

Importância do tratamento da Sífilis em gestantes

Importance of Syphilis treatment in pregnant women

DOI:10.34119/bjhrv5n5-175

Recebimento dos originais: 30/08/2022

Aceitação para publicação: 29/09/2022

Bárbara Figueredo Ferreira

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora (SUPREMA)

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Rua Ermelino Carneiro Sobrinho, Nº 78, Fatima, Sao Mateus - ES

E-mail: ferreirabarbara029@gmail.com

Natália Miranda Milagres

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora (SUPREMA)

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Av. Presidente Itamar Franco, 1575-701, Centro, Juiz de Fora - MG

E-mail: nataliamilagres@hotmail.com

Nathália Carvalho de Souza

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora (SUPREMA)

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Rua Espírito Santo, 1190, Centro, Juiz de Fora - MG

E-mail: natcarsouza@hotmail.com

Ana Claudia Elerati de Campos

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora (SUPREMA)

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Rua Belo Horizonte, 290, São Mateus, Juiz de Fora - MG

E-mail: anaelerati@yahoo.com.br

Ana Clara Viana de Souza

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora (SUPREMA)

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)

Endereço: Rua Constantino Paleta, 83, Centro, Juiz de Fora - MG

E-mail: ac.vianas@gmail.com

Isabela Karina Silva Dias

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora (SUPREMA)

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)
Endereço: Rua Espírito Santo, 1190, Centro, Juiz de Fora - MG
E-mail: isabela_dias17@hotmail.com

Lucas Fahel Vaz

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora (SUPREMA)

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA)
Endereço: Rua Santos Dumont, 365, Granbery, Juiz de Fora - MG
E-mail: lucas.vax2011@hotmail.com

Leonardo Pandolfi Caliman

Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pela Febrasgo

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – MG (SUPREMA)
Endereço: Rua Floriano Peixoto, 589, 2º Andar, Centro, Juiz de Fora - MG, CEP: 36015-440
E-mail: leocalpan05@gmail.com

RESUMO

Introdução: Dentre as infecções sexualmente transmissíveis a sífilis se destaca como grande problema de saúde pública. Apesar de ser uma doença de fácil manejo e evitável, se torna preponderante discutir a importância do tratamento das gestantes soropositivas, uma vez que há grandes sequelas, não só para a criança, como também reflexos nos coeficientes de saúde. **Objetivos:** Ratificar a importância do tratamento das gestantes com sífilis por meio da análise de dados epidemiológicos do SINAN. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico compreendendo informações das unidades federativas do Brasil, a partir da observação, entre 2014-2019, da incidência e prevalência da sífilis em gestantes e da sífilis congênita e os coeficientes que rodeiam essa temática. **Discussão:** A sífilis durante a gestação ainda ocorre em proporções significativas nas mulheres, ratificada pelos 18,1% (24.130) dos conceptos menores de um ano de idade acometidos pela doença em 2019. Embora em 2019 o número de casos de gestantes com sífilis tenha se reduzido, percebe-se falha no esquema de tratamento sendo que apenas 2,3% (1.462) delas foram tratadas adequadamente. Apesar de 61.127 mulheres terem sido testadas para sífilis em 2019, apenas 32,9% (20.163) realizaram o pré-natal, o que evidencia falha na captação das gestantes para realização do mesmo. **Conclusão:** Fica evidente que tratar essas mulheres garante não só qualidade de vida para as gestantes bem como para as crianças, além de gerar melhores coeficientes que indicam melhor profilaxia, captação efetiva nas fases precoce, informação e efetivação das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Sífilis, sorodiagnóstico da Sífilis, gestação, Sífilis Congênita, cuidados pré-natais, prevenção e controle, tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Among sexually transmitted infections, syphilis stands out as a major public health problem. Despite being an easy-to-manage disease when diagnosed early and preventable with public information policies for the population, it is important to discuss the importance of treating positive syphilis pregnant women, since there are major sequelae, not only for the child, but also for the consequences in health coefficients. **Objective:** To ratify the importance of treating pregnant women with syphilis through the analysis of epidemiological

data from SINAN. Methodology: This is an ecological study comprising information from all federal units in Brazil, based on the observation, between 2014-2019, of the incidence and prevalence of syphilis in pregnant women and congenital syphilis and the coefficients surrounding this theme. Discussion: Syphilis during pregnancy still occurs in significant proportions in women, confirmed by 18.1% (24,130) of the under-one-year-old fetuses who were affected by the disease in 2019. Although in 2019 the number of cases of pregnant women with syphilis has been reduced, there is a failure in the treatment regimen, and only 2.3% (1,462) of them were treated properly. Although 61,127 women were tested for syphilis in 2019, only 32.9% (20,163) underwent prenatal care, which shows a failure to attract pregnant women to perform it. Conclusion: In this way, treating these women guarantees not only quality of life for pregnant women as well as for children, in addition to generating better coefficients that indicate better prophylaxis, effective capture in the early stages, information and implementation of public health policies.

