

O desafio da Sífilis Congênita no Brasil

The challenge of Congenital Syphilis in Brazil

DOI:10.34119/bjhrv6n1-175

Recebimento dos originais: 23/12/2022

Aceitação para publicação: 26/01/2023

Jéssica Sthefanye Urçulino Dorneles

Graduada em Fisioterapia e graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL,
CEP: 57072-970

E-mail: jess.sthefanye@gmail.com

Pedro Henrique Dorneles Silva

Graduado em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL,
CEP: 57072-970

E-mail: pedrohenriqueone1@gmail.com

Beatriz Cristina da Silva Araújo

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL,
CEP: 57072-970

E-mail: beatriz.araujo@famed.ufal.br

Israel do Carmo Almeida

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL,
CEP: 57072-970

E-mail: israelalmeidacarmo@gmail.com

Rynna Andrade Nogueira de Melo

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL,
CEP: 57072-970

E-mail: rynna.252@gmail.com

Vinícius Carvalho Almeida

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL,
CEP: 57072-970

E-mail: viniciusalmeidacarvz69@gmail.com

Maria Fernanda Carvalho Alves

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano

Endereço: Rodovia MG 179, Km 0, Trevo Bloco 05, CEP: 37132-440

E-mail: mfpa_2000@hotmail.com

Pedro Lucas Costa Evaristo de Melo

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Rondônia

Endereço: Av. Pres. Dutra, 2965, Olaria, Porto Velho - RO, CEP: 76801-058

E-mail: pedrolucasvvh2016@gmail.com

RESUMO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa transmitida por transfusão sanguínea, mas principalmente contato sexual, sendo que quando uma gestante não tem seu tratamento concluído durante a gravidez, pode transmitir à criança via transplacentária, dando origem assim a sífilis congênita. O presente estudo tem como objetivo apontar fatores que implicam na dificuldade do controle da doença e assim prejudicando não apenas a experiência da mãe como também grande risco de vida para o filho. Trata-se de uma revisão literária, realizada a partir da base de dados Scientific Electronic Library Online – SCIELO, LILACs e Caderno de Atenção Básica do ministério da saúde, com descritores: Sífilis Congênita, Epidemiologia, Saúde Pública. Critérios de exclusão: artigos realizados fora do Brasil e que não tinham relação direta com o tema. Evidenciou-se que na grande maioria dos estudos selecionados, o perfil da parturiente era auto intitulada parda, baixa escolaridade, que realizou seu acompanhamento pré natal porém foi diagnosticada tardiamente e não teve um tratamento adequado e concluído, resultando assim em potenciais agravos para sua saúde como também do conceito. Dessarte, apesar do seu diagnóstico ser simples e gratuito a maior parte das mulheres só descobrem a doença no último trimestre do processo da gravidez, que apesar de serem diagnosticadas, não têm seu tratamento concluído. Evidenciando assim uma grande falha na assistência pré-natal, que por falta de qualidade no serviço prestado não consegue atingir seu objetivo de diagnosticar previamente a doença e assim trata-la de forma oportuna e completa.

Palavras-chave: epidemiologia, saúde pública, Sífilis Congênita.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious disease transmitted by blood transfusion, but mainly through sexual contact, and when a pregnant woman does not have her treatment completed during pregnancy, it can be transmitted to the child via transplacental route, thus giving rise to congenital syphilis. The present study aims to point out factors that imply the difficulty in controlling the disease, thus jeopardizing not only the mother's experience but also the child's life. This is a literature review, carried out from the Scientific Electronic Library Online - SCIELO, LILACs and Basic Attention Notebook of the Ministry of Health databases, with the following descriptors: Congenital Syphilis, Epidemiology, Public Health. Exclusion criteria: articles from outside Brazil and those not directly related to the theme. It was evident that in most of the selected studies, the profile of the parturient woman was self-described as brown, with a low level of education, who had her prenatal care, but was diagnosed late and did not receive adequate and completed treatment, thus resulting in potential damage to her health and that of the child. Therefore, despite the fact that the diagnosis is simple and free, most women only discover the disease in the last trimester of pregnancy, and despite the fact that they are diagnosed, their treatment is not concluded. This shows a major flaw in prenatal care, which due to lack of

quality service can not achieve its goal of previously diagnosing the disease and thus treat it in a timely and complete manner.

Keywords: epidemiology, public health, Congenital Syphilis.

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa transmitida por transfusão sanguínea, mas principalmente contato sexual, sendo que quando uma gestante não tem seu tratamento concluído durante a gravidez, pode transmitir à concepta via transplacentária, dando origem assim a sífilis congênita (UNEMO,2017); (KOJIMAN, 2018).

