamente (1). Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 4,9 vezes entre 2007-2010, passando de 3,5 para 17,2 casos/1.000 nascidos vivos; e a incidência de sífilis congênita aumentou 3,6 vezes, passando de 2,4 para 8,6 casos/1.000 nascidos vivos (4). Em 2017, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação (5,6)) 49.013 casos de sífilis em gestantes (17,2/1.000 nascidos vivos), 24.666 casos de sífilis congênita (8,6/1.000 nascidos vivos),

e 206 óbitos por sífilis congênita (mortalidade de 7,2/100 mil nascidos vivos). Entre 2016-2017, observou-se um aumento de 28,5% na taxa de detecção em gestantes e, 16,4% na incidência de sífilis congênita.

O Rio Grande do Sul é um dos estados brasileiros com maior taxa de sífilis congênita, 14,5/1.000 nascidos vivos e, entre as capitais, Porto Alegre é a que apresenta a maior incidência (32,8 casos/1.000 nascidos vivos) (5-7).

Considerando o atual contexto mundial da sífilis, a decisão de realizar este estudo é relevante diante da alta prevalência da sífilis gestacional e congênita no Brasil, mesmo com elevadas taxas de cobertura de pré-natal. Além disso, a transmissão vertical da sífilis permanece como um grande problema de saúde pública.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental e retrospectivo (estudo transversal), com abordagem quantitativa, realizado com os casos notificados de sífilis gestacional e congênita no período de janeiro de 2008 a junho de 2018, no Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados na plataforma *on-line* SINAN-TABNET (4,5) (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) do Ministério da Saúde, os quais se encontram disponíveis para livre acesso. Estão incluídos na plataforma atual casos notificados até 30 de junho de 2018. Assim, as taxas de detecção/1.000 nascidos vivos estão calculadas até 2017.

As características sociodemográficas, epidemiológicas e obstétricas avaliadas na análise do perfil das gestantes foram: idade, raça, nível de escolaridade, distribuição por macrorregião de saúde, realização de pré-natal, momento do diagnóstico (pré-natal, parto ou pós-parto), idade gestacional na ocasião do diagnóstico, classificação clínica da doença (sífilis primária, secundária, terciária, latente), realização de testes não treponêmicos e treponêmicos. As características epidemiológicas dos recém-nascidos foram: faixa etária, classificação clínica final (SC recente, SC tardia, aborto, natimorto), realização de tratamento da gestante e parceiro, mortalidade em crianças menores de 1 ano de idade.

A coleta de dados foi feita no programa computacional Microsoft Excel, versão 2010, e não demandou aprovação por Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos. A ela-

boração de tabelas agiliza e simplifica a visualização das variáveis de maneira a compreender o perfil temporal da sífilis.

RESULTADOS

Conforme dados registrados no SINAN, entre janeiro de 2008 e junho de 2018, houve um total de 16.849 gestantes com sífilis no Rio Grande do Sul, sendo a taxa de detecção da doença/1.000 nascidos vivos, em 2008, de 2,8 casos e, em 2017, de 24 casos (Gráficos 1 e 2).

A macrorregião de saúde de residência no Estado ficou distribuída em: Metropolitana (49,8%), sul (10,8%), Centro-Oeste (10,2%), Norte (9,6%), Serra (8,6%), Missioneira (5,7%) e Vales (5,3%).

As características sociodemográficas das gestantes estão descritas na Tabela 1. Há maior prevalência de casos na faixa etária entre 20-29 anos (52%), com crescimento de casos nesta faixa etária e entre 15-19 anos. Do total de gestantes, 24,1% tinham nível de escolaridade da 5ª à 8ª série incompleta, e 63,1% eram da raça branca, informações ignoradas em 31,5% e 10,4%, respectivamente.

O diagnóstico foi realizado durante o pré-natal em 57,7% das gestantes; em 31,4% no momento do parto; em 4,2% após o parto e, em 5,9%, a informação foi ignorada (Gráfico 3).

