

**Perfil epidemiológico de mães com bebês notificados com Sífilis
Congênita na região Leste de saúde do Distrito Federal entre 2015 e
2020**

**Epidemiological profile of mothers with babies notified with
Congenital Syphilis in the Eastern health region of the Federal District
between 2015 and 2020**

DOI:10.34117/bjdv8n9-227

Recebimento dos originais: 23/08/2022

Aceitação para publicação: 23/09/2022

Fernanda Cristina Alarcon de Oliveira Demori

Especialista em Atenção Básica pelo Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Instituição: Hospital Universitário de Brasília (HUB)

E-mail: fernanda-alarcon@live.com

Juliane Andrade

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Endereço: R. Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária, Campinas - SP,

CEP: 13083-887

E-mail: juenf_andrade@yahoo.com.br

Viviane Belini Rodrigues

Doutora

Instituição: Universidade de Brasília (UNB)

Endereço: Faculdade de Ciências de Saúde Campos Univ. Darcy Ribeiro, s/n, Asa

Norte, Brasília - DF, CEP: 70910-900

E-mail: vivianebr@unb.br

Rafael Mota Pinheiro

Doutor

Instituição: Universidade de Brasília (UNB)

Endereço: Faculdade de Ciências de Saúde Campos Univ. Darcy Ribeiro, s/n, Asa

Norte, Brasília - DF, CEP: 70910-900

E-mail: pinheirorafael@unb.br

Lara Mabelle Milfont Boeckmann

Doutora

Instituição: Universidade de Brasília (UNB)

Endereço: Faculdade de Ciências de Saúde Campos Univ. Darcy Ribeiro, s/n, Asa

Norte, Brasília - DF, CEP: 70910-900

E-mail: lara.mabelle@unb.br

Rita de Cássia Melão de Moraes

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery

Instituição: Universidade de Brasília (UNB)

Endereço: Faculdade de Ciências de Saúde Campos Univ. Darcy Ribeiro, s/n, Asa

Norte, Brasília - DF, CEP: 70910-900

E-mail: ritamelao@unb.br

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico materno, diante das variáveis selecionadas, para analisar a possível influência no número de casos de sífilis congênita notificados, no período de 2015 a 2020. Método: Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo, realizada na Região Leste do Distrito Federal através dos dados de notificação compulsória de sífilis congênita registradas no programa TabWin, para análise local de base de dados. Resultados: Foram notificados 166 casos de Sífilis Congênita. As gestantes que tiveram seu(s) recém-nascidos notificados com sífilis congênita eram em maior número, adultas, pardas e com baixa escolaridade. A maioria realizou o pré-natal e recebeu o diagnóstico no exame. Parceria não tratados totalizaram 45% e 48% do tratamento materno foi inadequado, superando o adequado de 21%. Conclusões: Atividades de educação permanente devem ser implementadas com o objetivo de reestruturar o processo de trabalho, viabilizando aos profissionais de saúde o conhecimento e troca de experiências quanto ao manejo da sífilis positiva na gestação.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, perfil epidemiológico, pré-natal.

ABSTRACT

Objective: Describe the maternal epidemiological profile, given the selected variables, to analyze the possible influence on the number of cases of congenital syphilis reported in the period from 2015 to 2020. Method: Quantitative descriptive research conducted in the Eastern Region of the Federal District through the compulsory notification data of congenital syphilis recorded in the TabWin program, for local database analysis. Results: 166 cases of Congenital Syphilis were notified. The pregnant women who had their newborn(s) notified with congenital syphilis were in greater numbers, adults, brown and with low education. Most had prenatal care and received the diagnosis on examination. Untreated partnerships totaled 45% and 48% of maternal treatment was inadequate, exceeding the adequate of 21%. Conclusions: Continuing education activities should be implemented to restructure the work process, providing health professionals with knowledge and shared experiences regarding the management of positive syphilis in pregnancy.

Keywords: Syphilis Congenital, health profile, prenatal care.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana, sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano, causada pelo agente etiológico *Treponema Pallidum*, de transmissão predominantemente sexual (sífilis adquirida) ou vertical (materno-fetal). A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento. Sífilis recente

(primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução, e Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução. Nas sífilis primária e secundária costumam aparecer lesões, cancro duro e muco-cutâneas, as quais são ricas em treponema, sendo estes estágios de maior transmissibilidade (1).