A transmissão de mãe para filho da sífilis em mulheres não tratadas é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária) e não há transmissão pelo leite materno (DOMINGUES, 2016); (BLACK, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como aceitável os valores inferiores a 0,5 casos/1000 nascidos vivos. A frequência quase dobrou entre 2010 e 2015 no país, sendo um dos principais motivos da taxa alta e crescente em toda América Latina. O Ministério da Saúde atribuiu este crescimento a três fatores principais: o aumento da realização de rastreamento de sífilis –relacionado à qualidade do pré-natal, encontrando mais positividade; indisponibilidade de penicilina; e o fato de quase metade das Unidades de Atenção Básica não tratarem pacientes com sífilis, encaminhando-os à atenção secundária, com perda de pacientes no processo. (PEELING, 2017)

A sífilis na gestante tornou-se de notificação compulsória em 2005, sendo a ficha de investigação liberada para digitação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 2007. A sífilis congênita adquiriu este status muito tempo antes, em 1986, e sua ficha de investigação sofreu variações ao longo dos anos, a fim de melhorar a detecção e acompanhar o processo de eliminação assinado em acordos internacionais pelo Ministério da Saúde (NUNES, 2017).

A qualidade do preenchimento das fichas de investigação de doenças de notificação compulsória é fundamental para o planejamento das intervenções. Para a sífilis em gestantes, o processo de investigação ocorre na atenção primária, pois é nesse cenário que se desenvolvem o diagnóstico da doença e o pré-natal. Portanto, a atenção básica é onde o caso é notificado e investigado. Da mesma forma, este é o momento em que o pré-natal deve atuar e evitar o caso

de sífilis congênita. A atenção básica está se expandindo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

A presença da ESF em 94% dos municípios brasileiros em 2008, correspondendo a uma cobertura populacional de 48%. Essa estratégia inclui o pré-natal, que tem em seus protocolos a triagem de gestantes para sífilis e o consequente tratamento da gestante e de seu companheiro, quando apresentam exames positivos (NUNES, 2017).

Diante disso, a OMS lançou em 2016 uma nova estratégia de combate às infecções sexualmente transmissíveis de 2016 a 2021. Nessa nova abordagem, é dada prioridade à eliminação da sífilis congênita por meio de triagem e tratamento abrangente de mulheres grávidas.

Nesse contexto, as diretrizes nacionais sobre sífilis congênita e gestacional preveem que a infecção deve ser rastreada duas vezes durante o pré-natal: no início da gravidez e no início do terceiro trimestre. As mulheres devem ser reexaminadas na admissão para o parto ou em caso de aborto espontâneo. Esta estratégia identifica mulheres com infecções não tratadas antes da concepção e aquelas infectadas durante a gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A triagem correta permite o tratamento adequado, evitando a infecção fetal ou neonatal e prevenindo a prevalência da sífilis congênita. É de extrema importância a realização de testes treponêmicos e não treponêmicos no pré-natal, e mesmo no momento da internação para o parto, ou mesmo curetagem pós-aborto, pois existe a possibilidade de resultados falso negativos no teste. anterior a esta etapa (BLACK, 2016).

Diante do exposto acima, o presente trabalho surgiu com a finalidade de resposta o seguinte questionamento: quais fatores implicam na dificuldade do controle da doença e assim prejudicando não apenas a experiência da mãe como também em grande risco de vida para o feto?

O presente estudo tem como objetivo apontar fatores que implicam na dificuldade do controle da doença e assim prejudicando não apenas a experiência da mãe como também grande risco de vida para o filho.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literária, realizada a partir da base de dados Scientific Electronic Library Online – SCIELO e Caderno de Atenção Básica do ministério da saúde, com descritores: Sífilis Congênita, Epidemiologia, Saúde Pública. Critérios de exclusão: artigos realizados fora do Brasil e que não tinham relação direta com o tema.

A pesquisa utilizou dados secundários, os quais não possibilitam a identificação do indivíduo, disponíveis em plataforma online do Ministério da Saúde após anuência e disponibilização de registro.