Keywords: Syphilis, Syphilis serodiagnosis, gestation, Congenital Syphilis, prenatal care, prevention and control, treatment.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a sífilis se destaca por seus danos econômicos, sociais e sanitários de abrangência mundial. Doença bacteriana sistêmica de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, ela tem o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório.¹ Apesar de ser uma doença evitável e de manejo fácil, a sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública.²

A transmissão materno-fetal da sífilis pode ocorrer durante toda a gestação, sendo o risco maior nas gestantes com sífilis primária ou secundária.³ Assim, nas fases primária ou secundária da doença, há contaminação do feto em até 100% dos casos, ao passo que nas fases latente precoce (menos de um ano de evolução a partir da infecção) e latente tardia da doença (mais de um ano de evolução), as taxas de transmissão vertical atingem cifras de 80 e 30%, respectivamente.⁴ Desse modo, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a triagem sorológica para gestantes na primeira consulta de pré-natal (idealmente no primeiro trimestre), no início do segundo trimestre (28ª semana) e no momento do parto.⁵ Outras organizações, como o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e as diretrizes conjuntas da American Academy of Pediatrics e do American College of Obstetricians and Gynecologists recomendam a repetição do exame no início do terceiro trimestre (aproximadamente na 28ª semana de gestação) e no parto em mulheres com alto risco para a infecção, o que inclui também as habitantes de áreas geográficas com alta prevalência da doença, soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), histórico de encarceramento ou trabalho sexual comercial. Já a Academia Americana de Pediatria e o American College of Obstetricians and Gynecologists

reforçam a triagem após a exposição a um parceiro infectado.⁶ Em caso de negligência dos cuidados pré-natais, a mãe deve ser testada quando se apresentar para o parto. Existem variações nessa rotina de acordo com o serviço de referência adotado. Esses dados sugerem o impacto que o rastreamento tem para o diagnóstico precoce no pré-natal e, conseqüentemente, para a prevenção da passagem transplacentária da bactéria.

Estima-se que 1,8 milhão de gestantes no mundo estejam infectadas pela sífilis e que menos de 10% sejam diagnosticadas e tratadas.⁷ O Brasil encontra-se entre quinze países ditos prioritários, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para o controle da sífilis congênita, destacando em 2005, a investigação e notificação de 5.792 casos em menores de um ano de idade, sendo que 78% das mães haviam realizado pré-natal e dessas, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez.² Com a melhora desses indicadores, os resultados da assistência pré-natal e testagem para sífilis na gestação apontam que o Brasil alcançou as metas de controle sugeridas pela OMS com as taxas de cobertura para ambas as variáveis >90,0%.⁷

Por apresentar as maiores taxas de transmissibilidade entre as diversas doenças de contágio pelo ciclo grávido-puerperal, a sífilis foi incluída no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e intitulada como de notificação compulsória.⁸ No Brasil, segundo dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis, 37.436 casos de sífilis materna e 20.474 de sífilis congênita (SC) foram notificados em 2016. Entre 2010 e 2016, a taxa de infecção de SC aumentou de 2,4 para 6,8 casos por 1000 nascidos vivos, provavelmente em consequência do aumento da taxa de detecção de sífilis em mulheres grávidas (de 3,7 para 12,4 casos por 1000 nascidos vivos). Essa crescente taxa de incidência da SC é acompanhada de incremento na mortalidade infantil por esta doença em crianças menores de 1 ano.^{9,10}

Essa notificação de sífilis em gestantes ocorre predominantemente em mulheres de 20 a 34 anos, durante o auge da fase reprodutiva.² No Brasil, as taxas de soropositividade em mulheres contam com níveis mais elevados em grupos de maior risco, de baixo nível socioeconômico e acesso menor à educação e aos serviços de saúde.³ Dessa forma, são considerados alguns fatores de risco associados à transmissão da sífilis durante a gravidez como a idade jovem, etnia afro-americana e hispânica, baixo status socioeconômico, educação precária, cuidados pré-natais inadequados, prostituição e abuso de substâncias.¹¹

