



# Cogitare Enfermagem

## ARTIGO ORIGINAL

### SÍFILIS CONGÊNITA: REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E TRATAMENTO DA GESTANTE E DE SEU PARCEIRO

Jéssica Strube Holztrattner<sup>1</sup>, Graciele Fernanda da Costa Linch<sup>2</sup>, Adriana Aparecida Paz<sup>3</sup>, Helga Geremias Gouveia<sup>4</sup>, Débora Fernandes Coelho<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar a ocorrência e a associação da sífilis congênita com a realização do pré-natal e tratamento da gestante e do parceiro.

**Método:** estudo retrospectivo do período de 2006 a 2015, observando dados do Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, com base em indicadores do Ministério da Saúde.

**Resultados:** a taxa de sífilis congênita em menores de um ano de idade aumentou de 2 para 6,5 no Brasil, de 1,5 para 11,5 no Rio Grande do Sul e de 4,4 para 30,2 em Porto Alegre. Em torno de 74% de mulheres realizaram o pré-natal nas três esferas. Das gestantes 80% não realizaram o tratamento ou o fizeram de maneira inadequada. O percentual de tratamento do parceiro não ultrapassou 20,5%. **Conclusão:** esse estudo observou o aumento da ocorrência da sífilis congênita. Ainda, a realização do pré-natal não assegurou tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros.

**DESCRITORES:** Sífilis; Sífilis Congênita; Assistência Perinatal; Saúde Pública; Enfermagem em Saúde Pública.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Holztrattner JS, Linch GF da C, Paz AA, Gouveia HG, Coelho DF. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>.



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. 

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. 

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. 

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. 

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. 

## CONGENITAL SYPHILIS: PRENATAL CARE AND TREATMENT OF PREGNANT WOMEN AND THEIR PARTNERS

### ABSTRACT

*Objective: to analyze the onset and association of congenital syphilis with prenatal care and treatment of pregnant women and their partners.*

*Method: Retrospective observational study conducted in the 2006-2015 period based that looked at data from Brazil, Rio Grande do Sul and Porto Alegre, based on indicators of the Brazilian Ministry of Health.*

*Results: The rate of congenital syphilis in children under one year of age increased from 2 to 6.5 in Brazil; from 1.5 to 11.5 in Rio Grande do Sul, and from 4.4 to 30.2 in Porto Alegre. Around 74% of women performed prenatal care at the municipal, state and federal levels. Of the total number of pregnant women, 80% were not treated or were improperly treated. The percentage of treatment of their partners did not exceed 20.5%.*

*Conclusion: The present study reported an increase in the onset of congenital syphilis. Moreover, prenatal care did not ensure adequate treatment of pregnant women and their partners.*

**DESCRIPTORS:** Syphilis; Syphilis, Congenital; Perinatal Care; Public Health; Public Health Nursing.

## SÍFILIS CONGÉNITA: REALIZACIÓN DEL PRENATAL Y TRATAMIENTO DE LA GESTANTE Y DE SU PAREJA

### RESUMEN

*Objetivo: evaluar la ocurrencia y la asociación da sífilis congénita con la realización del prenatal y tratamiento de la gestante y de la pareja.*

*Método: estudio retrospectivo del periodo de 2006 a 2015, con observación de datos de Brasil, Rio Grande do Sul y Porto Alegre, considerándose indicadores del Ministerio de la Salud.*

*Resultados: el índice de sífilis congénita en menores de un año de edad ha crecido de 2 para 6,5 en Brasil, de 1,5 para 11,5 en Rio Grande do Sul y de 4,4 para 30,2 en Porto Alegre. Alrededor de 74% de mujeres realizaron o prenatal en las tres esferas. De las gestantes 80% no realizaron el tratamiento o lo hicieron de modo inadecuado. El percentual de tratamiento de la pareja no excedió 20,5%.*

*Conclusión: ese estudio observó el crecimiento de la ocurrencia de la sífilis congénita. Sin embargo, la realización del prenatal no aseguró tratamiento adecuado de las gestantes y de sus parejas.*