A transmissão vertical acontece mais frequentemente intraútero, por via transplacentária em qualquer momento gestacional, mas também pode ocorrer durante a passagem do feto pelo canal de parto, caso haja presença de lesão ativa, ou seja, caso a mãe apresente lesões sifilíticas muco cutâneas, mais comuns nas fases primária e secundária da doença, onde a probabilidade da ocorrência da sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela exposição fetal, sendo de 70% a 100% o risco de transmissão (1,2).

Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular no portador e na gestação consequências como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN) (1).

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em exames diretos, com o qual se realiza a pesquisa de detecção do *Treponema pallidum* em material coletado diretamente das lesões, ou testes imunológicos, caracterizados pela pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro, plasma ou líquido. Na prática clínica os testes imunológicos são os mais utilizados, sendo conhecidos como treponêmicos (TT) e não treponêmicos (TNT) (3).

As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre, e no momento da internação para o parto. Também devem ser testadas as mulheres que apresentarem perdas fetais precoces e tardias ou aquelas submetidas a situações de exposição de risco ou violência sexual (3).

O protocolo de Atenção Primária, da Secretária de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), (4) orienta a solicitação do *Venereal disease research laboratory* (VDRL), um dos testes não treponêmicos (TNT) mais utilizados no Brasil (1), para monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e da sífilis na gestação, onde deve ser realizado VDRL mensalmente nas gestantes, e na(s) parceria(s), a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e a cada seis meses no segundo ano.

O tratamento da gestante infectada pelo *T. pallidum* é igual ao de não gestantes e de acordo com o preconizado, a benzilpenicilina benzatina é o medicamento de primeira escolha, por via intramuscular (IM) na dose de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada

glúteo), com uma aplicação na sífilis primária, duas na sífilis secundária e três na sífilis terciária, com intervalos semanais entre as aplicações (5).

O tratamento realizado com medicamento diferente da benzilpenicilina benzatina durante a gestação é considerado não adequado para evitar a transmissão vertical, visto que benzilpenicilina benzatina é o único medicamento que efetivamente trata a gestante com sífilis e o feto, pois atravessa a barreira transplacentária. Sua administração será considerada adequada se tiver sido iniciada até 30 dias antes do parto, com o ciclo completo de administração para cada estágio clínico de sífilis. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão definidas como inadequadamente tratadas, e o recém-nascido será classificado como caso de sífilis congênita e submetido à avaliação clínica, laboratorial e terapêutica e à notificação epidemiológica (3).

A sífilis congênita (SC) é uma doença com amplo espectro clínico e pode se manifestar desde as formas assintomáticas ou oligossintomáticas até às formas graves, com quadros sépticos, óbitos fetais e neonatais. As alterações clínicas da sífilis congênita, após a liberação do *T. pallidum* diretamente na circulação fetal, são variáveis e decorrem da resposta inflamatória ocasionada pela ampla disseminação das espiroquetas por quase todos os órgãos e sistemas (3).

No Brasil, em geral, nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2009, a taxa era de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos e em 2018 chegou a 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, reduzindo-se para 8,2 casos/1.000 nascidos vivos em 2019. Ainda em 2019, dez Unidades Federativas (UF) apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (8,2 casos/1.000 nascidos vivos), dentre elas encontra-se Distrito Federal com 8,4 casos/1.000 nascidos vivos. A situação da sífilis no Brasil registra que os números de casos da infecção são preocupantes e a infecção precisa ser controlada. Em 2018, as UF com as maiores proporções de gestantes com informação de tratamento não realizado foram Distrito Federal (9,8%), Pernambuco (8,4%) e Rio Grande do Sul (7,9%) (6).

De acordo com o DataSUSⁱ, os dados analisados no Brasil e Distrito Federal, no período de 2015 a 2020, revelam que o número de casos de sífilis congênita foi maior em crianças de mães pardas, com idade entre 20 e 29 anos, com escolaridade entre 5ª e 8ª série incompletos, seguidos de ensino médio completo, com uma mudança em 2017 a 2020 no Distrito Federal, onde os números foram maiores em mães com ensino médio completo, seguido de 5ª a 8ª série incompletos. Os dados também apontam que a maioria das mães realizaram o pré-natal, no entanto o maior número de caso de sífilis congênita

fora oriundo de mães cujo diagnóstico foi realizado durante o pré-natal, seguido dos diagnósticos no momento do parto/curetagem. Sobre o tratamento, os números trazem que foram realizados de forma inadequada, em sua maioria, seguidos dos não realizados.

