

LUCAS FERNANDO LANFREDI

**DISTRIBUIÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTES NO
ESTADO DE SANTA CATARINA, 2011 A 2020.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2021**

LUCAS FERNANDO LANFREDI

**DISTRIBUIÇÃO DA SÍFILIS EM GESTANTES NO
ESTADO DE SANTA CATARINA, 2011 A 2020.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araújo
Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Curi Hallal**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2021**

Lanfredi, Lucas Fernando.

Distribuição da Sífilis em Gestantes no estado de Santa Catarina, 2011 a 2020.

Orientadora: Ana Luiza Curi Hallal.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Sífilis 2. Gestantes 3. Perfil epidemiológico 4. Santa Catarina 5. Brasil

“Shoot for the moon. Even if you miss, you’ll land among the stars”
Les Brown

Modalidade do manuscrito: Artigo original

Título do artigo: Distribuição da sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, 2011 a 2020.

Título em inglês: Distribuiton of syphilis in pregnant women in the state of Santa Catarina, from 2011 to 2020.

Título em espanhol: Distribución de la sífilis em gestantes em el estado de Santa Catarina, 2011 a 2020.

Título resumido: Sífilis em gestantes em Santa Catarina.

Autores:

Ana Luiza Curi Hallal¹ - e-mail: anacuri@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-4761-0001>

Lucas Fernando Lanfredi – e-mail: lucasfernando.lanfredi@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3764-0282>

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Endereço para correspondência: Ana Luiza Curi Hallal – Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, R. Delfino Conti, S/N, Trindade, Florianópolis – SC, Brasil. CEP 88036-020. Telefone: +55 48 3721-9388.

Informação sobre trabalho acadêmico: Trabalho intitulado “Distribuição da sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, 2011 a 2020.” apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina em 2021 como Trabalho de Conclusão de Curso. Autoria de Lucas Fernando Lanfredi sob orientação da professora Ana Luiza Curi Hallal.

RESUMO

Objetivo: descrever os principais aspectos epidemiológicos da sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, de 2011 a 2020. **Métodos:** estudo descritivo utilizando a base do banco de dados do SINAN. **Resultados:** evidenciou-se um aumento dos casos notificados durante o período avaliado, sendo os locais de maior incidência as macrorregiões da Grande Florianópolis e do Nordeste e Planalto Norte. Observou-se um predomínio das pacientes dos 20 aos 29 anos, de etnia branca, com ensino médio incompleto e com tratamento inadequado, além de uma defasagem do tratamento dos parceiros. **Conclusão:** o aumento dos casos de sífilis em gestantes no período observado foi expressivo, predominando em pacientes mais jovens e nas macrorregiões mais populosas do estado. O caráter social foi evidenciado pela baixa escolaridade e predomínio proporcionalmente maior nas etnias pretas e pardas. Ademais, verificou-se um número expressivo de pacientes com tratamento inadequado e que não tiveram sua parceria sexual tratada.

Palavras-chave: 1. Sífilis 2. Gestantes 3. Perfil epidemiológico 4. Santa Catarina 5. Brasil

ABSTRACT

Objective: to describe the main epidemiological aspects of syphilis in pregnant women in the state of Santa Catarina, from 2011 to 2020. **Methods:** descriptive study using the SINAN database. **Results:** there was an increase in reported cases during the period evaluated, with the greatest incidence being the macro-regions of Greater Florianópolis and Northeast and North Plateau. There was a predominance of patients aged 20 to 29 years, white ethnicity, with incomplete high school and inadequate treatment, in addition to a delay in the treatment of partners. **Conclusion:** the increase in syphilis cases in pregnant women in the period observed was significant, predominantly in younger patients and in the most populous macroregions of the state. The social character was evidenced by the low educational level and proportionally greater predominance of black and brown ethnic groups. Furthermore, there was a significant number of patients with inadequate treatment and who did not have their sexual partner treated.