**DESCRIPTORES:** Sífilis; Sífilis Congénita; Atención Perinatal; Salud Pública; Enfermería en Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é doença de evolução crônica, infectocontagiosa sistêmica, de transmissão sexual e vertical, causada por bactéria espiroqueta, o *Treponema pallidum*. Foi identificada pela primeira vez no século XV, apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo a notificação da sífilis congênita compulsória desde 1986 e em gestantes desde 2005. Apesar da existência de tratamento de baixo custo e eficaz, a sífilis ainda se mantém prevalente na população, sendo considerada grave problema de saúde pública<sup>(1)</sup>.

A evolução da doença é dividida em três estágios clínicos: primário, secundário e terciário; podem aparecer manifestações cutâneas temporárias e ocorrer períodos de latência. A sífilis congênita é transmitida via placentária em qualquer estágio clínico e em qualquer momento da gestação quando não tratada ou inadequadamente tratada. O quadro clínico da sífilis congênita varia de acordo com o tempo de exposição fetal à *Treponema*, com a virulência e com o tratamento da infecção materna, entre outros. Nos casos mais graves da manifestação da doença, pode ocorrer o aborto, morte fetal ou ainda o óbito neonatal<sup>(2)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um milhão de gestantes por ano, em todo o mundo, são afetadas pela sífilis, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças<sup>(3)</sup>. No Brasil, nos últimos cinco anos observou-se aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita. A percepção desse aumento pode ser atribuída, por um lado, ao aprimoramento do sistema de vigilância e a ampliação do uso de testes rápidos e, por outro, à redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde em administrar penicilina na Atenção Básica, ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros fatores<sup>(3)</sup>.

Do mesmo modo, o aumento da sífilis congênita evidencia as deficiências dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença<sup>(2)</sup>. Corroborando essa afirmação, foi realizado estudo no Rio de Janeiro demonstrando a associação significativa entre a transmissão vertical da sífilis e o início tardio do acompanhamento pré-natal, o número insuficiente de consultas, o manejo inadequado do diagnóstico e tratamento e a ausência de aconselhamento<sup>(4)</sup>.

Outro ponto importante a ser destacado: apesar de a prevenção da sífilis e do tratamento da doença na gestação serem de fácil manejo clínico e de custos baixos, o tratamento de uma criança com sífilis congênita é prolongado e bastante oneroso. Assim, o aumento dos casos de sífilis é indicativo de assistência pré-natal deficiente, com medidas de prevenção ignoradas, portanto, a sífilis congênita pode ser considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-infantil<sup>(5)</sup>.

Diante do exposto, considera-se importante que profissionais e gestores de saúde conheçam a magnitude do problema em questão, a fim de dispor de subsídios para a criação de estratégias de prevenção mais efetivas, para evitar doenças que acometem a saúde de fetos e recém-nascidos em grandes proporções, tais como a sífilis congênita. Para tanto, este estudo objetivou analisar a ocorrência e a associação da sífilis congênita com a realização do pré-natal e tratamento das gestantes e de seus parceiros.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo de série histórica, abarcando o período de 2006 a 2015, realizado com base em dados secundários e indicadores publicados pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>. As variáveis selecionadas no banco de dados foram: gestantes com sífilis por ano de diagnóstico, sífilis congênita em menores de um ano de idade, sífilis congênita segundo a informação sobre

a realização do pré-natal, sífilis congênita segundo esquema de tratamento da gestante e sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro.

A delimitação temporal ocorreu em virtude da disponibilidade no sistema de informação consultado. A utilização de dados a partir de 2006 foi intencional para analisar os indicadores dos últimos 10 anos, possibilitando a comparação dos dados. Este recorte de tempo foi importante devido à notificação compulsória de sífilis em gestantes ser exigida desde 2005, o que não influencia diretamente os dados apresentados neste estudo.