A prevenção da transmissão da Sífilis é prioridade do Ministério da Saúde, alinhada com a Organização Mundial de Saúde (OMS), e representa um desafio para a saúde pública quando se observa um aumento da detecção de sífilis em gestantes e da incidência de sífilis congênita nos últimos anos (7). É relevante o conhecimento do comportamento da tendência no decorrer dos anos, visando identificar características clínicas e epidemiológicas, reconhecer os nós críticos das intervenções à saúde materno-infantil, com o intuito de otimizar o diagnóstico e o tratamento precoces para a redução de complicações decorrentes desta doença, assim como atingir a meta de redução da incidência de sífilis congênita proposta pela OMS que é de menos 0,5 casos/1000 NV (8).

Considerando a elevada incidência dessa doença no Brasil e Distrito Federal e o impacto para a saúde pública objetivou-se: Descrever o perfil epidemiológico materno, diante das variáveis selecionadas, realização do pré-natal, faixa etária, escolaridade, raça e cor, momento do diagnóstico e tratamento materno e da parceria para analisar possível influência no número de casos de sífilis Congênita, na Região de Saúde Leste do Distrito Federal, de 2015 a 2020, com o intuito de identificar possíveis falhas na assistência prestada à gestante, diante do diagnóstico situacional, o qual fornecerá suporte para um planejamento de enfrentamento a SC e consequentemente melhoria da assistência ofertada no pré-natal.

2 MÉTODOS

2.1 DESENHO, PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

Este é um estudo quantitativo de perfil retrospectivo/descritivo dos casos de sífilis congênita num período de cinco anos (2015-2020) e a sua relação com o perfil epidemiológico materno diante de algumas variáveis selecionadas, realização do pré-natal, faixa etária, escolaridade, raça e cor, esquema de tratamento da mãe, momento do diagnóstico e se a parceria realizou tratamento.

Os dados foram extraídos de bases oficiais como o DataSUS/Ministério da Saúde, dados tabulados na ferramenta TabWin, e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Para o cálculo da taxa de incidência de sífilis congênita será utilizado o número de casos novos por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano/local e

multiplicado por mil. Os dados obtidos serão tabulados em planilha eletrônica para os cálculos de livre distribuição e das taxas epidemiológicas (9).

O local deste estudo foi a Região Leste do Distrito Federal, localizada na Região Centro-Oeste do Brasil. Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan/DF) ⁱⁱ a Região Leste é composta pelas Regiões Administrativas (RAs) do Paranoá, São Sebastião, Jardim Botânico e Itapoã, com projeção de 278.232 habitantes, com 1264,18 km² de extensão. Todas as RAs surgiram de forma não planejada, sendo São Sebastião a RA com maior densidade urbana do Distrito Federal (DF), enquanto Jardim Botânico a mais baixa.

Com relação ao perfil sociodemográfico da população da RA Leste: a maioria se declara residentes na área urbana, pardos, com idade média que varia de 28 a 34,5 anos, prevalecendo o sexo feminino. Nas RAs do Itapoã e Paranoá a maioria das mulheres estão na faixa etária dos 15 aos 19 anos, em São Sebastião dos 30 aos 35 anos e Jardim Botânico dos 40 aos 44 anos. Quanto à escolaridade, a maioria sabe ler e escrever, porém, comparando o grau de escolaridade em pessoas com 25 anos ou mais, nota-se que no Itapoã a maioria declara ensino fundamental incompleto, no Paranoá e São Sebastião médio completo e Jardim Botânico superior completo.

No tocante ao rendimento bruto do trabalho principal por faixas de salário mínimo, predominou o recebimento de 1 a 2 salários mínimos, em Itapoã, Paranoá e São Sebastião consideradas regiões de média-baixa renda, enquanto Jardim Botânico a faixa de salário mínimo é mais de 5 a 10, considerados alta renda. Mesmo com a diferença salarial, foi possível analisar que a maioria da população contém casa própria e em lotes regularizados, apenas Itapoã apresenta a maioria dos lotes não regularizados. Em relação a assistência em saúde, a maioria da população utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), apenas a população do Jardim Botânico, em sua maioria, declara ter plano de saúde empresarial ou particular.

2.2 POPULAÇÃO OU AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos todos os casos de SC registrados no TabWin nos anos de 2015 a 2020, que atenderem ao critério de definição de caso confirmado segundo o Ministério da Saúde.