Keywords: 1. Syphilis 2. Pregnant women 3. Epidemiological profile 4. Santa Catarina 5. Brazil

RESUMEN

Objetivo: describir los principales aspectos epidemiológicos de la sífilis en gestantes del estado de Santa Catarina, de 2011 a 2020. **Métodos:** estudio descriptivo utilizando la base de datos SINAN. **Resultados:** hubo un aumento en los casos reportados durante el período evaluado, siendo la mayor incidencia las macrorregiones de Gran Florianópolis y Nordeste y Meseta Norte. Hubo predominio de pacientes de 20 a 29 años, etnia blanca, con bachillerato incompleto y tratamiento inadecuado, además de un retraso en el tratamiento de las parejas. **Conclusión:** el aumento de casos de sífilis en gestantes en el período observado fue significativo, predominantemente en pacientes más jóvenes y en las macrorregiones más pobladas del estado. El carácter social se evidenció por el bajo nivel educativo y proporcionalmente mayor predominio de las etnias negra y morena. Además, hubo un número importante de pacientes con tratamiento inadecuado y que no tuvieron a su pareja sexual tratada.

Palabras clave: 1. Sífilis 2. Mujeres embarazadas 3. Perfil epidemiológico 4. Santa Catarina 5. Brasil

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é causada por uma bactéria do grupo das espiroquetas denominada *Treponema pallidum*, a qual é transmitida principalmente pela via sexual e vertical. Vale ressaltar que a infecção ocorre em um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis, sendo a suscetibilidade à doença universal e sem o desenvolvimento de imunidade duradoura decorrente de exposições prévias ao treponema.^{1,2,3}

Essa infecção sexualmente transmissível é considerada um problema de saúde global, como demonstrado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com dados de 2016, que estimou 6,3 milhões de casos novos no mundo, o que representa uma prevalência de 0,5% na população em geral. Do mesmo modo, o Brasil acompanhou a tendência de aumento dos casos e viu a taxa de sífilis adquirida no país alcançar um valor de 1,1% em jovens conscritos, no mesmo ano de 2016.^{4,5}

No tocante à sífilis em gestantes o cenário não é diferente, já que o Brasil registrou elevação das taxas de 8,9 casos para 21,4 casos por mil nascidos vivos, entre os anos de 2014 e 2018.⁵ Da mesma forma, Santa Catarina passou de 1,7 casos por mil nascidos vivos em 2007, para 19,1 casos em 2017.⁶ Em vista disso, a Sífilis em gestantes é doença de notificação compulsória desde 2005, configurando-se como um agravo de saúde pública ainda vigente e preocupante. Aliás, os efeitos da infecção não se restringem à nutriz e podem gerar consequências sérias ao concepto, como prematuridade, morte neonatal, aborto e malformações congênitas.¹

Em virtude desses efeitos negativos, a OMS propôs no ano de 2010 medidas para reduzir a incidência desses agravos, estabelecendo ações estratégicas, como o fortalecimento do pré-natal, diagnóstico precoce e tratamento eficaz.⁷ Portanto, esforços

estão sendo despendidos no âmbito da atenção básica para rastrear e tratar corretamente essas gestantes. Essa busca ativa é necessária, já que a maioria das pacientes é assintomática no momento do diagnóstico, fazendo do pré-natal uma grande oportunidade no combate à propagação da sífilis. Bem como, visando o sucesso terapêutico, as diretrizes do Ministério da Saúde orientam a correta classificação das pacientes em estágios clínicos: sífilis primária, secundária, latente e terciária.^{1,2,4}

A classificação clínica supracitada é um ponto fundamental para os profissionais da saúde, já que serve para balizar a correta dose de Penicilina G Benzatina, que se configura como uma droga segura e eficaz para o tratamento concomitante do feto e da gestante. Além disso, outro nó crítico para o manejo adequado dessas pacientes é o tratamento da parceria sexual, que se não for realizado devidamente pode reinfectar a gestante, visto que não há imunidade de longo prazo como previamente ressaltado.^{1,2,4}

Tendo em vista os dados supracitados, nos quais se evidencia a preocupação com a sífilis em gestantes devido ao aumento do número de casos e suas consequências, destaca-se a importância do conhecimento das características clínico-epidemiológicas das pacientes acometidas para embasar as políticas públicas e o rastreamento da doença. Assim, o presente estudo tem por objetivo descrever os principais aspectos epidemiológicos da sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, do período de 2011 a 2020.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo dos casos notificados de sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, no período de 2011 a 2020. Foram utilizados dados epidemiológicos oriundos das bases do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN), da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), utilizando-se as informações captadas da folha de notificação compulsória.