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2017 seguindo as variáveis supracitadas, recaindo em três esferas de governo: Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre. A análise dos dados foi temporal e os indicadores foram organizados e analisados em uma planilha do programa Microsoft Excel® 2007. Para análise, compararam-se os dados dos 10 anos estudados, de todas as variáveis citadas, entre as três esferas político-administrativas.

O presente estudo, por trabalhar com um banco de dados de domínio público fornecido online pelo Ministério da Saúde, e por não tratar de variáveis que possibilitem a identificação dos sujeitos da pesquisa, não necessitou ser submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, foram respeitados todos os preceitos éticos em consonância com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>(7)</sup>.

## RESULTADOS

Verificou-se que entre os anos de 2006 e 2015 foram notificados 152.809 casos de sífilis em gestantes no Brasil, 9.386 casos no Rio Grande do Sul e 1.870 casos no município de Porto Alegre. Na Figura 1, é possível observar as taxas de detecção de gestantes com sífilis em evolução temporal, destacando-se o aumento do número de casos ao longo do período.

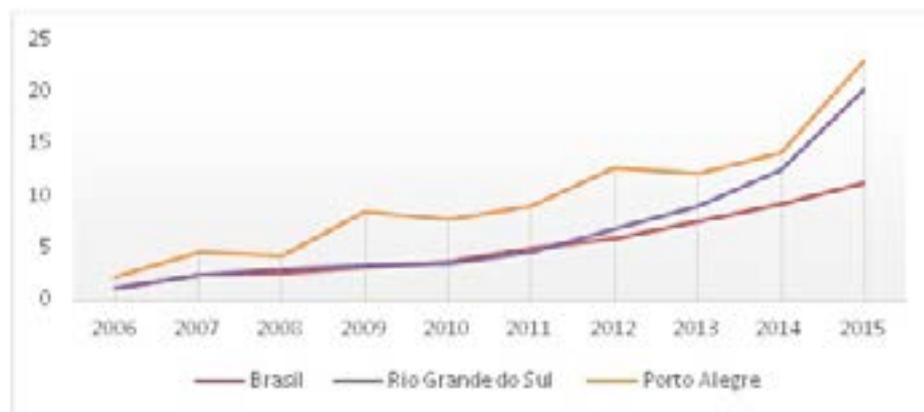


Figura 1 – Taxas de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico, 2006-2015. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Fonte: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>

Comparando-se o primeiro e o último ano estudados, a taxa de detecção de sífilis materna aumentou de 1,2 para 11,2 no Brasil, de 1,1 para 20,2 no Rio Grande do Sul e de 2,2 para 23 em Porto Alegre. Destaca-se o fato de Porto Alegre estar acima da taxa brasileira no período estudado, bem como o Rio Grande do Sul, após o ano de 2011.

Com relação à sífilis congênita em menores de um ano de idade, como mostra a Figura 2, no período entre os anos de 2006 e 2015 foram notificados 100.681 casos no

Brasil, 6.760 casos no Rio Grande do Sul e 2.659 casos em Porto Alegre. A incidência de sífilis congênita em menores de um ano no Brasil e no Rio Grande do Sul foi similar e manteve-se estável entre 2006 e 2008. A partir de 2009 houve aumento dessa incidência, a qual foi maior no Rio Grande do Sul quando comparada à taxa brasileira. A incidência em Porto Alegre ao longo do período estudado foi superior à taxa estadual e nacional. Além disso, a cada ano é possível observar aumento importante da taxa de sífilis congênita em menores de um ano de idade em Porto Alegre.