A idade gestacional de detecção de sífilis no terceiro, primeiro e segundo trimestres foi de 34,3%, 29,6% e 24,5%, respectivamente, com 11,6% de dados ignorados. Os diagnósticos feitos no 1º trimestre duplicaram no período avaliado, de 22,5% a 44,7%, e, em contrapartida, os

diagnósticos realizados no 2º e 3º trimestres diminuíram ao longo do período (Gráfico 4).

A classificação clínica da doença delineou-se em: sífilis primária, 33,1%; sífilis latente, 11,8%; sífilis terciária, 7,2%; sífilis secundária, 5,7%, e informações ignoradas, 42,3% (Gráfico 5).

Os testes não treponêmicos foram reativos em 17.026 gestantes; não reativos em 599, e 1.343 gestantes não fizeram o teste. Os testes treponêmicos foram reativos em 12.494 gestantes, não reativos em 623 gestantes e, 4.303 casos não foram

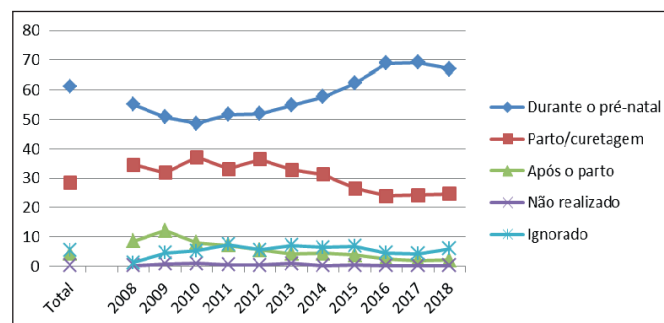


Gráfico 3A - Distribuição percentual de casos de sífilis congênita, segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna. Rio Grande do Sul, 2008- junho 2018.

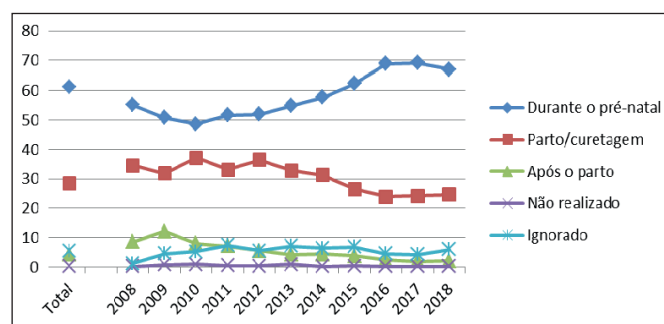


Gráfico 3B - Distribuição percentual de casos de sífilis congênita, segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna. Rio Grande do Sul, 2008- junho 2018.



Gráfico 1 - Casos de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

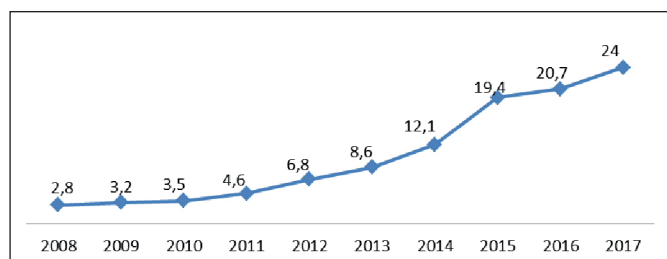


Gráfico 2 - Taxa de detecção de gestantes com sífilis/1.000 nascidos vivos, por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008-2017.