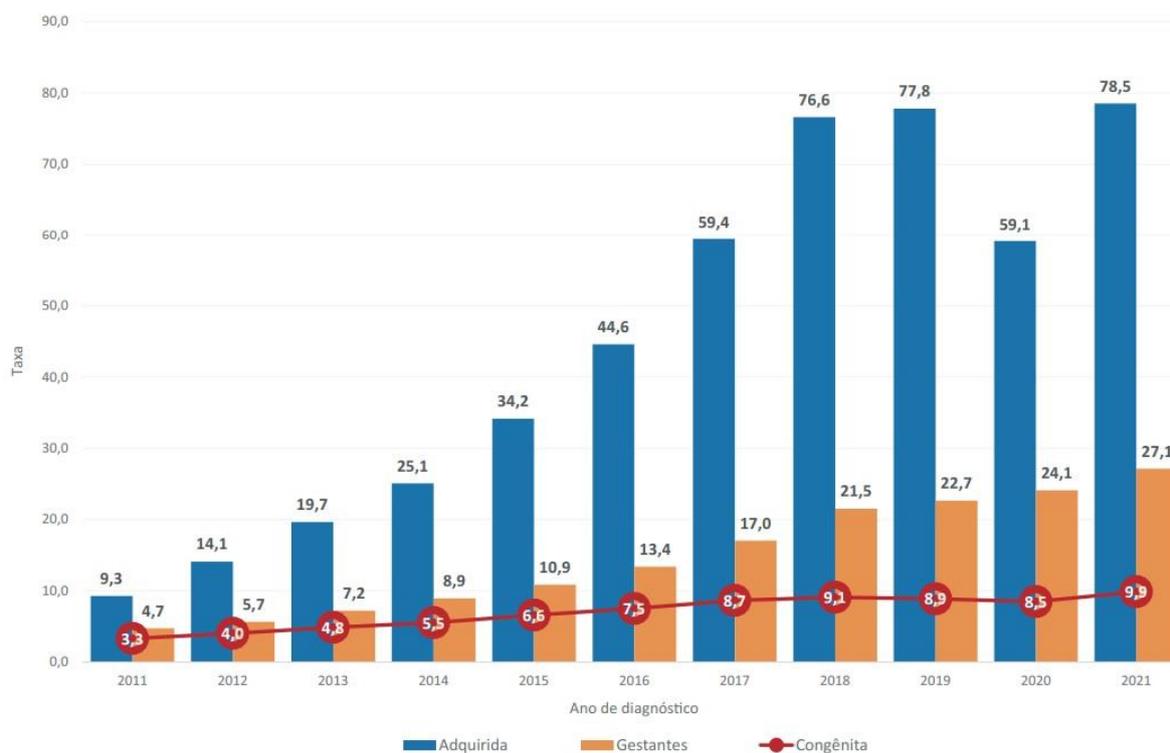
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2011 a 2021, foram notificados no país 1.035.942 casos de sífilis adquirida, 466.584 casos de sífilis em gestantes, 221.600 casos de sífilis congênita e 2.064 óbitos por sífilis congênita. Ao longo da série histórica, as taxas de detecção da sífilis adquirida apresentaram crescimento contínuo até 2018 e estabilidade em 2019, quando atingiram 77,8 casos por 100 mil habitantes. Em 2020, o impacto da pandemia de covid-19 contribuiu para a diminuição da taxa de detecção da sífilis em 24,1%, face a 2019. No entanto, em 2021, a taxa de detecção da sífilis adquirida voltou ao nível pré-pandemia, com 78,5 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2022).

Embora haja uma queda nos casos de sífilis em quase todo o país, vale ressaltar que parte dessa queda pode estar relacionada à identificação de problemas de transferência de dados entre as esferas gestoras do SUS, o que pode resultar em uma diferença no total número de casos entre os bancos de dados de sífilis municipais, estaduais e federais. A queda no número de casos também pode ser decorrente da subnotificação de casos no SINAN, por conta da mobilização local dos profissionais de saúde provocada pela pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2022).

A taxa de incidência de sífilis congênita cresceu até 2018, atingindo 9,1 casos por 1.000 nascidos vivos (NV). Esse aumento foi de 2,8 vezes na comparação dos anos 2011 e 2018. Nota-se declínio de 5,2% entre 2018 e 2020; porém, ocorreu elevação de 14,6% entre 2020 e 2021 (Figura 1).

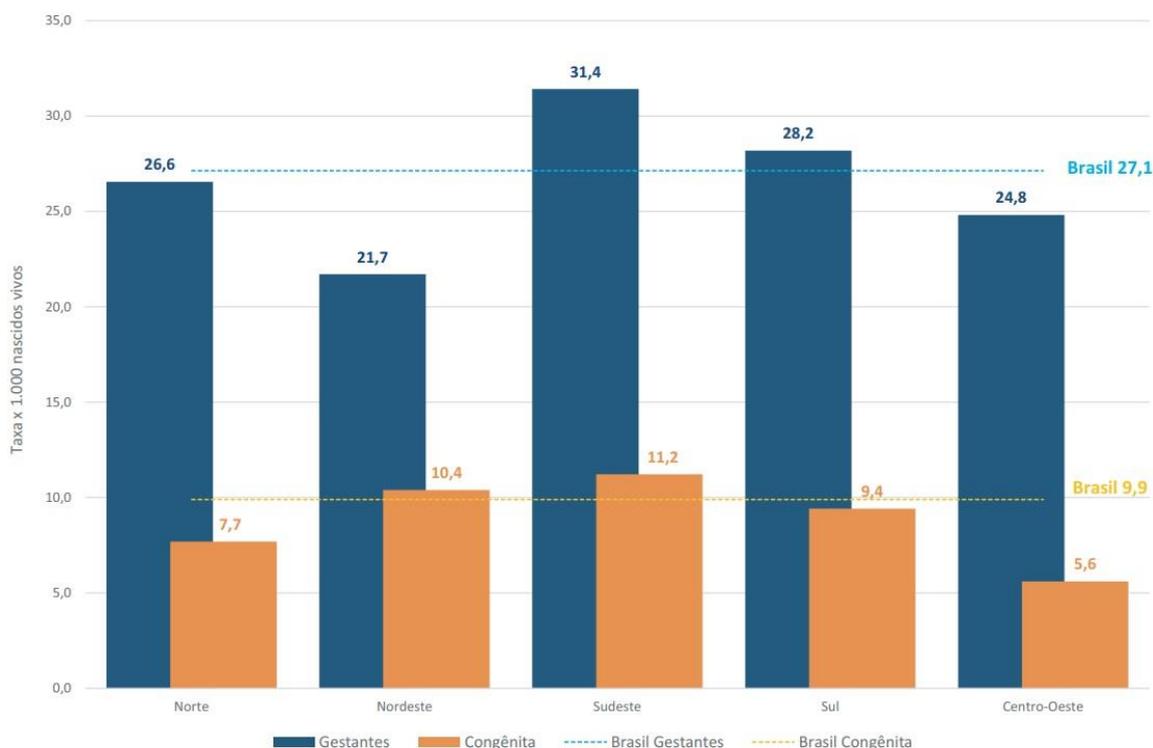
Figura 1: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2022.

