



Fatores demográficos e clínicos associados à sífilis congênita e gestacional

Demographic and clinical factors associated with congenital and gestational syphilis

Adriana Mafra¹; Claudia Bernardi Cesarino²

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita e gestacional é uma doença infecto contagiosa sistêmica, de notificação compulsória, com evolução crônica e causada pelo *Treponema pallidum*. O aumento de casos de sífilis em gestante e congênita ocorreu com a ampliação do teste rápido, redução do uso de preservativos e o desabastecimento de penicilina. **Objetivos:** Identificar, descrever e avaliar os fatores demográficos, clínicos, laboratoriais e tratamento associados aos casos de sífilis em gestante e congênita no Grupo de Vigilância Sanitária GVS XXX - Jales, localizado no noroeste do estado de São Paulo, Brasil, entre 2013 e 2017. **Métodos:** Estudo descritivo exploratório realizado nos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em que foram analisadas 153 gestantes com sífilis e 55 casos de sífilis congênita. **Resultados:** Os casos de sífilis em gestantes ocorreram em mulheres jovens de baixa escolaridade e aumentaram de 13 casos em 2013 para 43 casos, em 2017. A maioria das gestantes realizou teste treponêmico e não treponêmico. O número de parceiros tratados foi superior ao dos não tratados. A incidência de sífilis em gestante foi de 10,37 casos/mil nascidos vivos e a de sífilis congênita foi de 3,73 casos/mil nascidos vivos. **Conclusão:** Houve um aumento considerável de casos de sífilis em gestante e congênita no período investigado. Os resultados deste estudo demonstram que ainda há muito que evoluir para o alcance da meta da OMS para a eliminação da sífilis como problema de saúde pública.

Palavras-chave: Sífilis; Gravidez; Epidemiologia; Infecções Bacterianas; Infecções por Treponema.

ABSTRACT

Introduction: Congenital and gestational syphilis is a systemic infectious and contagious disease, of compulsory notification, with chronic evolution and caused by *Treponema pallidum*. The increase in cases of syphilis in pregnant women and congenital occurred with the widespread of the rapid test, reduction in the use of condoms and the shortage of penicillin. **Objectives:** To identify, describe and evaluate the demographic, clinical, laboratory and treatment factors associated with cases of syphilis in pregnant women and congenital in the Health Surveillance Group GVS XXX; Jales, located in the Northwest of the state of São Paulo, Brazil, between 2013 and 2017. **Methods:** An exploratory descriptive study conducted in the databases of the Notification Disease Information System and Live Birth Information in which 153 pregnant women with syphilis and 55 cases of congenital syphilis were analyzed. **Results:** Cases of syphilis in pregnant women occurred in young women with low education and increased from 13 cases in 2013 to 43 cases in 2017. Most pregnant women underwent treponemal and non-treponemal tests. The number of treated partners was greater than that of untreated partners. The incidence of syphilis in pregnant women was 10.37 cases/1000 live births, and that of congenital syphilis was 3.73 cases/1000 live births. **Conclusion:** There was a considerable increase in cases of syphilis in pregnant women as well as congenital in the investigated period. The results of this study have showed that there is still a long way to go to achieve WHO's target of eliminating syphilis as a public health issue.

Keywords: Syphilis; Pregnancy; Epidemiology; Bacterial Infections; Treponemal Infections.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e sua recrudescência readquiriram grande importância no cenário mundial, principalmente, nos países em desenvolvimento, que ainda sofrem com essas doenças¹. Dentre as IST, encontram-se a sífilis, que tem como agente etiológico *Treponema pallidum* ferendo grande taxa de transmissão na sua forma adquirida. Consequentemente, mulheres se tornam mais vulneráveis e se infectam. Esta

situação promove o aumento de casos de sífilis em mulheres que estão gestantes, proporcionando o aumento da transmissão do agravo na forma vertical (sífilis congênita), tornando-se imensa a preocupação em todo o território nacional e mundial²⁻³.