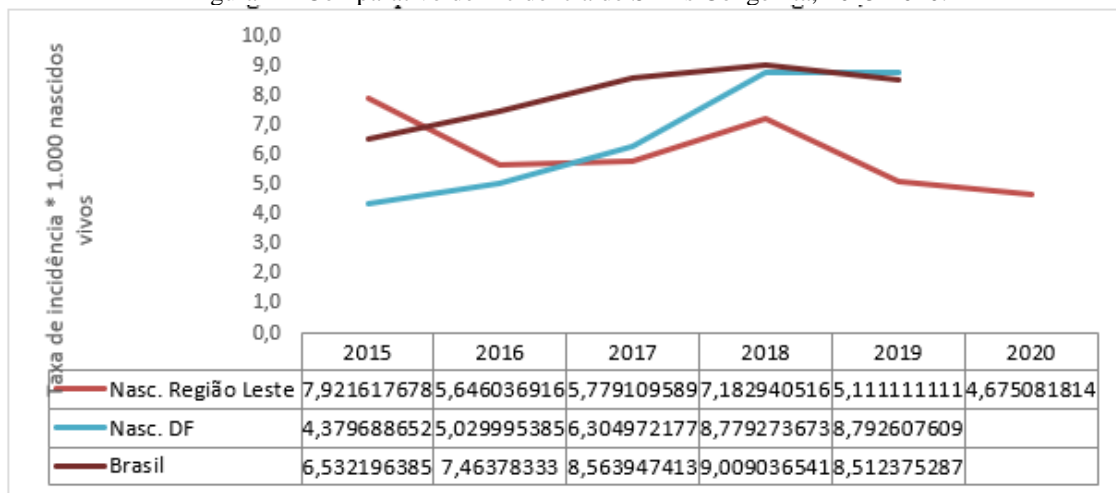
2.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo dispensa apreciação ética pelo comitê de ética em pesquisas com seres humanos, por utilizar banco de dados de domínio público e sem a possibilidade de identificação individual, como especificado na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Na Região Leste do Distrito Federal foram registrados 166 casos de Sífilis Congênita (SC) no período de 2015-2020. A taxa de incidência de nascidos vivos com SC foi maior no ano de 2015 (7,9%) onde foram notificados 38 casos, seguido de 2018 (7,2%) 32 casos, 2017 (5,8%) 27 casos, 2016 (5,6%) 26 casos, 2019 (5,1%) 23 casos, com menor taxa em 2020 (4,7%) 20 casos. Nota-se uma diferença na análise temporal dos valores da taxa de incidência da região leste, onde apresentam oscilações entre os anos, em relação as taxas do Distrito Federal e Brasil, as quais apresentam variação crescente de 2015-2020, apenas no Brasil há uma pequena queda na taxa entre 2018 e 2019.

Figura 1 – Comparativo de Incidência de Sífilis Congênita, 2015-2020.



Fonte: elaborado pelas autoras com base nas informações disponíveis no Software Tabwin e DtaSUS.

Em relação a faixa etária das gestantes que tiveram seus filhos notificados com SC, 45% (n= 75) encontravam-se entre 20 e 29anos. A maioria se declarava pardas 56% (n= 93) e possuíam escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto 10% (n= 16). Nota-se que 69% (n= 114) das notificações continham este dado como ignorado/branco, sugerindo falha no preenchimento da ficha.

Quanto a assistência durante a gestação, 85% (n= 141) das gestantes realizaram o pré-natal, sendo que 68% (n= 113) foram diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, seguido das 25% (n= 41) que tiveram o diagnóstico no momento do parto/curetagem. Importante salientar que os dados mostram que o diagnóstico da sífilis foi realizado, pois o campo não realizado, da ficha de notificação, apresenta valor de 0% (n= 0).

Dados quanto ao tratamento materno, mostram que 48% (n= 79) dos casos foram tratados de maneira inadequada e que 24% (n= 40) não foram realizados. O tratamento, das parcerias sexuais, não foi realizado em 45% (n= 74) dos casos, seguido dos realizados 35% (n= 38).

Tabela 1 - Distribuição dos casos de sífilis congênita (n= 166), em relação as variáveis sociodemográficas e tratamento das gestantes e parceiro notificados no TabWin da Região Administrativa Leste do Distrito Federal, 2015-2020.