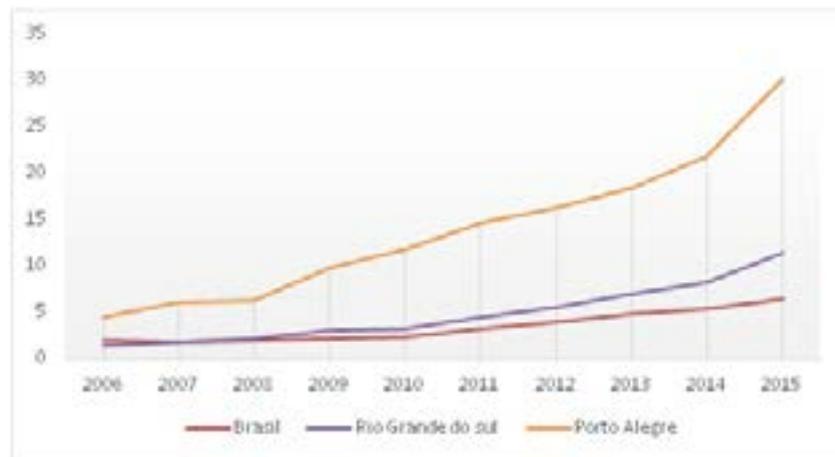


Figura 2 – Taxas de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita em menores de um ano, 2006-2015. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Fonte: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>

Comparando o ano de 2006 com o ano de 2015, observa-se elevação da taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade de dois para 6,5 no Brasil, de 1,5 para 11,5 no Rio Grande do Sul e de 4,4 para 30,2 em Porto Alegre. Ainda que Porto Alegre apresente maiores taxas de detecção em todo o período estudado, salienta-se que no último ano a incidência foi 4,7 vezes maior do que a incidência no Brasil.

Dados nacionais, estaduais e municipais sobre a realização do pré-natal nos casos de confirmação de sífilis congênita assemelham-se no período estudado. O percentual de mulheres que realizaram o pré-natal não apresentou grandes variações no Brasil, ficando em torno de 79.000 (74%). Rio Grande do Sul e Porto Alegre seguiram a mesma tendência, tendo em torno de 5.600 (76%) e 2000 (72%) de mulheres que realizaram o pré-natal, respectivamente. Os maiores valores observados em Porto Alegre e no Rio Grande do Sul foram no ano de 2007 e, no Brasil, no ano de 2015.

Apesar de as taxas de realização do pré-natal ser superior a 70% nos casos de transmissão vertical, a distribuição do percentual de sífilis congênita diagnosticada no pré-natal não ultrapassou 62,5% nas esferas governamentais estudadas. A média foi de 4.780 (45%) no território nacional, e de 409 (55%) e 158 (55%) no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, respectivamente. O valor supracitado, de 62,5% de percentual de sífilis congênita diagnosticada no pré-natal, ocorreu em esfera estadual, no ano de 2015, seguido do segundo maior valor encontrado, de 59%, que ocorreu no mesmo ano, na cidade de Porto Alegre.

Com relação ao tratamento das mulheres nos casos de confirmação da sífilis congênita, o estudo em questão não apresenta dados promissores, conforme se vê na Figura 3. O percentual de gestantes que não realizou o tratamento ou o fez de maneira inadequada ultrapassa 80% dos casos no Brasil e no Rio Grande do Sul. Em Porto Alegre, os dados são ainda mais alarmantes, ficando o percentual de mulheres não tratadas ou inadequadamente tratadas acima de 90%.



Figura 3 – Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe, 2006-2015. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Fonte: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>

Nas esferas governamentais estudadas, a distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informações sobre o tratamento do parceiro da gestante foi muito baixa em todo período analisado, não ultrapassando 20,5%. Rio Grande do Sul e Porto Alegre seguiram a tendência nacional, tendo piora do percentual entre os anos de 2008 e 2013. Embora nenhum resultado encontrado seja positivo, os dados da capital ficam aquém dos encontrados no Rio Grande do Sul e no Brasil, como pode ser observado na Figura 4. Porto Alegre apresentou no ano de 2008 percentuais de 4,3% de parceiros tratados. Apenas nos anos de 2006 e 2015 a taxa foi superior a 10%.