Os testes atuais usados na triagem para sífilis baseiam-se na detecção de anticorpos contra a infecção. O rastreamento da doença envolve a testagem de anticorpos não treponêmicos (teste do Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas - VDRL) ou o teste contra biomarcadores liberados pelo agente etiológico (teste de reagina plasmática rápido - RPR), seguido por um teste de detecção de anticorpos treponêmicos para confirmação do diagnóstico,

ou seja, por absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes - FTA-abs ou pelo Teste de aglutinação de partículas de *T. pallidum* – TPPA.⁶

A penicilina revolucionou o tratamento da sífilis, diminuindo drasticamente as taxas de incidência em todos os estágios da doença. Uma injeção de 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina intramuscular profunda na região glútea é recomendada para mulheres grávidas com sífilis em estágio inicial (até um ano da doença) e três injeções com intervalo de uma semana são recomendados para a sífilis em estágio avançado ou desconhecido (maioria dos casos). Somente o tratamento correto com penicilina é considerado adequado devido à limitação de dados disponíveis sobre a eficácia de terapias alternativas na gestante. No entanto, apesar da cura pela penicilina estar disponível por mais de 70 anos, a sífilis continua sendo uma preocupação de saúde global significativa, o que demonstra a necessidade imediata de obstetras e ginecologistas capacitados para seu reconhecimento, diagnóstico e tratamento.^{5,8,9}

Riscos materno-fetais são inerentes quando há soropositividade. Estudo de meta-análise apontou desfechos negativos em 66,5% (IC95% 58,0;74,1) das gestantes com sífilis e em 14,3% (IC95% 11,8;17,2) das gestantes sem diagnóstico de sífilis e, conseqüente, tratamento.⁷ Diversas são as complicações da infecção sífilítica em mulheres grávidas como risco aumentado de 21% para natimortos, de 6% para prematuridade e de 9% para morte neonatal, incluindo também risco de baixo peso ao nascer e aborto espontâneo. Além disso, por ser sexualmente transmissível e de curso prolongado, a sífilis está fortemente associada com aquisição do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Por outro lado, a infecção congênita pode repercutir com deformidades congênitas ósseas e de outros órgãos, hipogonias, icterícia e problemas neurosensitivos, como cegueira e surdez.^{6,12,13}

Na maioria dos casos de sífilis congênita as mulheres grávidas receberam cuidados pré-natais, mas não foram rastreadas e tratadas para sífilis precoce o suficiente durante a gravidez para prevenir a transmissão ao feto. Logo, a sífilis congênita é totalmente prevenível se: I) for evitado que mulheres com sífilis engravidem; II) mulheres grávidas contraiam sífilis; III) se forem identificadas e tratadas adequadamente com penicilina mulheres grávidas com sífilis antes de trinta dias do parto. Além disso, as conseqüências a longo prazo da sífilis congênita podem ser minimizadas garantindo que os fetos expostos à bactéria sejam tratados de forma eficaz. Diante deste cenário, se torna clara a importância de um estudo atualizado com a análise dos dados epidemiológicos de casos de SC, já que esse desfecho se associa ao impacto do tratamento eficaz das gestantes soropositivas para o Treponema bem como demonstra outras barreiras encontradas na Saúde Pública relacionadas à saúde materna, como a captação para realização do pré-natal e ao rastreio sistemático das gestantes para ISTs.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico baseado em desenho de séries temporais e abordagem analítica entre janeiro de 2014 e janeiro de 2019, compreendendo informações de todas as unidades federativas do Brasil, a partir da observação de dados de incidência da sífilis congênita, de gestantes com sífilis, de informações sobre a realização do pré-natal da mãe e sobre o esquema de tratamento da gestante.

É um estudo que utiliza dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de 2007 em diante a partir do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), sem identificação pessoal e aberto à consulta pública, não sendo necessária a submissão do mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Utilizou-se a décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como base para o diagnóstico de Sífilis Congênita, identificada a partir do código A50. A partir disso, foi feita busca na aba Doenças e Agravos de Notificação- 2007 em diante (SINAN) a fim de estratificação correta do número de casos de SC por 1000 nascidos vivos em relação às gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, segundo também a informação da realização do pré-natal da mãe e do esquema de tratamento.