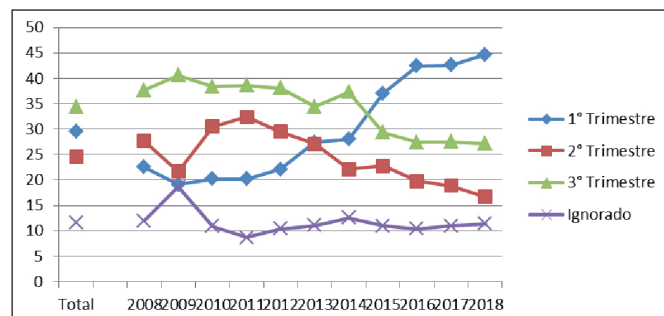


Gráfico 4 - Distribuição percentual de gestantes com sífilis, segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008- junho, 2018.

1. Distribuição percentual de sífilis gestacional segundo raça, escolaridade e faixa-etária por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

Raça	Média %	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Branca	62,5	65,7	63,9	63,3	63,9	61	62,7	60,5	59,6	62,8	64,7	66,1
Preta	12,9	13,9	15,4	15,9	14,8	14,7	12,7	11	13,2	13	12,9	11
Amarela	0,5	0	0,7	0,4	0,6	0,2	0,7	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5
Parda	13	12,6	11,4	10,3	11,9	12,9	11	14,5	14,2	13,1	12,8	12,9
Indígena	0,7	2,1	1,4	1,3	0,5	0,4	0,5	0,7	0,4	0,3	0,6	0,5
Ignorada	10,4	5,8	7,2	8,8	8,3	10,7	12,4	12,8	12,2	10,1	8,6	9
Escolaridade												
Analfabeto	0,6	0,5	2,1	1,1	1	0,3	0,5	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
1ª-4ª série incompleta	6,5	13,1	12,4	9,4	7,6	4,7	5,8	3,8	4,2	4,3	2,9	2,3
4ª série completa	4,1	8,6	7	5,2	5,4	4,3	2	2,6	2,2	2,6	2,4	2,8
5ª-8ª série incompleta	24,1	24,6	29,6	29,4	28	30,4	23,9	21,6	19,8	20,8	19,2	18,5
Fundamental Completo	10,3	12,3	9,1	9,2	8,9	8,5	9,2	11	11,8	10,9	11,5	10,9
Médio Incompleto	10,1	8,9	7,5	11,2	9,4	9,1	9	10,7	11	11,4	11,6	11,9
Médio Completo	11,2	9,4	8,6	7,3	7,6	9,7	10,8	11,8	12,6	13,4	14,9	16
Superior Incompleto	1,1	0,8	0,5	0,9	1,7	0,8	0,7	0,7	1,5	1,4	1,7	1,6
Superior Completo	0,5	0,3	0,5	0,2	0	0,4	0,1	0,9	0,7	1	1	0,7
Ignorado	31,5	21,5	22,8	26,2	3-4	31,6	38	36,5	36	3	34,7	34,8
Faixa etária												
10-14 anos	1,1	2,9	0,7	1,7	1	1,2	1,1	0,8	1,3	0,7	0,7	0,5
15-19 anos	21,8	18,6	16,1	15,9	19,4	24	26	23,8	25	24,5	24,1	21,5
20-29 anos	52	50,3	50,1	53,4	50,4	50	49,3	51,9	51,4	53,4	53,6	57,4
30-39 anos	22,6	24,9	29,4	25,5	25,9	22,1	21,4	21,9	20,2	19,7	19,7	18,4
≥ 40 anos	2,5	3,4	3,7	3,4	3,3	2,8	2	1,6	2,1	1,6	1,9	2,2

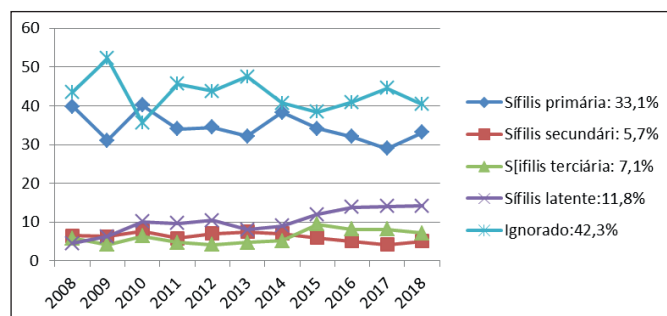


Gráfico 5 - Distribuição percentual de gestantes com sífilis, segundo classificação clínica/ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

realizados. O número de testes treponêmicos e não treponêmicos realizados aumentou ao longo do período, assim como as informações ignoradas (Gráficos 6-7).