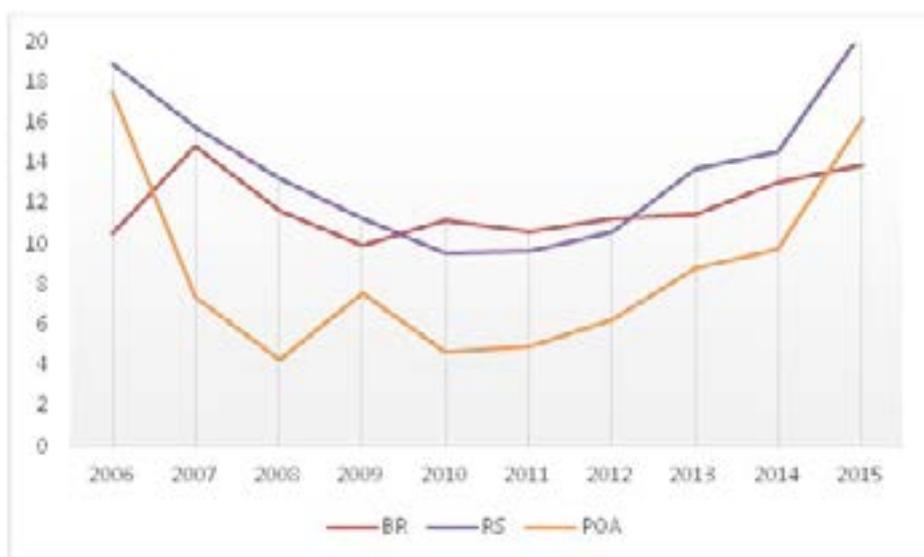


Figura 4 – Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da gestante, 2006-2015. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

Fonte: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>

## DISCUSSÃO

Os dados descritos neste estudo indicaram aumento das taxas de sífilis em gestantes no Brasil, em especial, no Rio Grande do Sul e na cidade de Porto Alegre. Em 2015, as Regiões Sul e Sudeste superaram as taxas brasileiras de gestantes com sífilis por 1.000 nascidos vivos. A taxa de detecção mais elevada ocorreu no estado do Mato Grosso do Sul, com 21,9 casos. O Rio Grande do Sul vem logo em seguida, com taxa de 20,2. A menor taxa de detecção foi no Rio Grande do Norte, com 4,5 casos<sup>(8)</sup>.

Em relação à sífilis congênita, em 2015, as regiões Sul, Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores taxas de incidência, superando a taxa nacional, de 6,5 casos em menores de um ano de idade. O estado com a taxa mais elevada em 2015 foi o Rio de Janeiro, com 12,4 casos, seguido do Rio Grande do Sul, com 11,5 casos. A menor taxa ocorreu em Roraima, com 1,3 casos. Considerando as capitais brasileiras, apenas sete estão abaixo da média nacional, sendo elas: Curitiba, Manaus, São Paulo, Rio Branco, Brasília, Goiânia, Macapá e Boa Vista. Porto Alegre apresenta a maior taxa de incidência entre as capitais brasileiras, ficando, em 2015, com a taxa 4,7 vezes mais alta do que a taxa de incidência nacional<sup>(8)</sup>.

Os achados apresentados neste estudo mostram que houve progressivo aumento da incidência de sífilis congênita nos últimos dez anos, nas três esferas governamentais analisadas, em especial, após o ano de 2010. Os valores apresentados ficam acima do parâmetro nacional estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Outros estados brasileiros também apresentam aumento da incidência de sífilis congênita nos últimos anos e taxa superior à preconizada pelo Ministério da Saúde, de até um caso por 1.000 nascidos vivos, o que demonstra a necessidade de realizar ações educativas e desenvolver medidas eficazes para o controle desse agravo. A sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento, o que confirma a urgência de melhor assistência perinatal, qualificando o atendimento de gestantes, evitando, assim, a transmissão vertical<sup>(5,9)</sup>.

Quanto à notificação da doença em Porto Alegre, observou-se que a taxa de sífilis congênita foi maior do que a de sífilis materna em todos os anos estudados, mesmo considerando os casos de sífilis congênita apenas em crianças de menos de um ano de idade. Este fato corrobora com os estudos que apontam lacunas no sistema de vigilância epidemiológica e remete, também, a possíveis lacunas da assistência pré-natal<sup>(8-9)</sup>.