Na América Latina, a prevalência de sífilis está em torno de 10% e sua maior incidência está entre mulheres profissionais do sexo³. O Plano de Ação para a Prevenção e o Controle

do HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis, criado pela OPAS/OMS, estima diminuir a incidência de sífilis congênita de 1,3 casos/1.000 nascidos vivos para 0,5 casos/1.000 nascidos vivos ou menos até 2030³⁻⁴.

No Brasil, até 2018, foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, 62.599 casos de sífilis em gestantes e 26.219 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e um número de óbitos de 241 recém-nascidos⁵. Houve aumento no número de casos desfilis em gestantes e congênita se este, deu-se, em parte, pela cobertura de testagem, ampliação do teste rápido, redução do uso de preservativos e o próprio desabastecimento de penicilina. A sífilis na gestante pode levar ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do feto, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico⁶.

A sífilis é mais prevalente em mulheres negras, jovens, com baixos níveis de escolaridade e econômico, sendo que suas manifestações clínicas ocorrem em diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária); o tratamento adequado é a penicilina⁶.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar, descrever e avaliar os fatores demográficos, clínicos, de tratamento e laboratoriais associados aos casos de sífilis em gestante e de sífilis congênita notificados no Grupo de Vigilância Sanitária GVS XXX ; Jales, localizado no noroeste do estado de São Paulo, Brasil, entre 2013 e 2017.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo realizado por meio de uma abordagem quantitativa de natureza exploratória e descritiva. Os dados foram levantados a partir de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Jales/SP (GVE XXX – Jales/SP), no período de 2013 a 2017.

Foi aplicado o teste Qui-quadrado para observar possíveis associações entre os casos de sífilis gestacional e congênita e as variáveis demográficas e clínicas e para observar possíveis associações entre os casos de sífilis congênita e os sintomas avaliados nos pacientes ao longo dos anos de 2013 a 2017. O nível de significância aplicado para os testes foi de 0,05 ou 5% (valor de P). O software utilizado foi o Minitab 17 (Minitab Inc.).

A GVE XXX – Jales/SP localiza-se na região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, compõem-se de 35 municípios divididos em três regiões de saúde: Região de Santa Fé do Sul com seis municípios; Jales com 16 municípios e Fernandópolis com 13 municípios, totalizando uma população de 266.991 habitantes. Esse órgão pertence à estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (Brasil) e está localizado dentro do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto. O Brasil está dividido em 438 regiões de saúde, e cada estado da federação estabelece essas regiões de saúde.

Após a autorização do GVE XXX – Jales/SP e do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, foram coletadas e estudadas as variáveis digitadas no SINAN através das informações da Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita coletados pelo sistema Tabnet:

- Demográficas Maternas: idade; cor da pele; escolaridade.
- Dados do Pré-Natal e Obstétrico: pré-natal; momento do diagnóstico materno.

- Dados clínicos, laboratoriais e de tratamento: classificação clínica da doença; teste treponêmico; teste não treponêmico; esquema de tratamento prescrito à gestante; tratamento do parceiro sexual.
- Dados Demográficos do Recém-Nascido: sexo; cor da pele; idade em dias.
- Dados clínicos e laboratoriais do Recém-Nascido: titulação de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) em sangue periférico e em Líquor; alteração do exame dos ossos longos; tipo de tratamento; esquema de tratamento; presença de sintomas; outros sinais e sintomas.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Santa Fé do Sul/SP sob o CAAE 89977118.9.0000.5428, Parecer nº 2.733.754, em 14 de junho de 2018, e foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466.

RESULTADOS

Foram notificados nas três Regiões de Saúde que compõem o GVE XXX - Jales/SP, no período de 2013 a 2017; 153 casos de sífilis em gestante e 55 casos de sífilis congênita. No que diz respeito a sífilis em gestante, o estudo revelou, de acordo com o número de casos encontrados, uma taxa de detecção de 10,37 casos/1.000 nascidos vivos. No mesmo período e local estudado, o número de gestantes cadastradas no Sistema Único de Saúde foi de 14.753 gestantes. O número de casos absolutos de sífilis em gestante aumentou do ano de 2013 (13 casos), com uma taxa de detecção e 4,57 casos/1.000 nascidos vivos, a 2017 (43 casos), taxa de detecção de 14,39 casos/1.000 nascidos vivos. O ano com maior número de casos foi 2016; com 44 casos e taxa de detecção de 15,97 casos/1.000 nascidos vivos.