O total de notificações de sífilis congênita no Rio Grande do Sul, entre janeiro de 2008 e junho de 2018, foi de 11.046 casos; 301 casos em 2008 e, 2.006 casos em 2017. A taxa de detecção da doença aumentou, passando de 2,2% no ano de 2008 para 13,5% no ano de 2017 (Gráficos 8-9).

Os gráficos 10-11-12 demonstram que em 77,5% dos casos de sífilis congênita as gestantes fizeram pré-natal e, em 18,5% dos casos, ele não foi realizado. Em contrapartida, em 52% dos casos de sífilis congênita o tratamento

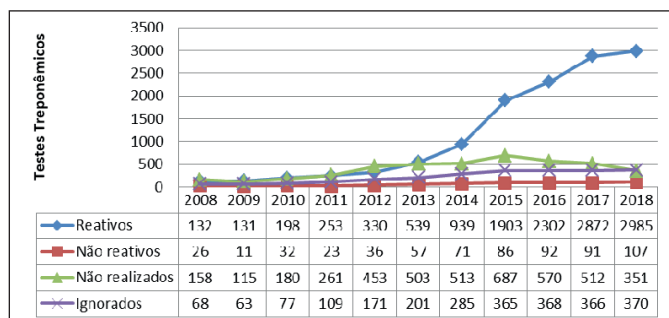


Gráfico 6 - Distribuição de testes treponêmicos. Rio Grande do Sul, 2008- junho 2018.

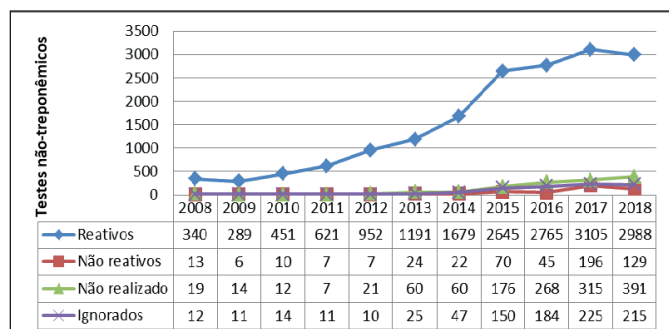


Gráfico 7 - Distribuição de testes não treponêmicos. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018

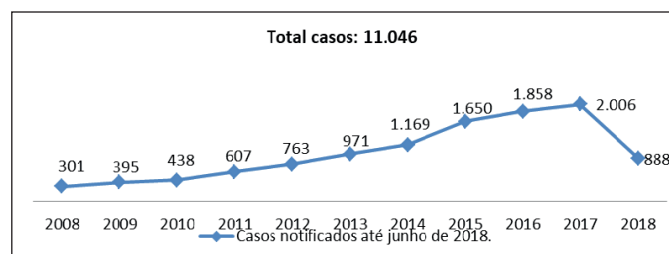


Gráfico 8 - Casos de sífilis congênita em menores de 1 ano por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008-junho de 2018.

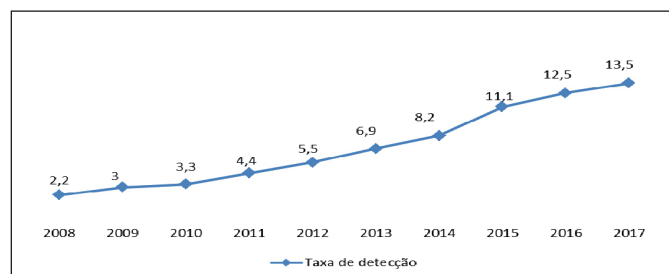


Gráfico 9 - Taxa de incidência sífilis congênita/1.000 nascidos vivos, em menores de 1 ano de idade, por ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008-2017.