Mesmo havendo consenso de que existem fragilidades nos serviços de saúde, em diversos estudos esse grande aumento da taxa de detecção da sífilis em todo território nacional também é atribuído à melhoria na notificação dos casos, à possível ampliação ao acesso diagnóstico e aos avanços da vigilância epidemiológica<sup>(8-9)</sup>. No entanto, mesmo podendo interpretar os dados de maneira positiva, tendo em vista a melhora dos registros, é importante reconhecer a limitação do uso de fontes oficiais de dados secundários, podendo existir subnotificações. A omissão das subnotificações pode sugerir taxas ainda maiores da doença nas três esferas político-administrativas estudadas.

Quanto à realização do pré-natal nos casos de confirmação de sífilis congênita, semelhante a outros estudos, a maioria das gestantes realizou acompanhamento pré-natal, contudo, o fato não impediu o aumento de casos da doença<sup>(5,10-11)</sup>. Essa associação da realização do pré-natal com casos confirmados de sífilis congênita pode sugerir que a qualidade do pré-natal carece de ações estratégicas e educativas para qualificação do tratamento<sup>(5,10)</sup>. No entanto, provavelmente o maior acesso aos exames diagnósticos no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre reflete-se em maior detecção de gestantes com a doença e, conseqüentemente, gera mais notificações, podendo de certa forma explicar a maior ocorrência de sífilis nessas regiões.

Seguindo a mesma tendência, um estudo realizado no estado do Piauí apontou que, dos casos em que ocorreu transmissão materno-fetal do *Treponema pallidum*, 82,4% das

gestantes haviam realizado pré-natal. Porém, apenas 40,4% dos diagnósticos de sífilis aconteceram durante a gestação<sup>(12)</sup>.

Em pesquisa realizada em seis unidades federativas no Brasil, verifica-se que o controle da doença continua sendo um desafio para a atenção pré-natal, apesar dos avanços tecnológicos existentes que facilitam o diagnóstico da sífilis em gestantes, como a implantação de testes rápidos nas redes básicas. O rastreamento da sífilis materna é uma das ações mais custo-efetivas em saúde pública, mostrando benefícios inquestionáveis, logo, deve ser melhor organizada nos serviços de saúde<sup>(13)</sup>.

Em Campo Grande-MS, realizou-se estudo que comparou dois períodos distintos nas quatro principais maternidades conveniadas do Sistema Único de Saúde. A pesquisa aponta que, em 2006, 75% das gestantes diagnosticadas com sífilis relataram acompanhamento pré-natal; em 2011, essa cobertura foi de 100%. Contudo, no primeiro período, 58% dos diagnósticos ocorreram após o parto. No segundo período, a melhora foi significativa, aumentando para 66,7% de diagnósticos antes do parto. Com relação ao tratamento da sífilis congênita, em 2006, 67% das gestantes não o realizaram de forma adequada. Já em 2011, 66,7% o fizeram, contribuindo, assim, para a prevenção da transmissão vertical<sup>(9)</sup>.

Assim como na pesquisa relatada neste artigo, outros estados e municípios brasileiros também apontaram baixa taxa de tratamento adequado em gestantes sífilíticas, com piora significativa quando relacionado aos casos de transmissão materno-fetal<sup>(5,8,11,13-14)</sup>. Um estudo nacional de base hospitalar verificou que, mesmo na maioria dos nascimentos em que ocorreu a transmissão vertical da infecção, as gestantes realizaram o pré-natal. Essas gestantes que passaram o *Treponema* para seus filhos apresentaram início mais tardio da assistência pré-natal, menor número de consultas, menor realização de sorologias para sífilis e menor registro de testes reagentes na carteirinha da gestante. Globalmente, este trabalho estimou que apenas 26% dos desfechos adversos da doença na gestação foram evitados pela assistência pré-natal<sup>(14)</sup>.