Variáveis	N	Percentual
Faixa etária (em anos)		
≤ 14	3	2%
15 a 19	44	27%
20 a 29	75	45%
30 a 39	38	23%
≥ 40	6	4%
Raça/Cor de pele		
Ignorado/Branco	46	28%
Branca	21	13%
Preta	5	3%
Amarela	1	1%
Parda	93	56%
Escolaridade		
Ignorado/Branco	114	69%
1ª a 4ª Ensino Fundamental Incompleto	2	1%
4ª Ensino Fundamental Completo	4	2%
5ª a 8ª Ensino Fundamental Incompleto	16	10%
Ensino Fundamental Completo	7	4%
Ensino Médio Incompleto	6	4%
Ensino Médio Completo	14	8%
Educação Superior Incompleto	0	0%
Educação Superior Completo	3	2%
Realização de Pré-Natal		
Ignorado/Branco	10	6%
Sim	141	85%
Não	15	9%
Momento do Diagnóstico		
Ignorado/Branco	5	3%
Durante o pré-natal	113	68%

No momento do parto/curetagem	41	25%
Após o parto	7	4%
Não realizado	0	0%
Esquema de Tratamento Materno		
Ignorado/Branco	12	7%
Adequado	35	21%
Inadequado	79	48%
Não realizado	40	24%
Tratamento do Parceiro		
Ignorado/Branco	34	20%
Sim	58	35%
Não	74	45%

Fonte: elaborado pelas autoras com base nas informações disponíveis no *Software* Tabwin.

4 DISCUSSÃO

Observou-se que a taxa de incidência relacionada a Sífilis congênita no ano de 2015, foi a maior de todos os anos do recorte temporal estudado, o que pode estar relacionado a problemas na aquisição da matéria-prima para a produção de penicilina, em maio e junho de 2014. O desabastecimento da benzilpenicilina benzatina chegou a atingir 61% dos estados brasileiros. Apesar de penicilina ser recomendada em tratamento de outras enfermidades, apresenta destaque na terapêutica da sífilis por ser o único fármaco seguro e eficaz para a sífilis na gestação e a opção recomendada para o tratamento da sífilis congênita (10).

Nota-se uma diminuição na taxa de incidência de 2015 para 2016, porém o índice manteve-se crescente de 2016 a 2017. Esta diminuição pode ser relacionada com a aquisição de dois milhões e setecentos mil frascos de benzilpenicilina benzatina, pelo Ministério da Saúde, em 2016 o que amenizou o problema, porém, na época não foi o suficiente (10). Este índice crescente na taxa de incidência de SC vem sendo identificado em anos anteriores a esta pesquisa, como mostra em outros estudos realizados (11–14). Sendo assim, reforçamos um problema de saúde pública, que vem afetando a população, pois a sífilis congênita continua sendo consequência da sífilis materna não diagnosticada ou não tratada de forma adequada e oportuna (3).

De 2019 a 2020, em comparação com 2018 observa-se redução na taxa de incidência de SC, assim como identificada redução em todo o país, embora seja algo positivo, cabe ressaltar que a redução pode estar relacionada com problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, municipal, estadual e federal de sífilis. Este declínio de casos também pode estar relacionado com a demora e alimentação

das bases de dados do Sinan, por causa da mobilização dos profissionais de saúde devido a pandemia de covid-19 (6).

De acordo com o Boletim Epidemiológico Sífilis 2020 (6), no Brasil, nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2009, a taxa era de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos e em 2018 chegou a 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, reduzindo-se para 8,2 casos/1.000 nascidos vivos em 2019.

Estes dados apontam que estamos longe de atingir a meta de redução da incidência de sífilis congênita proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de menos 0,5 casos/1000 NV (8).

Quanto as variáveis selecionadas para o estudo, a intenção é poder conhecer a prevalência das características maternas que podem influenciar nos casos de Sífilis Congênita (SC), e assim encontrar maneiras para melhor prevenção deste agravo.

Neste estudo a faixa etária materna com o maior número de casos de SC estão entre 20 a 29 anos, assim como em outros estudos (8,14–18), o que era esperado, pois a sífilis é uma infecção de transmissão predominantemente sexual, sendo sua maior prevalência em mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva (1,19).

A maioria das mães declaram-se pardas e com escolaridade inferior a oito anos de estudo, com baixa escolaridade, na Região Leste do DF, em consonância com outros estudos (12,15,16,18). Mas, foram encontrados dados diferentes quanto a escolaridade (14,17) com ensino médio incompleto até superior completo e raça branca (14), em outros estudos, tais divergências nos leva a refletir que o rastreamento para prevenção e promoção da saúde para redução da transmissão de sífilis, deve ser realizada de forma abrangente.