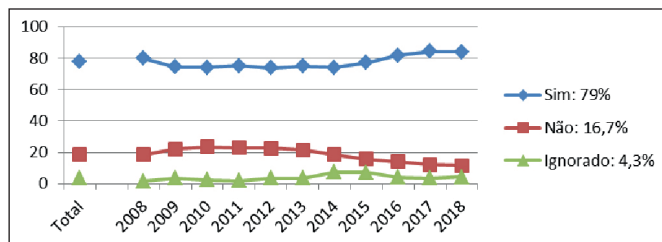


Gráfico 10 - Distribuição percentual de sífilis congênita, segundo realização de pré-natal da mãe. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

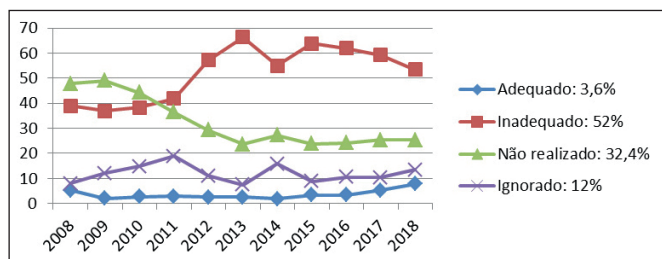


Gráfico 11 - Distribuição percentual de casos de sífilis congênita, segundo tratamento da mãe. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

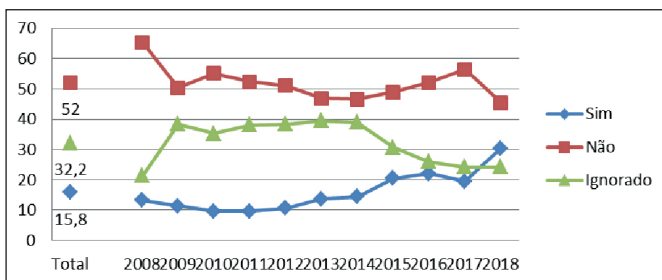


Gráfico 12 - Distribuição percentual de sífilis congênita, segundo tratamento do parceiro da mãe. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

materno foi inadequado; em 32,4%, o tratamento materno não foi feito e, em somente 3,6% dos casos, o tratamento foi adequado (12% de informações ignoradas). O não tratamento do parceiro da gestante foi registrado em 52% dos neonatos com sífilis; em apenas 15,8% dos recém-nascidos, o parceiro realizou tratamento; houve 32,2% de informações ignoradas.

A grande parcela de casos de sífilis congênita foi constituída por crianças antes dos 7 dias de vida (97%), e o diagnóstico final registrou: 92,7% de casos de sífilis congênita recente (diagnosticada antes de 2 anos de idade); 0,2% de sífilis tardia; 4,3% de aborto e, 2,8% de natimortos (Tabela 2). Em relação à mortalidade neonatal pelo agravo, os gráficos 13-14 demonstram o total de óbitos, o número de óbitos em menores de 1 ano e o coeficiente bruto de mortalidade/100.000 nascidos vivos, evidenciando declínio nos últimos anos

2. Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final/ano de diagnóstico. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

Diagnóstico Final	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SC recente	10.157	271	382	420	575	731	937	1.068	1.471	1.697	1.789	816
SC tardia	17	1	3	0	0	2	1	1	3	4	1	1
Aborto	578	9	11	10	19	15	22	64	122	115	145	46
Natimorto	323	20	2	9	14	19	14	38	58	49	73	27

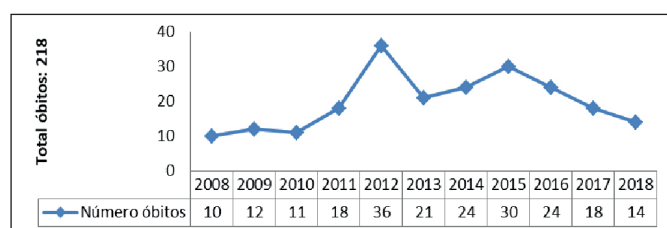


Gráfico 13 - Óbitos por sífilis congênita. Rio Grande do Sul, 2008-junho 2018.