Além disso, foram ainda enquadrados o tratamento feito durante o pré-natal das gestantes diagnosticadas com sífilis, visto que a taxa de SC em gestantes tratadas para sífilis é alta devido a falhas no tratamento desses pacientes ou de seus parceiros. Considera-se sífilis inadequadamente tratada na gravidez se o tratamento for incompleto, se for feito com outro fármaco sem ser penicilina (gestantes alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas), parceiro sexual não tratado ou quando o tratamento da gestante ou do parceiro não foi documentado.

As informações sobre os casos novos de SC e sobre o número de nascidos vivos foram obtidas no SINAN e no Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), respectivamente. Ambos os sistemas de informação em saúde podem ser acessados gratuitamente no banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (<http://tabnet.datasus.gov.br>), especificamente no site <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.

Para maior acurácia da interpretação dos dados, foi realizada uma revisão de literatura a partir das bases de dados PubMed e SciELO, utilizando os seguintes descritores: “Gravidez”, “Sífilis” e “Tratamento”. Vale destacar que para a base de dados PubMed foi utilizado o Medical Subject Headings (MeSH) para melhor escolha dos descritores e suas variações.

3 RESULTADOS

A **Tabela 1** representa o número de casos confirmados de sífilis e a taxa de detecção de gestantes por sífilis por ano de diagnóstico entre 2014 e 2019.

Tabela 1: Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes por sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2019

TABELA 1							
Sífilis em Gestantes	Total	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Casos	271.796	26.616	32.775	38.280	49.816	63.182	61.127
Taxa de Detecção		8,9	10,9	13,4	17	21,5	20,8

FONTE: DATASUS

A **Tabela 2** representa o número total de casos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade e a taxa de incidência.

Tabela 2: Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2019

TABELA 2							
Sífilis congênita em < de um ano	Total	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Casos	132.737	16.310	19.640	21.254	24.962	26.441	24.130
Taxa de Detecção		5,5	6,5	7,4	8,5	9	8,2

FONTE: DATASUS

A **Tabela 3** representa o número de casos de sífilis congênita

Tabela 3: Casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2019

TABELA 3							
Realização de pré-natal	Total	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sim	107.769	12.666	15.479	17.323	20.455	21.683	20.163
Não	18.296	2.745	2.931	2.884	3.286	3.554	2.896
Ignorado	7.151	942	1.302	1.123	1.296	1.294	1.194

FONTE: DATASUS

A **Tabela 4** representa o número de casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico.

Tabela 4: Casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2019

TABELA 4							
Esquema de tratamento materno	Total	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Adequado	20.872	595	802	853	1.115	1.474	1.462
Inadequado	120.749	9.546	11.219	12.523	14.312	14.481	12.661
Não Realizado	65.900	4.419	5.361	5.635	6.596	7.043	6.825
Ignorado	30.195	1.793	2.330	2.319	3.014	3.533	3.305

FONTE: DATASUS

4 DISCUSSÃO

Pode ser observado um aumento no número de casos de sífilis gestacional no intervalo de tempo analisado (2014-2019), com exceção do ano de 2019, em que houve queda quando comparado ao ano anterior. Tal dado mostra que a sífilis durante a gestação ainda ocorre em proporções significativas nas mulheres, ratificada pelos 18,1% (24.130) dos conceptos menores de um ano de idade que em 2019 foram acometidos pela doença, evidenciando a ausência de captação para antibioticoterapia e cobertura pré-natal inadequada das gestantes notificadas com a IST no mesmo ano. Desse modo, infere-se que as mesmas gestantes que não foram testadas para a sífilis também não foram testadas para o vírus HIV e hepatites B e C, recomendações do Ministério da Saúde.¹⁴ Algumas ISTs aumentam a probabilidade de uma mulher – tanto homens quanto mulheres – adquirir outras infecções, uma vez que o dano causado ao epitélio vaginal e o recrutamento de células do sistema imune para o local tornam a hospedagem do vírus HIV, por exemplo, mais facilitada pela proximidade à célula hospedeira – lembrando que os vírus são hospedeiros obrigatórios, ou seja, utilizam o maquinário celular do homem para manter o seu metabolismo.¹⁵ Dessa forma, o tratamento da sífilis durante a gestação se torna fundamental para evitar outras infecções, como o HIV e as hepatites já citadas, as quais geram grande morbidade materno-infantil além de manutenção de terapia para controle e não cura, como no caso da sífilis.