O número de casos absolutos de sífilis gestacional aumentou consideravelmente no período estudado. Sobretudo, as diferenças entre os percentuais se deram devido à relação com este valor total; já que o percentual de ocorrência se trata de um valor relativo, ou seja, a relação entre o número absoluto de casos e o valor total de casos no ano avaliado.

A maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis encontrava-se na faixa etária entre 15 aos 24 anos e com residência na zona urbana. A maioria era de cor branca, com baixa escolaridade: 49,7% cursaram o ensino médio e 34,6% cursaram o ensino fundamental. Foi observada associação significativa (P=0,038) entre faixa etária e anos de ocorrência entre os 153 casos notificados de sífilis em gestantes, 54,2% (Tabela Suplementar 1).

A maioria dos casos foi notificada no segundo trimestre gestacional com aumento considerável, variando de 23,1%, em 2013 a 27,9% , em 2017. Porém, no ano de 2016, 34,4% das gestantes foram notificadas com sífilis somente no terceiro trimestre de gestação e no momento do parto.

Com relação à classificação clínica da sífilis, encontramos uma frequência elevada de sífilis latente, mostrando seu ápice em 2017, (P= 0,046); ressalva-se que 50 casos de sífilis em gestante ocorreram na fase primária do agravo, revelando um percentual de 32,7%. Nas demais classificações clínicas, os índices nas gestantes estudadas mantiveram-se com certa constância na forma primária da doença (Tabela Suplementar 2).

Constatamos que 73,2% das gestantes testaram reagentes ao teste rápido; 5,9% não reagentes a ele e 20,9% não o realizaram, ou este foi ignorado. Contrapondo com o VDRL, o estudo mostra que 89,1% das gestantes tiveram sua testagem reativa.

Neste estudo, 35,3% das 153 gestantes diagnosticadas com sífilis realizaram o mínimo de seis consultas pré-natais, recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. O tratamento do parceiro sexual foi realizado concomitantemente ao tratamento de suas parceiras, sendo o número de parceiros sexuais tratados superior aos não tratados, respectivamente 62,8% e 27,9%, em todo o período estudado. Adicionalmente, o número de parceiros sexuais que não foram tratados por motivos ignorados foi maior em 2015, totalizando um percentual de 71,4% (Tabela Suplementar 2).

Neste estudo houve predomínio do tratamento da Penicilina G Benzatina (BZT) de 7,2 milhões de UI. O esquema de tratamento mais utilizado nos programas de saúde para tratar a gestante com sífilis foi 62,9% tratamento com a BZT, sendo que 54,9% dos parceiros sexuais realizaram o tratamento (Tabela Suplementar 2).

A taxa de detecção de sífilis em gestante aumentou ao longo dos anos avaliados, atingindo taxa de detecção máxima no ano de 2016, seguida do ano de 2017 (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da taxa de detecção dos 153 casos de sífilis em gestante, no Grupo de Vigilância Sanitária XXX – Jales, noroeste do estado de São Paulo, Brasil, no período de 2013 a 2017.

Ano	Casos de sífilis gestacional	Total de nascidos vivos	Incidência de casos por 1000 nascidos vivos
2013	13	2846	4,57
2014	25	3079	8,12
2015	28	3083	9,08
2016	44	2756	15,97
2017	43	2989	14,39
Total	153	14753	10,37

Fonte: do próprio autor.

Com relação à sífilis congênita, foram notificados 55 casos, com uma incidência total de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos (Tabela Suplementar 3 e Tabela 2). Com relação ao tratamento, este estudo evidenciou que 28 recém-nascidos foram tratados com Penicilina G Cristal de 100.000 a 150.000 UI. Este tratamento é semelhante a todos os recém-nascidos de mães adequadamente tratadas que realizaram o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico da criança; ressalta-se que o protocolo do MS preconiza realizar o teste não treponêmico em todos RN de mães adequadamente tratadas.