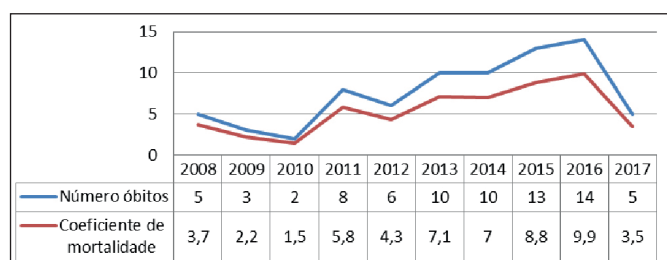


Gráfico 14 - Óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano e coeficiente de mortalidade/100.000 nascidos vivos. Rio Grande do Sul, 2008-2017.

DISCUSSÃO

Embora a sífilis seja uma doença antiga, prevenível, com diagnóstico e tratamento definidos há muitos anos, o número de casos de sífilis no Brasil segue aumentando anualmente. O boletim epidemiológico de sífilis 2018 (4) demonstra elevação no número de casos de sífilis materna e congênita em todo o país, principalmente nas regiões Sudeste e Sul. É provável que o aumento observado nos últimos anos possa ser atribuído a diversos fatores, como melhora das notificações.

Para diminuir a subnotificação e alinhar-se às recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Saúde (4) atualizou a definição de caso de sífilis gestacional e congênita em setembro de 2017. Na definição de caso de sífilis congênita, deixou-se de considerar o tratamento da parceria sexual da mãe; e no caso de sífilis em gestantes, todas as mulheres diagnosticadas com sífilis no pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser consideradas como sífilis gestacional e não adquirida. A partir de julho de 2019, definiu-se

não mais notificar o recém-nascido de gestante com sífilis no pré-natal e adequadamente tratada (1). A melhora do sistema de notificação, entre 2016-2017, com atualizações frequentes, bancos de dados informatizados e melhor comunicação das cidades do interior com a Secretaria Estadual de Saúde também contribuíram. O aumento crescente de casos explica-se, em parte, também pelo aumento dos testes diagnósticos (1), decorrente da disseminação dos testes rápidos, pela diminuição do uso de preservativos, e pelo desabastecimento mundial de penicilina.

Os dados descritos seguem o padrão brasileiro de aumento constante dos casos de sífilis, porém a taxa de detecção em gestantes, no estado, está acima da taxa nacional, sendo o Rio Grande do Sul e o Amazonas os estados com as maiores proporções de crescimento em suas taxas (2). Segundo o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Estado (5), embora haja tendência de crescimento do número de casos de sífilis gestacional e congênita nos últimos anos, a diferença entre essas taxas vem aumentando, a qual pode ter relação com a implementação de medidas de prevenção da sífilis congênita (4).

Adolescentes e mulheres mais jovens são mais vulneráveis a comportamentos de risco por apresentarem imaturidade emocional e cognitiva, e por receberem grande influência do grupo social ao qual pertencem (8). Observa-se que as gestantes entre 20-29 anos foram as mais afetadas, assim como aquelas que possuem de 5 a 8 anos de escolaridade. Diante disso, é necessário intensificar a frequência com que as infecções sexualmente transmissíveis são alertadas durante o ensino fundamental e médio, já que o início da vida sexual é cada vez mais precoce, bem como, frente a uma gravidez, estimular o pré-natal é fundamental. Apesar do grande número de casos ignorados, percebe-se que quando existe um maior nível educacional, a quantidade de eventos diminui, e isso pode ser explicado pela maior prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, pré-natal adequado, conhecimento sobre a necessidade de um tratamento precoce e eficaz.