Embora em 2019 o número de casos de gestantes com sífilis tenha se reduzido, percebe-se falha no esquema de tratamento sendo que apenas 2,3% (1.462) delas foram tratadas adequadamente, evidenciando uma ampliação do número de testagens, mas que, em contrapartida, esbarram na ausência de esquema adequado do uso da penicilina G Benzatina, a qual é o único agente antimicrobiano eficaz para a prevenção da TV da sífilis sendo amplamente eficaz, de baixo custo, dose única, sem contraindicações ao uso em gestantes, alta qualidade e baixa toxicidade.^{16,17} O tratamento da sífilis gestacional é fundamental para prevenir a ocorrência de desfechos adversos – óbito fetal, materno e neonatal, malformações e sequelas -, pois o *T. pallidum* ultrapassa a barreira placentária das 16-18 semanas, no entanto não há

consequências da infecção fetal ocorrida antes desse período, uma vez que ainda não ocorreu a resposta inflamatória responsável pelas lesões determinadas pelo agente, o que aponta, mais uma vez, para a necessidade de se tentar o diagnóstico e terapêutica precoce na gravidez.¹⁸ Entre os fatores possíveis para o esquema inadequado de tratamento estão a reinfecção, não tratamento do parceiro - quanto aos parceiros, no Brasil, foi estimado que apenas 12% deles receberam o tratamento para sífilis -, diminuição do uso de preservativos, desabastecimento em âmbito mundial de penicilina e redução da sua aplicação na Atenção Básica de Saúde.^{20,21} Dessa maneira, a diminuição dos efeitos adversos, ou seja, do tratamento adequado das gestantes com sífilis, se torna um reflexo nos coeficientes de saúde, já que a minimização da mortalidade infantil e da mortalidade materna são indicadores de um bom desenvolvimento e servem para avaliar a qualidade de vida.

Apesar de 61.127 mulheres terem sido testadas para sífilis em 2019, apenas 32,9% (20.163) realizaram o pré-natal. Em um estudo com mais de 20.000 mulheres brasileiras no pós-parto, foi relatado que 98,7% fizeram pelo menos uma consulta de pré-natal. Destas, 89% tinham documentação de pelo menos um teste para sífilis nas fichas de pré-natal. No entanto, apenas 41% fizeram o segundo teste.⁷ Segundo o Ministério da Saúde, a testagem para sífilis está preconizada na 1ª consulta de pré-natal, sendo idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no parto ou em caso de aborto.¹⁸ Entretanto, em algumas populações, a detecção apenas no parto é usual, principalmente se a mulher não tiver um atendimento pré-natal adequado.²² Com a ausência de tratamento 25% das gestações resultam em aborto ou natimorto, com 11% de morte fetal e 13% em recém nascidos prematuros ou de baixo peso, e um adicional de 20% com sinais clínicos de SC.²³ Tal fato justifica os valores da **Tabela 4**, onde nas gestantes em que o tratamento foi realizado inadequadamente ou não realizado, o total de casos de sífilis congênita em 6 anos foi de 110.621. Mesmo aquelas que fizeram o tratamento adequado ainda há uma percentagem de SC, uma vez que, apesar da penicilina ter uma alta eficácia contra a infecção por *Treponema pallidum* na gestação, ela depende da idade gestacional e do estágio da sífilis no momento do tratamento. A eficácia se aproxima de 100% no estágio primário, latente tardio e terciário, ao passo que no estágio secundário e latente recente, essa eficácia é de 95%. Com relação à idade gestacional, quando o tratamento é iniciado antes de 18-20 semanas, a eficácia é de quase 100% devido ao imunocomprometimento fetal.¹¹ O tratamento no terceiro trimestre esteve associado a 64,4% de desfechos ruins em comparação com 13,3% nas gestantes sífilíticas tratadas no primeiro trimestre.¹² Isso demonstra que, mesmo sendo feito o tratamento adequadamente, a depender do estágio da sífilis na mãe e da idade gestacional, a TV pode acontecer, como ilustrado na

Tabela 4, em que um total de 6.301 casos de sífilis congênita ocorreram na vigência de um tratamento adequado.