Tabela 2. Distribuição da incidência dos 55 casos de sífilis congênita, por 1000 nascidos vivos, notificados no Grupo de Vigilância Sanitária XXX – Jales, noroeste do estado de São Paulo, Brasil, no período de 2013 a 2017.

Ano	Casos de sífilis congênita	Total de nascidos vivos	Incidência por 1000 nascidos vivos
2013	11	2846	3,87
2014	9	3079	2,92
2015	9	3083	2,92
2016	15	2756	5,44
2017	11	2989	3,68
Total	55	14753	3,73

Fonte: do próprio autor.

Dos 55 recém-nascidos notificados no período estudado; 87,3% nasceram sem alterações nos exames de líquor e de ossos longos, além de sinais e sintomas como baixo peso ao nascer, coriza,

aumento do fígado e do baço, dentre outros. No exame da altura dos ossos longos; 7,2% dos recém-nascidos apresentaram resultado positivo para este exame, e 5,4% destes tiveram o exame de líquor reagente. Observou-se que, em 98,2% dos recém-nascidos, as mães realizaram pré-natal.

Não houve tendência no padrão de comportamento da incidência de sífilis congênita ao longo dos anos avaliados, sendo que nos anos de 2014 e 2015 a incidência foi menor. A média de incidência de sífilis congênita nos anos de 2013 a 2017 foi de 3,73 casos/1.000 nascidos vivos (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O período de 2013 a 2017 foi crítico para as três regiões de saúde que compõem a GVE – Jales XXX, pois apresentou um aumento de casos de sífilis, acarretando elevação das taxas de incidência de sífilis em gestantes e no número de casos de sífilis congênita. No mesmo período em questão, o Brasil também se encontrava em estado de alerta e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS decretaram a sífilis como uma das doenças de preocupação mundial devido as suas altas taxas de incidência e prevalência³⁻⁵. Diante deste cenário, o presente estudo buscou identificar qual era a real situação que esta região específica estava vivenciando com relação à sífilis em gestante e sífilis congênita, por serem estes agravos de saúde identificadas e tratadas durante o Pré-Natal.

O estudo revelou que o aumento da sífilis gestacional verificado na região pesquisada corrobora com os casos de sífilis em gestante notificados no Brasil, 49.013 (28,4%), revelando uma taxa de detecção de 17,2 casos/1.000 nascidos vivos, em 2017. Destes, 23.470 (47,9%) residiam na Região Sudeste, com uma incidência de 20,8 casos/1.000 nascidos vivos⁵.

Estudo realizado em Palmas, Estado de Tocantins, observou um aumento na prevalência de sífilis em gestantes, onde 171 casos foram notificados, alcançando uma prevalência de 7,5 casos/1.000 nascidos vivos no ano de 2014⁷. Outro estudo realizado com gestantes do Estado do Paraná verificou uma frequência de 0,57% de casos de sífilis em gestante. Evidenciou diversas variáveis associadas à sua ocorrência como idade, cor não branca, baixa escolaridade e ausência de acompanhamento pré-natal⁸. Esses resultados demonstram que ainda há muito que evoluir para o alcance da meta da OMS da eliminação da sífilis congênita.

Mesmo sendo uma doença de notificação compulsória, por lei, no Brasil, a sífilis em gestante atinge somente 32% de notificação em relação a todos os casos de sífilis adquirida notificados e 17,4% de notificação nos casos de sífilis congênita das gestantes diagnosticadas com sífilis em qualquer fase da gestação⁹.

Com relação às variáveis demográficas dos dados analisados das gestantes deste estudo comparadas com dados de uma pesquisa nacional; os fatores associados à transmissão vertical da sífilis, que foram levantados em hospitais, no período de 2011 a 2012, com 23.894 puérperas, também se manteve elevado¹⁰. A referida pesquisa só entra em discordância na cor da pele, que foi preta, como pode ser observado em outro estudo no qual a heterogeneidade da cor é evidenciada na distribuição de raça/cor, que acompanha as características regionais do país^{5,10}.