De acordo com a ficha de notificação, os critérios para definição de caso de sífilis em gestantes estão compreendidos em três critérios principais: 1- Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio; 2- Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação; 3- Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. Logo, os casos confirmados de cicatriz sorológica são excluídos da notificação⁸.

As variáveis estudadas abordam o número de casos notificados do período de 2011 a 2020, faixa etária, etnia, escolaridade em anos de estudo, estágio clínico da doença, esquema de tratamento, motivo para o não tratamento do parceiro, além da distribuição nas macrorregiões de Santa Catarina. Assim, os 295 municípios do estado de Santa Catarina foram agrupados em 7 macrorregiões: Planalto Norte e Nordeste, Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis e Sul.⁹

As informações supracitadas foram obtidas no SINAN através da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) como planilhas em formato CSV, sendo posteriormente executadas no Microsoft Excel 2016. Neste programa, os dados foram organizados, apresentados e distribuídos de acordo com as variáveis de interesse e, posteriormente, analisados de forma descritiva.

Em virtude do domínio público dos dados obtidos, bem como a impossibilidade de identificação dos participantes o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo não apresenta financiamento e nem conflito de interesses.

3. RESULTADOS

Entre os anos de 2011 e 2020, no estado de Santa Catarina, foram observados 12.649 casos de sífilis em gestantes. Houve um predomínio dos casos notificados nos últimos anos, englobando 1989 casos (15,7%) em 2020, 2018 casos (16%) em 2019 e 2398 gestantes acometidas (19%) no ano de 2018, sendo este o ano com maior prevalência. O ano com menor número de casos foi 2011, totalizando 279 notificações (2,2%) (Tabela 1).

No que tange às macrorregiões, observa-se um número maior de casos notificados no Nordeste e Planalto Norte, apresentando 2617 casos (20,7%) no período, seguido pela Grande Florianópolis, com 2587 casos (20,5%). Uma menor frequência da doença foi observada na macrorregião Vale do Itajaí que, apesar da proximidade com as regiões de maior prevalência, apresentou 940 casos (7,4%) no período analisado (Tabela 2).

Quando observamos a distribuição da sífilis em gestantes de acordo com o grupo etário, observa-se um pico na faixa etária dos 20-29 anos, correspondendo a 6862 casos (54,2%), seguido pela faixa etária dos 15-19 anos, essa com 3064 notificações (24,2%). Ademais, levando-se em consideração a distribuição dos casos pela etnia, o predomínio é da população branca com 9685 (76,6%), seguida pela população parda que somou 1638 casos, equivalendo a 12,9%. Por fim, em relação ao grau de escolaridade, houve um maior número de casos em pacientes com 8 a 10 anos de estudo, equivalente a 3602 gestantes (28,5%), seguida de perto pela faixa de 1 a 7 anos de estudo, somando-se mais 3534 (27,9%). Vale observar ainda o elevado número de ignorados, com 2178 notificações (17,2%) (Tabela 3).

Além disso, observa-se que 2104 pacientes receberam tratamento com Penicilina G Benzatina na dose de 2.400.000 UI, sendo que 1184 (56,27%) foram classificadas como sífilis Primária, 331 (15,73%) como Latente e 402 (19,11%) permaneceram como Ignorado na classificação. Nota-se, ainda, que 607 gestantes receberam 4.800.000 UI da Penicilina como esquema de tratamento, predominando aquelas classificadas como sífilis Primária com 225 dos casos (37,07%). Percebe-se, também, que o esquema mais utilizado foi a Penicilina G Benzatina na dose de 7.200.000 UI totalizando 8419 pacientes, com maior participação na fase clínica de sífilis Latente com 3543 casos (42,08%), além das 2155 (25,6%) e 1631 (19,37%) classificadas, respectivamente, como sífilis Primária e Ignorado. (Tabela 4)

Ademais, é importante ressaltar que 220 pacientes foram tratadas com outro esquema que não a Penicilina, bem como um total de 860 gestantes não receberam qualquer forma de tratamento. Reforçando o exposto acima, observa-se que 2750 pacientes foram agrupadas como Ignorado na classificação clínica, o que representa 21,74% das pacientes. (Tabela 4)