Mesmo tendo em vista que prevalece estudos com relatados que a baixa escolaridade está relacionada ao risco à saúde, dificultando o entendimento sobre a importância dos cuidados com a saúde e medidas preventivas, o que prejudica a interrupção na cadeia de transmissão (15), as medidas de prevenção devem ser repassadas de forma clara, garantindo que independente da escolaridade, seja compreendida.

O treinamento dos profissionais da saúde, campanhas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e a conscientização dos indivíduos acerca deste problema pode ajudar neste processo (9).

Dos dados notificados, de Sífilis Congênita (SC), apontam que 85% das mães realizaram o pré-natal e obtiverem diagnóstico de sífilis, na sua maioria, durante o pré-natal, como em outros estudos realizados em Minas Gerais (8), São Jose do Rio Preto (9),

e no Paraná (14), ou seja, em momento oportuno para tratamento e acompanhamento de qualidade, diferente de outros estudos que apontaram diagnóstico tardio (12,15,16,18), no momento do parto/curetagem. Estes dados nos revelam que o rastreamento está sendo realizado durante as consultas de pré-natal, o que torna possível a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

A atenção ao pré-natal visa acolher a mulher desde o início da gravidez de forma qualificada e humanizada, com o objetivo de ofertar condutas acolhedoras e com intervenções oportunas (8).

As diretrizes nacionais determinam que o rastreamento seja realizado duas vezes durante o pré-natal: no início da gestação e no início do terceiro trimestre gestacional, e novamente na admissão para o parto. A intenção é identificar as mulheres que tiveram as infecções não tratadas antes de engravidar, infectadas durante a gestação, trabalho de parto ou parto (20).

Desde 2005, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a triagem durante o pré-natal por meio de teste rápido, testes treponêmicos, em situações que existam dificuldade com a rede de laboratórios, ou quando houver intenção de agilizar o diagnóstico de sífilis em gestantes. Quando positivos, confirmam a infecção e indicam tratamento, pois apresentam alta sensibilidade e especificidade (20).

Porém, mesmo diante de momentos oportunos para uma assistência de qualidade, ao avaliarmos as variáveis do tratamento materno e parceria sexual do presente estudo, as porcentagens refletem uma assistência de qualidade baixa, indicando falha durante o tratamento e acompanhamento. Em relação ao tratamento materno, a maioria foi classificado como inadequado, seguido de não realizados, e as parcerias sexuais não tratadas concomitantemente, em sua maior parte, sendo pertinente com outros estudos (8,9,12,14,17,18). Diante deste cenário, requer atenção a porcentagem de apenas 21% de tratamento realizado, adequadamente, o que nos leva a refletir sobre a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o manejo da sífilis na gestação.

Algumas pesquisas evidenciam que a compreensão e diagnóstico da infecção expressam certa complexidade, o que pode dificultar o manejo por parte dos profissionais de saúde, os quais apresentaram técnica de qualidade insuficiente para o enfrentamento da problemática da sífilis, durante o pré-natal. Equívocos como falhas no diagnóstico oportuno, reconhecimento quanto ao estadiamento da doença, acompanhamento da titulação, captação da parceria sexual, tratamento e aconselhamento adequados são

fundamentais para evitar a transmissão vertical da sífilis, sendo necessária intervenção educativas sobre as medidas preventivas e de controle (21–24).

O controle da SC requer comprometimento dos profissionais que atuam na atenção primária, pois é neste nível de assistência que se espera que ocorra o acompanhamento do pré-natal (PN). O enfermeiro tem papel fundamental na prevenção da SC, diante da captação precoce da gestante, tem a possibilidade de realizar teste rápido e ou solicitar o exame sorológico, além de realizar a busca ativa da parceria e acompanhamento do tratamento adequado ao casal (8).

De acordo com a Nota Informativa nº 2/2017-DIAHV/SVS/MSⁱⁱⁱ, considera-se tratamento adequado quando completo de acordo com o estágio clínico da sífilis com benzilpenicilina benzatina, e iniciado 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadram nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. Para fins de notificação de caso de SC, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

No entanto, vale ressaltar que a estratégia de notificação e tratamento da parceria seja recomendada tanto para prestar cuidados aos indivíduos expostos como para prevenir a reinfecção da gestante (25), já que a sífilis é uma infecção bacteriana, predominantemente sexual (1), sendo avaliação e o tratamento das parcerias sexuais da gestante cruciais para interromper a cadeia de transmissão da infecção (3).

O tratamento realizado com medicamento diferente da benzilpenicilina benzatina durante a gestação é considerado não adequado para evitar a transmissão vertical, visto que benzilpenicilina benzatina é o único medicamento que efetivamente trata a gestante com sífilis e o feto, pois atravessa a barreira transplacentária (3).