De acordo com a análise dos dados incluídos neste estudo, em relação ao Brasil, observou-se aumento significativo da sífilis gestacional e congênita em todas as regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste); sendo a região sudeste a de maior incidência (Figura 2).

FIGURA 2: Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo região. Brasil, 2021



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2022

As menores taxas de cobertura pré-natal foram observadas entre as mulheres indígenas, residentes na região Norte e com menor escolaridade. Em comparação com aquelas que deram à luz em unidades públicas de saúde, a qualidade do pré-natal no país variou por região, estando relacionada às características socioeconômicas e demográficas (BRASIL, 2022); (TOMASI, 2017).

Assim, os dados analisados corroboram os resultados que apontam a sífilis no período gestacional e ao nascimento, como um grave problema de saúde pública, devido à alta incidência e internações de recém-nascidos. Ressalte-se também que houve aumento dos gastos do sistema público de saúde devido à sífilis congênita, sendo este problema totalmente evitável (CHAKRABORTY, 2008); (BRASIL, 2022).

Houve maior incidência de casos de sífilis gestacional em mulheres autorreferidas de cor preta ou parda, com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e uso de drogas ilícitas na gestação. Isso pode ser devido à falta de informações sobre prevenção e tratamento e à alta incidência de sexo desprotegido entre as mulheres desses grupos (BRASIL, 2022); (LINS, 2014).

Este último ponto sublinha a importância de métodos educativos e campanhas de sensibilização para a população em geral sobre a prevenção da contaminação e infecção.

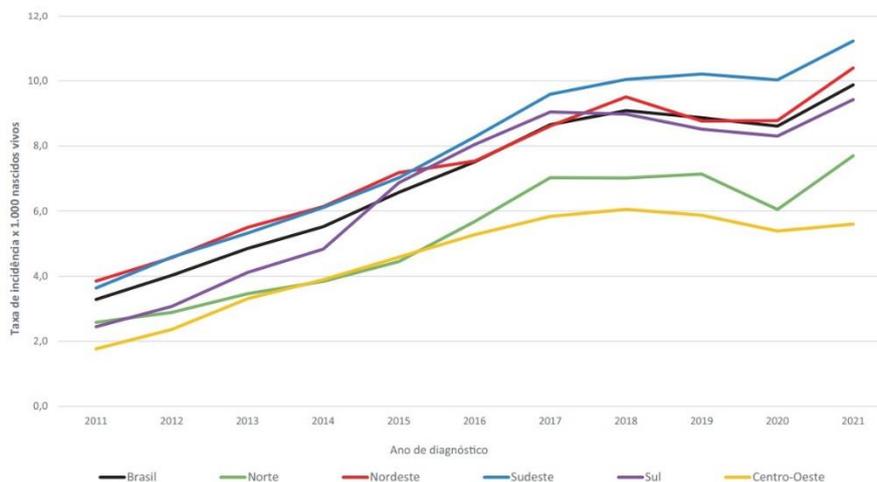
Embora se acreditasse que esses métodos preventivos eram bem conhecidos, a falha em sua aplicabilidade e o aumento de casos de sífilis em gestantes alertam para possíveis falhas nessa etapa (BRASIL, 2016); (COOPER, 2018).

Dados epidemiológicos indicam que a taxa de cobertura pré-natal no Brasil é menor na região Norte, principalmente entre mulheres menos escolarizadas e indígenas, possivelmente devido a barreiras geográficas, culturais e sociais. Esse resultado indica que diferentes estratégias são necessárias para atingir as populações consideradas mais vulneráveis (LINS, 2014); (TOMASI, 2017).

É importante ressaltar que os dados de incidência e grupos mais vulneráveis observados neste estudo destacam que, uma vez que os determinantes da sífilis e da sífilis congênita não estão apenas relacionados à qualidade do pré-natal prestado às mulheres, mas também podem estar enraizados em fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais fatores que as mulheres vivenciam essas dificuldades (GOMEZ, 2013); (NEWMAN, 2013).

No entanto, deve-se notar que em todos os casos aqui analisados, a alta incidência de sífilis congênita esteve ligada a alguma incapacidade do sistema público de saúde em oferecer um pré-natal ideal às gestantes (Figura 3) (HEBMULLER, 2015).