5 CONCLUSÃO

A principal limitação deste estudo foi a utilização de dados dos sistemas públicos de informação em saúde para a avaliação do número de casos de sífilis tanto em gestantes quanto sífilis congênita. Os dados fornecidos pelo SINAN estão propensos à formulários de notificações incompletos, além da subnotificação, o que pode levar à limitação dos resultados e conseqüente mudança no resultado desse estudo. Resultados mais informativos poderiam ser obtidos e as tabulações do SINAN apresentassem número de consultas de pré-natal ou o trimestre da gestação em que as mulheres iniciaram o pré-natal.

A partir da análise dos dados relacionados à sífilis em gestantes e à sífilis congênita e suas complicações orgânicas e sociodemográficas, é possível concluir que essas patologias ainda são um grande problema de saúde pública no Brasil, uma vez que a prevalência e incidência dessa IST se faz tão presente, gerando grande morbimortalidade e gastos do Setor Público de Saúde. Embora seja de extrema importância, o aumento do número de diagnósticos por si só não é suficiente. É necessário que haja mais investimentos na Rede de Atenção Básica à Saúde, principalmente no que tange à capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para captação efetiva das gestantes para realização do pré-natal com no mínimo seis consultas, as quais serão fundamentais para um controle e diagnóstico precoce bem como para instituição do tratamento adequado e efetivo, orientando as gestantes e seus parceiros para os cuidados necessários à recorrência da IST, de modo a reduzir as chances de TV.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães DM, Kawaguchi IA, Dias A, Calderon IM. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(6):1109-20.
2. Costa CC, Freitas LV, Sousa DM, Oliveira LL, Chagas AC, Lopes MV, Damasceno AK. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):152-9.
3. Guinsburg R, et al. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA. Sociedade Brasileira de Pediatria 2010. Available from: URL: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf. Accessed Março 15, 2018.
4. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *RBGO* 2001; 23(10):647-52.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.
6. Screening for Syphilis in Pregnant Women: Recommendation Statement. *Am Fam Physician*. 2019 Apr 15;99(8):online.
7. Domingues RM, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública*. 2014 Oct; 48(5):766-74.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Rac MW, Revell PA, Eppes CS. Syphilis During Pregnancy: A Preventable Threat to Maternal-Fetal Health. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Apr;216(4):352-363.
10. Martinez EZ, Miriane Lucindo Zucoloto ML, Silva AS, Brunherotti MAA. Attributable fraction of congenital syphilis due to the lack of prenatal care. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2019 Jul; 52: e20180532.
11. Tsimis ME, Sheffield JS. Update on syphilis and pregnancy. *Birth Defects Res*. 2017 Mar 15;109(5):347-352. doi: 10.1002/bdra.23562. PMID: 28398683.
12. Taylor MM, Nurse-Findlay S, Zhang X, Hedman L, Kamb ML, Broutet N, Kiarie J. Estimating benzathine penicillin need for the treatment of pregnant women diagnosed with syphilis during antenatal care in high-morbidity countries. *PLoS One*. 2016 Jul; 11(7).
13. Torrone EA, Miller WC. Congenital and Heterosexual Syphilis: Still Part of the Problem. *Sex Transm Dis*. 2018 Sep;45(9S Suppl 1):S20-S22. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000837. PMID: 29538279; PMCID: PMC6915834.

14. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
15. Women infected with HIV and the impact of associated sexually transmitted infections
Women infected with HIV and the impact of associated sexually transmitted infections
16. Hand RM, Senarathna SMDKG, Page-Sharp M, Gray K, Sika-Paotonu D, Sheel M, Chuang VTG, Martinez J, Luna G, Manning L, Wyber R, Carapetis JR, Batty KT. Quality of benzathine penicillin G: A multinational cross-sectional study. *Pharmacol Res Perspect*. 2020 Dec;8(6):e00668. doi: 10.1002/prp2.668. PMID: 33090729; PMCID: PMC7580708.
17. World Health Organization. WHO guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva; 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf;jsessionid=FC_2CAE702284E6FF5639329D0431B524?sequence=1. Acesso em: 18 de maio de 2020.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016
19. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil - More progress needed! *Rev. paul. pediatr*. 2016 Sep; 34(3): 251-253.
20. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. *Cureus*. 2016 Mar; 8(3): e525.
21. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019 Feb;41(2):90-96. English. doi: 10.1055/s-0038-1676569. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30786305.
22. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. *Cureus*. 2016 Mar; 8(3): e525.
23. Cunha AR. Sífilis em parturientes do Brasil: Prevalência e fatores associados, 2010-2011. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2015.