A administração da penicilina pode ser realizada em serviços de saúde privados ou públicos, inclusive nas unidades de atenção primária à saúde, por médicos, enfermeiros ou farmacêuticos (3). O acompanhamento sorológico com TNT pós-tratamento deve ser mensal até o final da gravidez, pelo qual se avalia a resposta imunológica ao tratamento, títulos baixos e estáveis de TNT, com queda na titulação em pelo menos duas diluições, descarta nova exposição de risco, e é denominada cicatriz sorologia e não caracteriza falha terapêutica (3).

Apesar dos dados não trazerem detalhes quanto ao tratamento, medicação usada, fase da infecção, entre outros, nos traz a inadequação como ponto chave do problema, insinuando que não está de acordo com as práticas relatadas como adequadas. Este estudo, reforça que ainda persiste uma assistência de má qualidade durante o pré-natal, e nos leva

a refletir que mesmo diante de estudos anteriores (13,20,26-27) o problema ainda continua sendo relevante na saúde pública e está longe de ser sanado.

Desde 1986 a SC já era considerada um agravo de notificação compulsório, com meta de erradicação do Ministério da Saúde (MS) em 1993, por ser um agravo que possui prevenção e tratamento no pré-natal. Porém, no Brasil a sífilis em gestantes só passou a ser de notificação compulsória em julho de 2005 (18), sendo incipiente a notificação de casos de sífilis em gestantes e em suas parcerias sexuais, e de sífilis congênita em unidades de saúde pública e complementar, o que contribui para a subestimação da ocorrência da sífilis no país (3).

Assim, os esforços devem ser das esferas governamentais, dos profissionais de saúde e de toda sociedade para que estejam envolvidos com os planos de ação, principalmente na educação sexual de adolescentes e adultos, com foco na utilização de preservativos e outras práticas para o sexo seguro (8).

4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A subnotificação dos dados, o preenchimento inadequado ou ausente nas fichas de notificação, os registros de muitos dados considerados como ignorados/branco e a falta de detalhes sobre o tratamento realizado, nas regiões administrativas de saúde leste do DF, dificultaram a captação de dados fidedignos para análise.

5 CONCLUSÕES

Diante das variáveis selecionadas para análise, foi possível observar que a idade, raça, escolaridade, realização de pré-natal e momento do diagnóstico não são os principais fatores que influenciaram no número de casos de SC e sim a assistência prestada aos casos de sífilis positiva, na gestação. Os dados apontam a possível falta de conhecimento dos profissionais de saúde no manejo adequado da sífilis, no tratamento das gestantes e de sua(s) parcerias sexuais, que apesar da falta de detalhamento, é possível inferir falhas.

Algumas ações como a prescrição adequada da medicação, conhecimento sobre estadiamento da doença, busca ativa e tratamento das parcerias sexuais, acompanhamento da evolução do quadro, e a promoção da saúde tanto individual ou em grupo de gestantes, entre outras, são fundamentais no controle, cura e prevenção da doença, e quando negligenciadas possíveis quadros de reinfecção podem ocorrer.

Pode-se concluir que os profissionais de saúde não estão preparados para ofertar uma assistência de qualidade ao pré-natal, as atividades de educação permanente em

saúde com o objetivo de reestruturação do processo de trabalho devem ser implementadas, viabilizando aos profissionais o conhecimento e troca de experiências quanto as medidas de prevenção, tratamento e controle da sífilis na gestação, afim de conscientizar o papel de cada profissão, e conseqüentemente a diminuição da transmissão vertical, o que implica na queda do número de casos de SC e suas complicações aos recém nascidos, diminuindo o tempo de internação e gastos evitáveis com a saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2020 [citado 26 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
2. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2019 [citado 2 de dezembro de 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
3. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DC das N, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.espl>
4. DISTRITO FEDERAL. Saúde da Mulher: Atenção à Saúde da Mulher no Pré-natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido: Fluxogramas [Internet]. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde; 2017 jun [citado 28 de novembro de 2021]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.1-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Pre-natal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem-nascido_-_Fluxogramas.pdf
5. Costa MC, Demarch EB, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JA da C. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *An Bras Dermatol* [Internet]. dezembro de 2010;85(6):767–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000600002>
6. Brasil. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020 [citado 28 de novembro de 2021] p. 44. (Número Especial | Out. 2020. Ano VI – nº 01). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/outubro/29/BoletimSfilis2020especial.pdf>
7. Distrito Federal. Boletim Epidemiológico de Sífilis: Ano 06 nº 01 [Internet]. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde; 2017 mar [citado 28 de novembro de 2021] p. 22. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Boletim-epidemiol%C3%B3gico-S%C3%ADfilis-2017-DF.pdf>
8. Alves PIC, Scatena LM, Haas VJ, Castro S de S. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. agosto de 2020 [citado 20 de novembro de 2020];25(8):2949–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.20982018>