Quanto ao trimestre gestacional está de acordo com pesquisa no Brasil, em que a maior proporção de diagnóstico para sífilis em gestantes adveio no primeiro trimestre de gestação⁵, além de concordar com resultados de outros estudos¹¹⁻¹².

Estudo realizado em seis estados brasileiros (Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul) observou que a maioria da classificação clínica da sífilis em gestantes encontrava-se na fase primária da doença¹³. Outro estudo realizado com residentes na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no período de 2011 a 2015, mostrou que a sífilis primária teve maior frequência nesta região (61,11%), seguida pela sífilis secundária (9,26%); porém, a sífilis terciária e latente ganharam visibilidade, totalizando 34,45% dos casos notificados¹⁴.

Pesquisa realizada em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, verificou que mais da metade das gestantes estudadas realizaram o teste não treponêmico tardiamente, aumentando em 1,68 vezes o risco de sífilis congênita. Entre as gestantes que realizaram mais de um deste teste, o título do último exame manteve-se elevado para 54,9%, aumentando em duas vezes o risco da doença, o que pode significar que a gestante não foi tratada ou foi inadequadamente tratada, ou mesmo podendo ser uma reinfecção¹⁵.

Resultado preocupante observado na nossa pesquisa foi o número pequeno de consultas de pré-natal, que também foi observado em um estudo realizado sobre a qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil, em que apenas 15% das gestantes receberam pré-natal de qualidade¹⁶. Um estudo nacional de base hospitalar, realizado em 2011-2012, evidenciou que a transmissão vertical da sífilis foi em gestantes com: início tardio do pré-natal, número inadequado de consultas e testagens sorológicas insuficientes¹⁰.

O Ministério da Saúde, por meio a Rede de Atenção à Saúde à Gestante, deve ter uma escuta qualificada com acolhimento humanizado, de maneira que as gestantes possam ser avaliadas no contexto social, político e econômico¹⁷. É importante ressaltar que assim como a gestante com sífilis, seus parceiros sexuais devem também receber assistência adequada e serem incentivados a aderirem ao tratamento da sífilis adquirida em suas unidades básicas de saúde¹⁸⁻²⁰. A penicilina é o medicamento mais eficaz e de primordial escolha para esquema terapêutico da gestante e de seu parceiro, uma vez que a Penicilina G Benzatina é única opção segura e eficaz para o tratamento adequado da gestante e é o único que trata a infecção no feto²⁰.

O tratamento da sífilis congênita acontece em dois momentos distintos: o primeiro ocorre no período neonatal (até os 28 dias de vida) e o segundo ocorre no período pós-neonatal (após 28 dias de vida). Os medicamentos utilizados para tratamento dependem da situação clínica de cada recém-nascido, mas a droga comumente utilizada é a benzilpenicilina: cristalina - na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros sete dias de vida) e a cada oito horas (após sete dias de vida), durante 10 dias; procaína - na dose de 50.000 UI/kg, única e diária, IM, durante 10 dias; ou benzatina - na dose única de 50.000 UI/kg, IM²⁰. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico, após a conclusão do tratamento²⁰.

Agredando ações de assistência à gestante, é significativo que haja a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, já que o obstetra pode identificar os riscos da futura gestação, como: sífilis e outras IST. A taxa de transmissão vertical da sífilis congênita nas fases primária e secundária da doença é de 70 a 100%, mas esse índice reduz para 30% nas fases tardias da infecção materna (latente e terciária)²¹. Foi identificado nesta pesquisa que, dos recém-nascidos notificados com sífilis congênita no período estudado; 48 (87,3%) nasceram assintomáticos e não houve associação significativa

com as variáveis demográficas e clínicas. Um estudo realizado em um Programa de Atenção Municipal de DST/HIV/AIDS na cidade de Criciúma/SC relata que das 27 gestantes diagnosticadas com sífilis; 3,7% dos seus recém-nascidos evoluíram para óbito; 3,8% nasceram com algum tipo de sintoma e 51,9% não apresentaram sinais ou sintomas específicos do agravo²². Corroborando com nossos resultados, os dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostram 24.303 casos de sífilis congênita, sendo 98,2% em neonatos e 96,7% na primeira semana de vida⁵.