Por fim, observou-se que 5477 gestantes não tiveram seus parceiros tratados, o que representa cerca de 43,3% dos casos. Destes, predomina a razão intitulada Outro motivo com 1624 (29,7%), seguida pela falta de contato do parceiro com a gestante, o que equivale a 1544 (28,2%). No outro extremo, uma pequena parcela Não foi comunicado pela US, cerca de 356 (6,5%), além da Recusa ao tratamento, representando 225 dos casos (4,1%). (Tabela 5)

4 DISCUSSÃO

Evidenciou-se um aumento dos casos notificados de sífilis em gestantes no estado de Santa Catarina, durante o período de 2011 a 2020. Os locais de maior incidência foram as macrorregiões da Grande Florianópolis e do Nordeste e Planalto Norte. Com relação ao perfil das gestantes, observou-se um predomínio das pacientes dos 20 aos 29 anos, sendo a maioria de etnia branca e com ensino médio incompleto. No que tange ao tratamento, houve um predomínio de mulheres com tratamento inadequado, apresentando incongruências quando comparado com as recomendações terapêuticas das diretrizes. Ademais, demonstra-se uma importante defasagem do tratamento dos parceiros.

Apesar da grande extensão e heterogeneidade do Brasil, o incremento no número de notificações de sífilis em gestantes nos últimos anos é algo que os estados e municípios brasileiros apresentaram em comum, corroborando a ideia da ressurgência da sífilis.^{7,10,11} O estado de Santa Catarina, em linha com o que foi observado no restante do país, teve um aumento expressivo dos casos de sífilis em gestantes no período observado. Com isso, alguns autores apontam que a melhoria do acesso à Atenção Básica e a maior sensibilização dos profissionais de saúde são fatores importantes para o aumento dos casos notificados. Todavia, outros estudos questionam se essas variáveis seriam suficientes, externalizando a ideia do comportamento de risco entre os jovens atualmente.^{7,10,11,12}

Além disso, alguns trabalhos demonstraram um predomínio da distribuição geográfica dos casos de sífilis em gestantes nas regiões metropolitanas e litorâneas de maior população dos seus respectivos estados, o que parece ser compartilhado com outras doenças infectocontagiosas, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Em contrapartida, os locais de menor população apresentam as menores taxas, situação

atribuída à subnotificação e condições de saúde inferiores.^{7,10} Do mesmo modo, o presente estudo verificou um número maior de casos nas macrorregiões mais populosas do estado, sendo elas a Grande Florianópolis e o Nordeste e Planalto Norte, enquanto as demais regiões apresentaram taxas consideravelmente mais baixas. Contudo, a região do Vale do Itajaí vai de encontro ao supracitado, já que apresenta a terceira maior população do estado e o percentual mais baixo do período avaliado.

Ademais, com relação ao perfil das gestantes acometidas, observa-se um predomínio dos casos na faixa etária com maior natalidade e vida sexual mais ativa, correspondendo às pacientes dos 20 aos 29 anos.^{1,7,10,11} Em concordância com a literatura, as maiores taxas foram observadas na faixa etária supracitada. Não obstante, evidenciou-se um nível elevado de casos em adolescentes, dos 15 aos 19 anos, o que reforça a preocupação de outros autores com relação à precariedade na educação sexual e planejamento familiar.¹⁰

No tocante ao grau de escolaridade e etnia, os estudos ressaltam o caráter social da Sífilis, já que há predomínio em pacientes com baixa escolaridade, além de uma incidência proporcionalmente maior em pacientes pretas e pardas quando comparado com a população branca, respeitando-se a distribuição populacional de cada região.^{10,13,14,15} Em Santa Catarina, durante o período observado, os dados reforçam a prevalência na população com menor nível de escolaridade. Bem como, observou-se um percentual maior de gestantes das etnias pretas e pardas em relação à proporção étnica no estado, comparativamente à distribuição pelo IBGE. Essa análise é importante, já que permite reconhecer os grupos de maior risco e direcionar o planejamento das políticas públicas para eles, sabendo que o acesso à atenção primária sofre forte influência das características socioeconômicas dos indivíduos.