Figura 3: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021

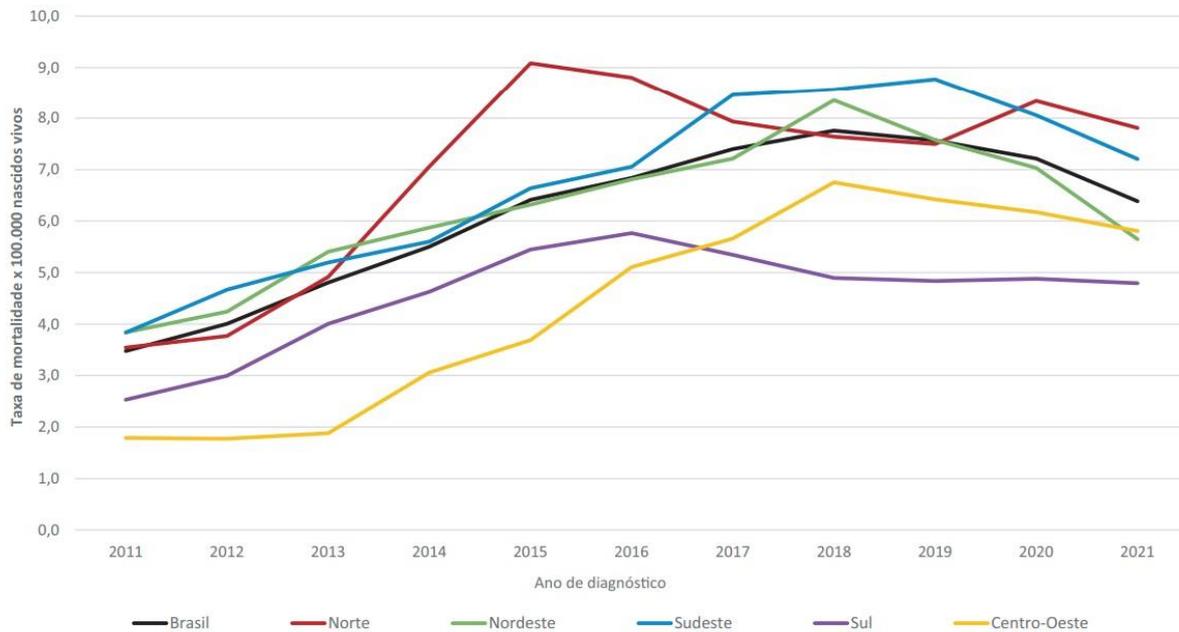


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2022

A análise dos dados dos estudos selecionados constatou que a proporção de óbitos fetais entre os casos de sífilis congênita é seis vezes maior do que a observada em mulheres sem diagnóstico de sífilis na gestação, levando-se em consideração também o alto índice de

internação de recém-nascidos, que pode ser correlacionada com o tempo de exposição intrauterina do feto ao *T. pallidum* (CHAKRABORTY, 2008); (BRASIL, 2022).

Figura 4: Coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100.000 nascidos vivos) segundo região de residência. Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), atualizado em 31/12/2021

Além disso, mulheres com menor escolaridade, que se auto identificaram como pretas ou pardas, frequentaram unidades públicas de saúde e usaram drogas ilícitas durante a gravidez apresentaram maior chance de desenvolver sífilis, associado a menor cobertura de exames diagnósticos. A maioria das gestantes infectadas estava na fase latente da doença, quando os sintomas ainda não haviam aparecido (LANZIOTTI, 2013).

Destaca-se, portanto, a relevância do monitoramento da infecção por meio de exames laboratoriais, como testes sorológicos e testes rápidos. Além disso, as mulheres com sífilis gestacional tiveram maior taxa de início tardio do pré-natal, menos consultas de pré-natal, testes de sorologia e registros de sorologia positiva no cartão de pré-natal. Com base nesses dados, o aumento dos casos de sífilis congênita no Brasil pode ser atribuído ao cenário de sífilis adquirida na população brasileira em geral (GOMEZ, 2013); (PADOVANI, 2018).

Observou-se um gradiente de infecção pela sífilis e de sífilis congênita segundo escolaridade materna: quanto menor a escolaridade da mulher, maior a ocorrência de infecção pela sífilis e de sífilis congênita (LINS, 2014).

As mulheres com diagnóstico de sífilis eram em sua maioria pardas ou pretas, menos conviviam com o companheiro, tinham menos trabalho remunerado e maior proporção de fatores de risco para prematuridade. Dentre eles, destacam-se a ocorrência de partos prematuros anteriores e a declaração de tabagismo na gestação, que tiveram prevalência duas e três vezes maior, respectivamente, do que o observado em mulheres sem diagnóstico de sífilis na gestação. Mulheres com diagnóstico de sífilis apresentaram maior prevalência de infecção pelo HIV, observada naquelas com sífilis congênita (SOARES, 2012); (HEBMULLER, 2015).

A realização do pré-natal foi próxima de 100%, sendo realizado em 70,8% dos casos nos serviços públicos. Cerca de 60% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 12^a semana de gestação, 75,3% tiveram o número de consultas adequado para a idade gestacional no momento do parto, 89,1% registraram o resultado da sorologia para sífilis, 41,1% registraram dois exames sorológicos e 0,8% tinha registro de sorologia positiva para sífilis no cartão de pré-natal.

As mulheres que tiveram sífilis congênita realizaram menos pré-natal, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. No entanto, verificou-se que essas mulheres iniciaram o atendimento mais tardiamente e tiveram menor número de consultas. Mulheres com diagnóstico de sífilis, mas sem resultado de sífilis congênita, apresentaram maior proporção de sorologias para sífilis na gestação (um ou dois testes), e mulheres com resultado de sífilis congênita apresentaram menor número de sorologias positivas para sífilis no cartão de pré-natal. Maior proporção de mulheres infectadas com sífilis realizou pré-natal em unidades públicas de saúde (LINS, 2014).