Os resultados deste estudo mostraram a presença de uma associação significativa entre os anos avaliados e a faixa etária das pacientes com sífilis gestacional, revelando que, em 2013, a ocorrência de sífilis gestacional foi preponderante em pacientes com faixa etária de 15 a 24 anos (11 casos; 84,6%). A atividade sexual, tanto entre homens e mulheres, tem iniciado prematuramente. Por falta de informação, o uso de preservativo nas primeiras relações nem sempre é feito. Diante do exposto, temos jovens expostos às IST e, quando se trata da mulher, além da exposição, há a gravidez precoce e com ela o risco de uma transmissão vertical desta infecção.

Os achados acima estão de acordo com os resultados do estudo realizado no município de São Paulo, que mulheres com idade inferior a 15 anos haviam iniciado sua vida sexual e com idade inferior a 25 anos já tinham se contaminado com algum tipo de IST²³. Outro estudo realizado no município de Maringá/PR revelou que a média de idade que as mulheres engravidam e são infectadas por sífilis é de 25,6 anos²⁴.

Nosso estudo verificou que houve associação significativa dos casos de sífilis gestacional nos anos avaliados com a classificação clínica da sífilis ($P=0,023$). Para esta associação, houve um aumento significativo dos casos de sífilis primária de 2013 a 2015, com considerável redução até 2017; os casos de sífilis latente aumentaram de forma consistente até 2017, atingindo 18 casos (41,8% do total de casos no ano). Assim, ao longo dos anos avaliados, os casos de sífilis gestacional latente aumentaram de forma considerável em detrimento da sífilis gestacional primária. Este resultado foi encontrado também em uma pesquisa realizada no município de Maringá, em que 69,5% dos parceiros não receberam tratamento de sífilis concomitante às gestantes²⁴.

O tratamento da sífilis congênita depende do tratamento da mãe durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e ou exames clínicos e laboratoriais do recém-nascido²⁰. Comparando-se a incidência da sífilis congênita evidenciada nesta pesquisa com a incidência nacional, é possível afirmar que tal índice encontra-se elevado em relação ao índice nacional da sífilis congênita^{1,6}.

Este estudo apresentou algumas limitações, inerentes às pesquisas com dados secundários, que são condicionados à cobertura e qualidade dos registros dos profissionais da saúde e a possibilidade das subnotificações no sistema.

Os resultados do nosso estudo indicam a necessidade de propor novas estratégias com o objetivo de reduzir a sífilis em gestantes e sífilis congênita. Os profissionais de saúde de todos os níveis de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, agentes do nível primário, deverão ser capacitados por educação permanente, além de promover grupos de estudo, fortalecendo a vigilância em saúde, monitorando os resultados, melhorando os registros de notificações no sistema e integrando a prevenção da sífilis.

A sífilis é considerada um problema de saúde pública e está longe de ser eliminada. Para reduzir a prevalência de sífilis na gestação e da sífilis congênita, é essencial que os profissionais de saúde e a comunidade sensibilizem-se sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz da mulher e junto de seu parceiro.

CONCLUSÃO

Os fatores demográficos, clínicos, laboratoriais e tratamento associados aos casos de sífilis em gestante e congênita no Grupo de Vigilância Sanitária GVS XXX – Jales encontrados foram gestantes jovens, de cor branca e com escolaridade baixa. A maioria dos casos foi notificada no segundo trimestre gestacional através de teste treponêmico e não treponêmico. Quanto ao tratamento, houve adesão por parte da gestante, entretanto, o parceiro não teve o mesmo êxito, pois este deixou de fazê-lo ou abandonou a gestante. Houve aumento no número de casossífilis em gestante e congênita no período estudado.