Os dados encontrados no estado divergem dos observados em nível nacional (4) em relação à raça. Nota-se que houve um grande predomínio de gestantes com sífilis da raça parda, ao contrário do estudo, no qual foi a raça branca. A raça negra, mais vulnerável às doenças em razão da maior influência dos determinantes sociais (9), manteve a sua frequência estável no período avaliado, levantando a necessidade de ampliar e melhorar atendimento a essa população.

Constatou-se que o diagnóstico da doença no pré-natal evoluiu, o que permite uma intervenção precoce com melhor desfecho nas crianças. Por outro lado, ainda há uma quantidade elevada de diagnósticos durante o parto, possivelmente porque muitas gestantes não procuram atendimento médico no pré-natal, o que leva ao primeiro contato com o sistema de saúde apenas no parto. Também há casos em que o acompanhamento é cessado, situação em que se deve ter vigilância ativa por parte dos serviços.

O diagnóstico tardio da infecção materna é o principal fator de risco para a doença congênita, pois o tratamento também acaba sendo tardio ou não realizado (9,10). No estudo, os diagnósticos feitos no 1º trimestre de gestação duplicaram, e a realização do pré-natal é muito mais frequente do que a não realização; contudo, desconhece-se a sua efetividade.

As apresentações clínicas primária e latente da doença foram as mais frequentes, provavelmente porque essas fases apresentam menos sintomatologia clínica ou passam despercebidas. A caracterização clínica da doença é vital para a adoção da terapêutica adequada (1).

Para o diagnóstico de sífilis, o Ministério da Saúde (1) recomenda que seja feito um teste treponêmico mais um teste não treponêmico. Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico, que é o primeiro a ficar reagente. Há testes treponêmicos e não treponêmicos não reagentes, possivelmente devido a resultados falsos negativos.

Diante da observação dos resultados, é possível corroborar o aumento constante nos casos de sífilis em gestantes nos últimos anos, tendo como principal causa o aprimoramento nos sistemas de vigilância (10). Em 2008, por exemplo, o número de testes treponêmicos positivos no Rio Grande do Sul era de 132, aumentando para 2.985 em 2018. O número de testes não treponêmicos positivos também teve um aumento considerável, de 340 em 2008 para 2.988 em 2018 (6). Esses dados demonstram que o acesso ao diagnóstico por meio de testes rápidos possibilita a investigação da sífilis mais facilmente, incluindo locais sem infraestrutura laboratorial e de difícil acesso. Assim, um dos fatores associados ao aumento das notificações nos últimos anos advém do fortalecimento dos serviços de pré-natal, o que propiciou o aumento na cobertura de testagem de gestantes e acompanhamento dos casos, também explicando o maior número de testes positivos encontrados na análise dos resultados.

A realização do pré-natal é fundamental a fim de evitar danos futuros para a gestante e para o neonato. Percebeu-se que a grande maioria de casos de SC foi de mães que realizaram o pré-natal, porém, desconhece-se a sua eficácia e o monitoramento dos testes diagnósticos, demonstrando que ainda há muito a se fazer no que diz respeito à qualidade.

A infecção congênita é diagnosticada em apenas 1-2% das gestantes tratadas adequadamente, em comparação com 70-100% das gestantes não tratadas. Entre mulheres com sífilis não tratada, 40% das gestações resultam em aborto

espontâneo (9). O estudo demonstrou que a parcela de gestantes que fizeram tratamento inadequado ou não realizaram é ainda muito alto, assim como o não tratamento da parceria sexual. Para que o tratamento da gestante seja eficaz, a parceria sexual também deve ser tratada. Isso expõe um grave problema no cenário atual da saúde no Rio Grande do Sul, onde a probabilidade de reinfeção aumenta muito, criando um ciclo doença-cura. Segundo o Programa Nacional de DST/Aids (9), é necessário o tratamento da parceria sexual para que a intervenção seja considerada adequada. Além disso, as respostas do grupo “ignorado” mostram que pode haver uma quantidade ainda maior de casos de não tratamento. Destaca-se, também, que a infecção por sífilis aumenta significativamente o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), pois a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sifilíticas (2,12).