Está bem estabelecido que o tratamento adequado da sífilis na gestação impede a transmissão vertical e auxilia na quebra da cadeia de transmissão nessa população sexualmente ativa. Para que isso ocorra, as gestantes devem ser corretamente classificadas de acordo com seu estágio clínico e tratadas com penicilina benzatina na dose correspondente.^{1,2,4} No entanto, a despeito dessa oportunidade, verifica-se um profundo desconhecimento dos protocolos clínicos para classificação e tratamento das gestantes. Diversos estudos em diferentes estados, como Amazonas, Distrito Federal, Ceará, Rio de Janeiro reiteram as incongruências nas indicações terapêuticas, sendo atribuído pelos autores a um possível desconhecimento da doença ou a algum erro no preenchimento da ficha de notificação.^{7,10,11,13} De modo semelhante, o presente estudo observou que menos da metade das pacientes que receberam o tratamento mais frequentemente utilizado (Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI) tinham de fato a indicação clínica correta (Sífilis Latente ou Terciária). Não obstante, houve um número expressivo de pacientes com tratamento não realizado ou com utilização de outro esquema, o que preocupa pelas possíveis consequências, como a sífilis congênita.

Nesse sentido, o tratamento também é considerado inadequado caso exista alguma chance de reinfecção, sendo avaliado também pelo tratamento ou não da parceria sexual. Os dados da literatura variam com relação ao percentual de parceiros que não foram tratados, variando de 53% em alguns estudos, mas podendo chegar a 89% em outros.^{7,10,12,13,15} Portanto, apesar de o presente estudo ter um percentual grande de parceiros não tratados (43,3%), ainda assim, configura um resultado melhor que o observado pelos demais autores. Por fim, é imprescindível uma reestruturação da abordagem na atenção primária para o correto manejo e busca ativa desses parceiros, de modo que a cadeia de transmissão seja interrompida.

A principal limitação do presente estudo inclui o uso de dados secundários derivados do SINAN, visto que, podem ocorrer falhas nesses dados como subnotificações e preenchimento incompleto da ficha de notificação. Em conclusão, os dados apresentados neste estudo demonstram um aumento no número de casos de sífilis em gestantes no período observado, predominando em pacientes mais jovens e nas macrorregiões mais populosas do estado. O caráter social foi evidenciado pela baixa escolaridade e predomínio proporcionalmente maior nas etnias pretas e pardas. Ademais, verificou-se um número expressivo de pacientes com tratamento inadequado e que não tiveram sua parceria sexual tratada adequadamente.

5 AGRADECIMENTOS

Agradeço a professora Dr^a Ana Luiza Curi Hallal pela paciência, dedicação e, principalmente, por acreditar em mim ao longo dessa jornada de elaboração do trabalho.

Um agradecimento à minha namorada, Andrielly, que esteve ao meu lado desde o início da decisão do trabalho, compartilhando os momentos de altos e baixos, aconselhando quando necessário e tolerando as luzes ligadas nas inúmeras madrugadas em que estive acordado.

Aos meus amigos da faculdade, àqueles que mesmo com a rotina sobrecarregada deixavam de olhar para si e buscavam saber como estava seu colega. Em especial, agradeço a Larissa, minha amiga e dupla de internato, que esteve comigo nas diferentes fases e transformações da faculdade.

À minha família, em particular aos meus pais pelo apoio e por tornarem possível a minha trajetória dentro do curso, em especial à minha irmã Mylena que mesmo sem tal conhecimento, é uma fonte de inspiração pessoal para que eu me torne alguém melhor.

Por fim, agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina por toda estrutura e ao HU, aos professores, aos servidores e aos pacientes por todos os ensinamentos proporcionados ao longo dos anos.

6 CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lucas Fernando Lanfredi – Contribuiu com a coleta e análise dos dados, interpretação dos dados e redação do manuscrito.

Ana Luiza Curi Hallal – Contribuiu com a concepção e delineamento do estudo e revisão do manuscrito.