O tratamento adequado da sífilis materna com penicilina é capaz de prevenir 97% da transmissão vertical, sendo os melhores resultados obtidos quando o tratamento ocorre por volta da 24<sup>a</sup> à 28<sup>a</sup> semana de gestação. O manejo adequado da sífilis gestacional implica a identificação precoce da gestante infectada e a realização de tratamento apropriado. Ressalta-se que, para evitar a reinfecção da gestante, é fundamental o tratamento de seu parceiro sexual<sup>(14)</sup>.

O tratamento do parceiro da gestante é assinalado por diferentes pesquisas como o principal agravante da taxa de tratamento inadequado da gestante com sífilis. O número de parceiros não tratados superou o número de parceiros tratados em todos os anos investigados (2000 a 2009) por estudo realizado no estado do Ceará<sup>(5)</sup>. Já em análise realizada em maternidades do Mato Grosso do Sul, verificou-se que nenhum parceiro de gestantes infectadas com sífilis realizou o tratamento<sup>(9)</sup>. Nas maternidades públicas do Distrito Federal, conforme apontado em outra pesquisa<sup>(15)</sup>, 41,8% das gestantes com sífilis foram adequadamente tratadas e a principal razão da inadequação do tratamento foi a falta e/ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%).

Assim como encontrado em outros estudos, o elevado número de parceiros que não recebe tratamento adequado para sífilis supõe negligência dos serviços de saúde, uma vez que o tratamento do parceiro sexual é determinante para a cura eficaz da gestante, impedindo sua reexposição ao *Treponema* e evitando a transmissão vertical<sup>(5,15)</sup>. É possível concluir, portanto, que a alta taxa de transmissão materno-fetal da doença pode estar relacionada a baixa resolutividade da rede de atenção básica na assistência pré-natal.

Em pesquisa sobre sífilis congênita em menores de um ano, verificou-se que a maioria dos casos era de gestantes cujos parceiros não aderiram ao tratamento concomitante. Sugere-se que este fato pode ser, em parte, justificado pela ideia de que serviços de saúde são destinados, em sua maioria, a mulheres, crianças e idosos. Assim, os homens teriam maior dificuldade de acesso aos serviços, somando-se isso ao fato de a figura masculina ser associada a despreocupações com seu estado de saúde<sup>(15)</sup>.

Com base nos estudos apresentados e nos dados aqui levantados, construiu-se o conhecimento de que a assistência pré-natal de qualidade é a medida mais efetiva para a redução de casos novos de sífilis congênita. Com relação a isso, em Fortaleza-CE, o conhecimento de profissionais pré-natalistas acerca da transmissão vertical da sífilis foi pesquisado e verificou-se que esses profissionais não apresentavam conhecimento satisfatório em relação ao diagnóstico e tratamento da gestante, de seu parceiro, tampouco com relação ao acompanhamento da gestante com sífilis<sup>(16)</sup>. Ainda, sabendo-se que estratégias para o envolvimento do parceiro no tratamento devem ser desenvolvidas, emergem hipóteses que carecem de investigações para que motivos e dificuldades da adesão ao tratamento sejam encontrados<sup>(5,16)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste estudo mostram que houve progressivo aumento da incidência de sífilis em gestante e sífilis congênita nos últimos dez anos no Brasil, e em especial no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, onde se evidencia a maior taxa de sífilis congênita entre as capitais brasileiras.

Neste estudo, identificou-se que a realização do pré-natal não assegurou o tratamento adequado para uma parcela representativa de gestantes e de seus parceiros, o que evitaria a infecção da criança. A maioria das gestantes estudadas realizou acompanhamento pré-natal, contudo, o fato não impediu o aumento de casos de sífilis congênita. Dessa forma, é necessário pensar novas estratégias para conscientizar e captar as gestantes e seus parceiros para a realização do tratamento, além da proposição de ações de prevenção efetivas.

Acredita-se, também, que seja necessária a educação permanente de profissionais pré-natalistas, uma vez que a unidade básica é vista como o local em que existe maior proximidade entre os profissionais e os usuários, permitindo ampliar a captação e acolhimento do parceiro sexual da gestante, a fim de realizar tratamento adequado. A disseminação direcionada de conhecimento por meio de educação, com ênfase na prevenção e tratamento da doença, é aspecto relevante a ser considerado na reversão do alto índice de sífilis congênita.