Em relação à evolução da Sífilis congênita, aumentaram os óbitos pelo agravo notificado, com pico entre 2015-2016 e queda a partir de então. Esses dados são semelhantes a outros trabalhos realizados (13). Uma possível explicação seria o pré-natal insuficiente das pacientes, pois estima-se que 66% dos desfechos adversos ocorrem em gestantes que não foram testadas ou tratadas para sífilis durante o pré-natal. O percentual de natimortos/abortos também aumentou no período, ajudando a ilustrar a eficácia do sistema de informação e notificação do Rio Grande do Sul (7).

Ressalta-se que, em todas as variáveis avaliadas, o percentual de informações ignoradas é alto, dificultando a avaliação exata das notificações e alertando para a necessidade de continuarmos incentivando o adequado preenchimento das fichas de notificações.

CONCLUSÃO

A sífilis é uma doença prevenível, porém continua sendo um grave problema de saúde pública. E sabe-se que é possível alcançar a sua eliminação, com sucesso já registrado em vários países (2). A sífilis congênita, por sua vez, é considerada um marcador de qualidade de assistência à saúde materno-fetal, e buscar erradicá-la do contexto brasileiro é dever dos órgãos competentes e dos prestadores do serviço direto, como médicos e enfermeiros.

O nível de escolaridade materna, o diagnóstico precoce da doença, a realização de um adequado pré-natal e o tratamento materno/parceiro são fatores determinantes para a prevenção da transmissão vertical da doença (10).

Por fim, conhecer o quantitativo de gestantes e crianças afetadas pela sífilis, com estimativas em nível local, regional e nacional, é crucial para orientar as capacidades dos sistemas de saúde em fortalecer políticas de prevenção, detecção, rastreamento e tratamento da doença (2).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente

- Transmissíveis. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral para as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. 2019.
2. KORENROMP EL, ROWLEY J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane SG, et al. *Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcome. Estimates for 2016 and progress since 2012*. PLoS ONE 14(2): e0211720.
 3. World Health Organization. *Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of hiv and syphilis. Second edition, 2017*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico de Sífilis*. Volume 49, nº 45, outubro, 2018.
 5. SINAN/CEVS/SES/RS. Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenação Estadual de IST/Aids. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Dados notificados no SINAN até 30/06/2018, atualizados em 18/09/2018. Disponível em: www.saude.rs.gov.br
 6. DATASUS (departamento de informática do SUS). Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
 7. Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Coordenação Estadual de IST/Aids. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. *Informe Epidemiológico. Sífilis no Rio Grande do Sul*. 2018.
 8. PADOVANI, Camila, ROSSETO, Rosana de Oliveira, PELLOS, Sandra Marisa. *Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil*. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil*. Brasília, 2017.
 10. Yajie Wang, MPH; Minzhi Wu, MD; Xiangdong Gong, MD; Liang Zhao, MD; Jing Zhao, MPH; Chuanwu Zhu, PhD; Chancong Gong, MPH Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant. Suzhou, China, 2014.
 11. DALLÉ, Jéssica. *Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual*. Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetria, 2017.
 12. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *SÍFILIS: Estratégias para Diagnóstico no Brasil*. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf
 13. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. *Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(6): e00082415, jun, 2016.

✉ Endereço para correspondência

Júlia de Castilhos Serafini

Rua Paissandu, 1420/403

CEP – Passo Fundo/RS – Brasil

☎ (54) 3313-4706

✉ juliacastilhoss@gmail.com

Recebido: 23/9/2020 – Aprovado: 20/12/2020