7 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
4. Freitas, Francisca Lidiane Sampaio et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021; v. 30, n. spe1, e2020616. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100004.esp1>
5. Domingues, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. Epidemiologia e

- Serviços de Saúde. 2021; 30(esp1): e2020549. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100002.esp1>
6. Brasil. Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina. Boletim Epidemiológico Sífilis em Santa Catarina, 2017. Ano XV — Edição Especial. Novembro de 2018. Florianópolis: Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina; 2018.
 7. Soares, Karllian Kerlen Simonelli et al. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2020; v. 29, n. 1, e2018193. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100018>
 8. FICHA DE NOTIFICAÇÃO
 9. Brasil. Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Florianópolis: Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2019.
 10. Maschio-Lima, Taiza et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2019; v. 19, n. 4, pp. 865-872. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>
 11. Saraceni, Valeria et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2017; v. 41, e44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.44>
 12. Soares, Larissa Gramazio et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2017; v. 17, n. 4, pp. 781-789. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>

13. Reis, Gilson Jácome dos et al. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; v. 34, n. 9, e00105517. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105517>
14. Carvalho, Isaiane da Silva e Brito, Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014; v. 23, n. 2, pp. 287-294. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000200010>
15. Silva, Maria José Neres da et al. Distribuição da sífilis congênita no estado do Tocantins, 2007-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 29, n. 2, e2018477. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200017>

Tabela 1: Distribuição do número e percentual dos casos confirmados de sífilis em gestantes segundo ano de notificação. Santa Catarina, Brasil, 2011 a 2020.

Ano de notificação	n	%
2011	279	2,2
2012	328	2,6
2013	527	4,2
2014	744	5,9
2015	1024	8,1
2016	1473	11,6
2017	1869	14,8
2018	2398	19,0
2019	2018	16,0
2020	1989	15,7
Total	12649	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Tabela 2: Distribuição do número e percentual dos casos confirmados de sífilis em gestantes segundo macrorregião de notificação. Santa Catarina, Brasil, 2011 a 2020.

Macrorregião de notificação	n	%
Grande Oeste	1682	13,3
Meio Oeste e Serra	2041	16,1
Foz do Rio Itajaí	1485	11,7
Vale do Itajaí	940	7,4
Grande Florianópolis	2587	20,5
Sul	1288	10,2
Nordeste e Planalto Norte	2617	20,7
Total	12649	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Tabela 3: Distribuição do número e percentual dos casos confirmados de sífilis em gestantes segundo ano e características demográficas. Santa Catarina, Brasil, 2011 a 2020.

Variáveis	n	%
Grupo etário		
10-14	126	1,0
15-19	3064	24,2
20-29	6862	54,2
30-39	2343	18,5
40-49	254	2,0
Raça		
Branca	9685	76,6
Preta	840	6,6
Amarela	88	0,7
Parda	1638	12,9
Indígena	83	0,7
Ignorado	315	2,5
Escolaridade (em anos)		
Analfabeto	60	0,5
1 a 7	3534	27,9
8 a 10	3602	28,5
11	2823	22,3
12+	452	3,5
Ignorado	2178	17,2
Total	12649	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Tabela 4: Distribuição do número e percentual dos casos confirmados de sífilis em gestantes segundo esquema de tratamento e classificação clínica. Santa Catarina, Brasil, 2011 a 2020.

Esquema de tratamento	Ignorado	%	Primária	%	Secundária	%	Terciária	%	Latente	%	Total
Ignorado	317	72,21	42	9,57	5	1,14	6	1,37	69	15,72	439
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	402	19,11	1184	56,27	123	5,85	64	3,04	331	15,73	2104
Penicilina G Benzatina 4.800.000 UI	91	14,99	225	37,07	118	19,44	23	3,79	150	24,71	607
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	1631	19,37	2155	25,60	486	5,77	604	7,17	3543	42,08	8419
Outro esquema	55	25,00	98	44,55	23	10,45	5	2,27	39	17,73	220
Não realizado	254	29,53	233	27,09	33	3,84	21	2,44	319	37,09	860
Total	2750	21,74	3937	31,12	788	6,23	723	5,72	4451	35,19	12649

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Tabela 5: Distribuição do número e percentual do motivo para o não tratamento dos parceiros de gestantes com casos confirmados de sífilis. Santa Catarina, Brasil, 2011 a 2020.

Motivo para o não tratamento do parceiro	n	%
Não teve mais contato com a gestante	1544	28,2
Não foi comunicado pela US	356	6,5
Foi comunicado, mas não compareceu	647	11,8
Recusou o tratamento	225	4,1
Parceiro não reagente	1081	19,7
Outro motivo	1624	29,7
Total	5477	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).