Apesar do alto número de casos de sífilis congênita, os recém-nascidos nasceram sem alterações nos principais exames, como líquido e ossos. Todos receberam tratamento de acordo com o protocolo estabelecido.

Este estudo mostrou a importância da busca da gestante e da criança com sífilis, além de proporcionar ações educativas que contribuam com as gestantes e junto de seus parceiros para a diminuição do contágio e incidência do número de casos de sífilis.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em hiv, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis [monografia na Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 27mai. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/agenda-estrategica-para-ampliao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv-hepatites-virais-e-outras-infecoes-sexualmente-transmissiveis/view>
2. Luppi CG, Gomes SEC, Silva RJCD, Ueno AM, Santos AMK, Tayra A, Takahashi RF. Factors associated with HIV co-infection in cases of acquired syphilis reported in a reference center for sexually transmitted diseases and AIDS in the municipality of São Paulo, Brazil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 25 nov 2019];27(1):e20171678. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100008>
3. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of treponema pallidum (syphilis) [monografia na Internet]. Genebra: WHO; c2016 [acesso em 27mai. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>
4. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the americas: update 2016 [monografia na Internet]. Washington: PAHO; 2017 [acesso em 27mai. 2022]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf>
5. Ministério da Saúde. Sífilis 2018. *Boletim Epidemiol* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 15 out 2020];4(45):1-48. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
6. Ministério da Saúde. Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil [monografia na Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 27mai. 2022]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/agenda_sifilis_20_11_2017.pdf
7. CavalcantePAM, Pereira RBL, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 27mai. 2022];26(2):255-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>
8. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 27mai. 2022];26:e3019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2305.3019>
9. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 27mai. 2022];26(9):1747-55. DOI: <http://dx.doi.org/1590/S0102-311X2010000900008>
10. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 27mai. 2022];32(6):e00082415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
11. Lafeta KRG, Martelli JH, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 27mai. 2022];19(1):63-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
12. Maciel R, Barros I, Ugrinovich L, Simioni P, Oliveira R. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis na cidade de Americana (SP) de 2005 a 2015. *Rev Epidemiol Control Infec* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 27mai. 2022];7(3):161-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v7i3.8583>
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* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 27mai. 2022];41:e44. DOI: [10.26633/RPSP.2017.44](http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2017.44)
14. Andrade HS, Rezende NFG, Garcia MN, Guimarães EAA. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. *Ciênc Saúde* [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 27mai. 2022];12(1):e32124. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2019.1.32124>
15. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 27mai. 2022];24(4):681-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>
16. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thomé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 27mai. 2022];33(3):e00195815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>
17. Ministério da Saúde. A atenção ao pré-natal de baixo risco [monografia na Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 27mai. 2022]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
18. Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, Gonçalves MMC, Silva MP. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq Ciênc Saúde* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 27mai. 2022];25(2):24-30. DOI: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.2.2018.1023>
19. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR. Perception of nurses on the adhesion of partners of pregnant women with syphilis to the treatment. *Rev RENE* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 27mai. 2022];16(3):345-54. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300007>
20. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão do hiv, sífilis e hepatites virais [monografia na Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 27mai. 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita [monografia na Internet]. 2ª ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016 [acesso em 27mai. 2022]. Disponível em: http://www.sau.gov.br/campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guia-de-bolsos-das-sifilis_2edicao2016.pdf
22. Rosso L, Martins MVF, Soratto MT, Thomé IPS, Souza RL. Sífilis congênita: uma análise do perfil epidemiológico no município de Criciúma. *Rev Interdisciplin Estud Saúde* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 27mai. 2022];7(2):236-48. DOI: <https://doi.org/10.33362/ries.v7i2.1344>
23. Pinto VM, Basso CR, Barros CRS, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 20jan. 2020];23(7):2423-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>
24. Ramos MG, Boni SM. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá-PR. *Saúde Pesqui* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 27mai. 2022];11(3):517-26. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n3p517-526>