Do total de neonatos avaliados, 17% tiveram desfecho adverso (morte fetal ou neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridade ou internação em UTI neonatal). Embora tenham sido observadas maiores proporções de baixo peso ao nascer e prematuridade entre os casos de sífilis congênita, essas diferenças não foram significativas em comparação com outros recém-nascidos.

Proporções semelhantes de óbitos neonatais foram observadas, enquanto a ocorrência de óbitos fetais foi seis vezes maior entre os casos com sífilis congênita, em comparação com aqueles sem infecção por sífilis. Recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita tiveram razão de chance três vezes maior de sintomas, foram internados em proporção muito maior, seja na unidade de terapia intensiva ou em outras áreas do hospital, e tiveram duas a três vezes mais resultados negativos do que os nascidos de mães não infectadas com sífilis (BRASIL, 2022).

A incidência de sífilis congênita ao nascimento estimada pelo estudo, em 3,51 por mil nascidos vivos, não difere da incidência obtida a partir dos casos declarados ao SINAN em

2011. No entanto, essa comparação deve ser feita com cautela. Neste estudo, considerou-se como caso de sífilis congênita o registro desse diagnóstico no prontuário do recém-nascido, seja durante a internação ou como causa do óbito. Para notificação dos casos de sífilis congênita ao SINAN, há uma definição de caso que inclui o não tratamento, ou o tratamento inadequado, da gestante com sífilis ou de seu companheiro, independentemente da condição clínica do recém-nascido. Como neste estudo não há dados disponíveis sobre o tratamento da gestante e seu(s) companheiro(s), não foi possível avaliar se essa definição foi seguida (BRASIL, 2022).

A outra limitação na comparação dos dados deve-se ao fato de os casos de aborto não terem sido incluídos neste estudo, sendo a sífilis uma causa conhecida de aborto. Estima-se que 25,6% dos casos não tratados de sífilis na gravidez resultam em morte fetal precoce ou tardia. Dos casos notificados ao SINAN, 4,5% foram natimortos sífilíticos e 3,9% foram abortos por sífilis. Um estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou problemas na notificação de casos de aborto e natimortalidade ao comparar os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) com os dados do SINAN, sendo possível que haja subnotificação desses casos em nível nacional base (LAFETA, 2016).

A OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm como meta a eliminação da sífilis congênita, definida como a ocorrência de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos, meta adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil. A incidência de sífilis congênita estimada por este estudo foi, portanto, mais de seis vezes maior do que a meta de eliminação proposta para o ano de 2015 (COOPER, 2018).

Entretanto, o tratamento adequado com penicilina é capaz de prevenir 97% dos casos de transmissão vertical, sendo os melhores resultados obtidos quando o tratamento é realizado entre a 24^a e a 28^a semana de gestação. Além da alta transmissão vertical, 33,9% dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita apresentaram resultado negativo, valor 2,5 vezes maior do que o observado em mulheres não infectadas pela sífilis (BRASIL, 2022).

Chama atenção a proporção de óbitos fetais entre os casos de sífilis congênita, seis vezes maior do que a observada em mulheres sem diagnóstico de sífilis, e a alta proporção de internações de recém-nascidos, seja na terapia intensiva neonatal ou em outros setores do hospital, com implicações no financiamento do sistema de saúde. Esses resultados são consistentes com meta-análises recentes que encontraram um risco aumentado de desfechos perinatais adversos em mulheres com sífilis não tratada, aquelas tratadas no terceiro trimestre da gravidez e aquelas com altos títulos sorológicos pré-tratamento (BRASIL, 2022); (RACM, 2017).

Constatou-se neste estudo que as mulheres com transmissão vertical da infecção tiveram início tardio do pré-natal, menor proporção de número adequado de consultas, menor realização de uma ou duas sorologias para sífilis e menor registro de sorologias positivas no pré-natal. Cartão de Natal. A comparação das características das mulheres segundo o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita mostra que mulheres infectadas com sífilis são mais vulneráveis socialmente, apresentam mais fatores de risco para prematuridade e maior prevalência de coinfeção com sífilis (BRASIL, 2022); (OLIVEIRA, 2020).

Entre os fatores de risco para prematuridade estão a maior proporção de partos prematuros anteriores, que podem ter sido determinados pela própria sífilis, e a maior prevalência de tabagismo na gestação atual, que afeta a barreira placentária e pode aumentar a transmissão vertical da doença sífilis. Estudos também mostram maior risco de transmissão vertical em mulheres co-infectadas com sífilis e HIV. Seriam, portanto, as mulheres as que mais se beneficiariam com um pré-natal adequado, mas que apresentavam os piores indicadores dessa assistência (RACM, 2017).