9. Maschio-Lima T, Machado IL de L, Siqueira JPZ, Almeida MTG, Maschio-Lima T, Machado IL de L, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet]. dezembro de 2019 [citado 22 de janeiro de 2021];19(4):865–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>
10. Cardoso A, Santana G, Costa EA, Araújo PS, Lima YOR. Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população [Internet]. *Observatório de Análise Política*. 2017 [citado 28 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/8d4373c163b7217b193ffdc7c29135b3/4/>
11. Nunes PS, Zara AL de SA, Rocha DFN de C, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. novembro de 2018 [citado 28 de novembro de 2020];27(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400008>
12. Reis GJ dos, Barcellos C, Pedroso M de M, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 6 de setembro de 2018 [citado 30 de novembro de 2020];34(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105517>
13. Sellera PEG, Morais OL, Vasconcelos AMN, Ruy MB, Moraes LFS, Santos SO dos. Panorama da situação de saúde do Distrito Federal: análise do período de 2005 a 2017. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 27 de junho de 2019 [citado 28 de novembro de 2021];24:2009–20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08392019>
14. Silva GM da, Pesce GB, Martins DC, Prado CM do, Fernandes CAM, Silva GM da, et al. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. *Enferm Glob* [Internet]. 2020 [citado 26 de novembro de 2021];19(57):107–50. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.358351>
15. Conceição HN da, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Em Debate* [Internet]. outubro de 2019 [citado 27 de novembro de 2020];43(123):1145–58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>
16. Domingues RMSM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 28 de novembro de 2020];32(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
17. Lafeté KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. março de 2016 [citado 27 de novembro de 2020];19(1):63–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>
18. Teixeira MA. Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita. *Rev Saúdecom* [Internet]. 30 de novembro de 2015 [citado 26 de

novembro de 2021];11(4):371–81. Disponível em:
<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/380>

19. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2004 [citado 28 de novembro de 2021] p. 82. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

20. Milanez H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem? *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet* [Internet]. 18 de outubro de 2016 [citado 26 de novembro de 2021];38(09):425–7. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0036-1593603>

21. Araujo MAL, Barros VL de, Moura HJ de, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2014 [citado 26 de novembro de 2021];22:300–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400030012>

22. Lazarini FM, Barbosa DA. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 30 de janeiro de 2017 [citado 26 de novembro de 2021];25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>

23. Nobre CS, Albuquerque C de M de, Frota MA, Machado M de FAS, Couto CS do. Sistema de saúde no controle da sífilis na perspectiva das enfermeiras [Health system in syphilis control, from the nurses' perspective] [Sistema de salud en el control de la sífilis en la perspectiva de las enfermeras]. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 30 de dezembro de 2018 [citado 26 de novembro de 2021];26(0):12527. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.12527>

24. Rigo FL, Romanelli RM de C, Oliveira IP, Anchieta LM. Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet]. 31 de maio de 2021 [citado 28 de novembro de 2021];21:127–37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100007>

25. Figueiredo DCMM de, Figueiredo AM de, Souza TKB de, Tavares G, Vianna RP de T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 4 de dezembro de 2020];36(3):e00074519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519>

26. Araujo RS, Souza ASS de, Braga JU. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017? *Rev Saúde Pública* [Internet]. 14 de dezembro de 2020 [citado 26 de novembro de 2021];54:109. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002196>

27. Crespo BB, Salerno M de F, Nobrega ICC da, Crespo IBT, Muruci AT, Rabello IMP, Boechat CT, Almeida LH de. Estudo epidemiológico dos casos de Sífilis Congênita no estado do Rio de Janeiro de 2011 a 2021. *BJDV* [Internet]. 2022 [citado 8 de setembro

de 2022];8(8):59814-2. Disponível em:
<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/51573>.

i Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/doencas-e-agrivos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/>>. Acesso em 31 jul. 2021.

ii Disponível em: <<https://www.codeplan.df.gov.br/pdad-2018/>> Acesso em 28 nov. 2021.

iii Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agrivos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf> Acesso em 28 nov. 2021.