Este estudo mostrou elevado número de parceiros que não recebe tratamento adequado para sífilis. No entanto, mais estudos relacionados às dificuldades de adesão do parceiro da gestante ao tratamento são necessários. Ainda, mesmo com a implementação da Nota Informativa N° 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, que desconsidera a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes, para sua classificação de tratamento adequado, é de extrema importância o tratamento do parceiro considerando a taxa elevada de gestantes inadequadamente tratadas.

O estudo contribuiu para o aumento do conhecimento em relação à ocorrência da sífilis congênita e sua associação com a realização do pré-natal e tratamento das gestantes e de seus parceiros. Espera-se que o compartilhamento do conhecimento auxilie na realização de medidas preventivas para evitar o aumento progressivo deste agravo.

A limitação do estudo foi o uso de fontes oficiais de dados secundários para a análise das informações, podendo existir subnotificações. Sugere-se a realização de pesquisas nos diversos cenários de cuidado e com os profissionais da saúde, a fim de ampliar a compreensão deste agravo à saúde dos neonatos, da gestante e do parceiro.

## REFERÊNCIAS

1. Guerra HS, Costa CV, Santos IAB, Silva JM, Barcelos TF. Sífilis Congênita: repercussões e desafios. ACM arq. catarin. Med. [Internet]. 2017 [acesso em 10 nov 2017]; 46(3). Disponível em: <http://www.acm.org.br/>

[acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94](http://acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94).

2. Ministério da Saúde (BR). Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 444 p.
3. Cavalcante AL, Brito SMF, Benzaken AS, Rohlf DB, Duarte E, Ferreira GS, et al. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. Brasília: Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. [Internet]. 2017 [acesso em 10 nov 2017]; 48(36). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.
4. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev. Saúde Públ. [Internet]. 2013 [acesso em 03 nov 2017]; 47(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>.
5. Costa CC da, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL de, Chagas ACMA, Lopes MVO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2013 [acesso em 03 nov 2017]; 47(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100019>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. [Internet] [acesso em 10 nov 2017] Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br>.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2016. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 15 out 2017] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>.
9. Figueiró-Filho EA, Freire SSA, Souza BA, Aguenta GS, Maedo CM. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. DST – J Bras Doenças Sex Transm. [Internet]. 2012 [acesso em 17 nov 2017]; 24(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5533/2177-8264-201224109>.
10. Carvalho IS, Brito RS. Congenital syphilis in the state of Rio Grande do Norte: a descriptive study in the period 2007-2010. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet] 2014 [acesso em 17 nov 2017]; 23(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000200287](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200287).
11. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. Cogitare enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 24 nov 2017]; 22(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.48949>.
12. Barbosa DRM, Almeida MG de, Silva AO, Araújo AA, Santos AG dos. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Rev. enferm. UFPE on line. [Internet]. 2017 [acesso em 17 nov 2017]; 11(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201716>.
13. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2017 [acesso em 17 nov 2017]; 41. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44/pt>.
14. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saude Publica. [Internet]. 2016 [acesso em 17 nov 2017]; 32(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
15. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saude Publica. [Internet]. 2013 [acesso em 17 nov 2017]; 29(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>.
16. Silva DMA da, Araújo MAL, Silva RM da, Andrade RFV, Moura HJ de, Esteves ABB. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza-CE, Brazil. Texto

contexto – enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 10 nov 2017]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>.

Recebido: 07/05/2018

Finalizado: 12/03/2019

**Autor Correspondente:**

Jéssica Strube Holztrattner

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

R. Sarmiento Leite, 245 – 90050-170 - Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: [jessica.holztrattner@gmail.com](mailto:jessica.holztrattner@gmail.com)

**Contribuição dos autores:**

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - JSH, GFCL, AAP, HGG, DFC

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - JSH, GFCL, AAP, HGG, DFC

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - JSH, GFCL, AAP, HGG, DFC

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - JSH

---