Ao contrário da SC, que é difícil de diagnosticar, a sífilis adulta é fácil de diagnosticar e tratar. Este fato deve simplificar a profilaxia da forma congênita, baseada em pré-natal adequado. No Brasil, a qualidade da assistência pré-natal pode ser medida por meio de parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde no âmbito do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo é melhorar os serviços e, assim, reduzir a morbimortalidade materna e conceito. Como mostra a literatura, a qualidade do pré-natal no país varia e está relacionada às características socioeconômicas e demográficas (VIDAL, 2011);

Houve uma grande mudança de comportamento nas últimas décadas, em termos de como as pessoas encontram parceiros sexuais. O aumento de aplicativos de namoro e a tendência da prática sexual sob influência de drogas psicoativas que vem aumentando com os anos, e outros fatores podem ter contribuído para o aumento de muitas IST, incluindo sífilis (BEALE, 2021).

De acordo com Beale et al, muitas dessas infecções podem ser difíceis de detectar e diagnosticar, incluindo a sífilis. Elas são sempre difíceis de erradicar, porque dependem do comportamento humano e, claro, as pessoas continuam a fazer sexo. Mensagens de sexo seguro, uso de proteção e testes regulares podem ajudar. Sabemos que a crise do HIV nas décadas de 1980 e 1990 levou a uma mudança de comportamento, e postulamos que isso estava relacionado ao declínio das taxas de sífilis que ocorria em todo o mundo naquela época. Com o desenvolvimento de tratamentos eficazes para o HIV, e o fato de talvez as pessoas terem perdido

o medo, tudo isso combinado com o impacto dos aplicativos de namoro e da mídia social, pode ter levado ao atual aumento de ISTs.

Sugere-se que o aumento dos casos de SC no Brasil se deve ao cenário da sífilis adquirida na população brasileira em geral, uma vez que esses números têm se mostrado crescentes: a taxa de detecção por 100 000 habitantes no país saltou de 2,0 para 58,1 no período de 2010 a 2017. Como consequência, no mesmo período, a taxa de detecção de casos de sífilis em gestantes aumentou de 3,5 para 17,2/1 000 nascidos vivos. Em ambos os aspectos, houve maiores aumentos no Sul e no Sudeste, as mesmas regiões com as maiores taxas do país em 2017, conforme os resultados do presente estudo (BRASIL, 2022); (OLIVEIRA, 2020).

Contribuiu para esse aumento na incidência dos casos o desabastecimento de penicilina G benzatina sofrido no Brasil e no resto mundo, sobretudo de 2014 a 2016, devido a questões relacionadas à indústria farmacêutica. Esse é o principal medicamento utilizado para tratamento de pacientes infectados, além de ser capaz de prevenir a transmissão vertical em cerca de 98% dos casos quando o tratamento é realizado em gestantes. Além disso, vale mencionar que o país também sofreu com desabastecimento de penicilina cristalina, outro medicamento utilizado para tratamento de SC (ARAÚJO, 2020); (OLIVEIRA, 2020).

Falhas no atendimento pré-natal também foram identificadas em um estudo recente que estimou que, em todo o mundo, mais de 80% das gestantes com sífilis recebem atendimento pré-natal e 66% dos desfechos adversos ocorrem em gestantes que não foram testadas ou tratadas para sífilis durante esse período. assistência. Considerando um cenário de cobertura média para testagem e tratamento da sífilis, este estudo estimou que, globalmente, apenas 26% dos eventos adversos associados à sífilis na gravidez foram evitados pelo atendimento pré-natal (BEZERRA, 2019).

O bom manejo da sífilis na gravidez envolve a identificação precoce de mulheres grávidas infectadas e seu tratamento adequado e oportuno. A OPAS e a OMS propõem o uso de indicadores de processo para monitorar as ações de controle da sífilis durante a gravidez, visando reduzir a transmissão da sífilis da gestante para o feto e prevenir desfechos negativos (BRASIL, 2017); (HORVÁTH, 2011).

Os principais indicadores propostos são a proporção de gestantes que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal, a proporção de gestantes testadas para sífilis; e a proporção de gestantes infectadas com sífilis tratadas com pelo menos uma dose de penicilina benzatina, com metas de alcance $\geq 95\%$ para todos os indicadores. Outros indicadores, como proporção de gestantes com início precoce do pré-natal e tratamento precoce da infecção, devem ser

associados, visando melhor acompanhamento da estratégia de eliminação (BRASIL, 2022); (MACÊDO, 2017).

No Brasil, a proporção de mulheres que realizam pré-natal é superior a 95%, mas as mulheres sem nenhuma consulta de pré-natal são as que apresentam maior prevalência de sífilis na gestação e maior vulnerabilidade social. A cobertura do rastreamento da sífilis aumentou no país, em relação aos dados obtidos no estudo Sentinela Parturiente, realizado em 2006, mas ainda não atingiu as metas propostas pela OPAS e OMS (BRASIL, 2022).

O teste de sífilis é reconhecido como uma medida custo-efetiva mesmo em países onde a prevalência de sífilis na gravidez é baixa. A utilização de testes de resultado imediato, realizados dentro da própria unidade de saúde, tem sido indicada em locais onde o acesso a laboratórios para detecção de sífilis é limitado, por seus efeitos na ampliação do acesso à triagem e tratamento precoce para gestantes e na reduzir a mortalidade neonatal e as mortes neonatais causadas pela sífilis congênita (MARQUES, 2020).

Os testes treponêmicos rápidos têm sensibilidade e especificidade semelhantes aos testes treponêmicos baseados em laboratório. Sua sensibilidade e especificidade foram comparáveis às dos testes não treponêmicos usados em testes de rotina realizados em clínicas de DST ou departamentos de pré-natal. Seu uso em locais com recursos limitados na África subsaariana tem se mostrado altamente custo-efetivo, embora haja uma redução na prevalência de sífilis durante a gravidez (MACÊDO, 2017); (RACM, 2017).

Embora a administração de penicilina benzatina em dose única não seja adequada para gestantes com formas terciária ou latente tardia da doença, sendo considerada tratamento inadequado pelo Ministério da Saúde do Brasil, a garantia dessa primeira dose reduziria os resultados perinatais adversos associada à infecção por sífilis, embora isso não tenha resultado na redução da incidência de casos de sífilis congênita no país. Essa mesma estratégia de testagem, se aplicada aos parceiros, permitiria maior cobertura de tratamento, que é relatada como baixa em vários estudos locais, sendo de apenas 11% no Brasil, segundo dados do SINAN para o ano de 2011 (ANDRADE, 2018); (ARAÚJO, 2020).

Ressalta-se que o tratamento do parceiro é fundamental para prevenir a reinfecção da gestante, e a não realização desse tratamento, ou a realização de tratamento inadequado, é um dos critérios adotados pelo Ministério da Saúde para definir caso de congênito. sífilis. Um estudo de modelagem com o objetivo de verificar os possíveis efeitos da ampliação das ações de controle da sífilis na gravidez no Brasil e suas macrorregiões estimou que mesmo com o alcance de metas pré-definidas de cobertura pré-natal, triagem de gestantes e tratamento de gestantes infectadas, o objetivo de eliminar a sífilis congênita não será alcançado e há

necessidade de reduzir a prevalência e incidência da sífilis na gravidez. Para isso, o cuidado com todos os parceiros sexuais e ações mais amplas de combate à sífilis na população em geral são fundamentais (MARINHOS, 2019); (ARAÚJO, 2020).

Estratégias relevantes têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde para reverter esse quadro, como a disponibilização, pela Rede Cegonha, de testes de diagnóstico instantâneo de gravidez, visando à identificação precoce de gestantes para o pré-natal; a implantação de testes rápidos para o diagnóstico da sífilis e da infecção pelo HIV; aplicação de penicilina benzatina para gestantes e seus parceiros em unidades básicas de saúde; e a criação de comissões de investigação da transmissão vertical, para investigar os casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C no Brasil, a fim de subsidiar intervenções que visem eliminar esses agravos como problema de saúde pública (GONÇALVES, 2008); (MARTINELLI, 2014).

No entanto, as falhas na implementação das medidas de controle devem ser superadas e é fundamental buscar estratégias diferenciadas para as diferentes regiões do país e atingir os grupos populacionais mais vulneráveis socialmente, os mais acometidos pela infecção da sífilis e os mais beneficiados pelas intervenções disponíveis.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que o controle da sífilis na gestação no país é deficiente, com alta incidência de sífilis congênita, taxa de transmissão vertical e ocorrência de desfechos negativos. Mais de 90% das mulheres incluídas no estudo fizeram pré-natal, o que atesta a baixa qualidade desse atendimento para identificação e tratamento de gestantes com sífilis.

Evidenciou-se que na grande maioria dos estudos selecionados, o perfil da parturiente era morena homônima, com pouca escolaridade, tendo feito pré-natal, mas com diagnóstico tardio e não tendo feito tratamento adequado e completo, levando assim ao preconceito. por sua saúde, bem como o conceito.

Dessarte, apesar do seu diagnóstico ser simples e gratuito a maior parte das mulheres só descobrem a doença no último trimestre do processo da gravidez, que apesar de serem diagnosticadas, não têm seu tratamento concluído. Evidenciando assim uma grande falha na assistência pré-natal, que por falta de qualidade no serviço prestado não consegue atingir seu objetivo de diagnosticar previamente a doença e assim trata-la de forma oportuna e completa.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L.M.W. et al. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2016 Dec [cited 2021 May 31];40:435–42.
- ANDRADE, A.L.M.B. et al. LATE DIAGNOSIS OF CONGENITAL SYPHILIS: A RECURRING REALITY IN WOMEN AND CHILDREN HEALTH CARE IN BRAZIL. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2018 Jul;36(3):376–81.
- ARAÚJO, Cinthia Lociks de et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2012, v. 46, n. 3
- ARAÚJO, M.A.L. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: abordagem às pessoas com vida sexual ativa [Internet]. Vol. 30, *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021. MACÊDOV.C. et al. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 Aug 17;51:78.
- ARAUJO, R.S. et al. Who was affected by the shortage of penicillin for syphilis in Rio de Janeiro, 2013-2017? *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 Nov 2;54:109.
- BEALE, M.A., Marks, M., Cole, M.J. et al. Global phylogeny of *Treponema pallidum* lineages reveals recent expansion and spread of contemporary syphilis. *Nat Microbiol.* 6, 1549–1560 (2021).
- BENEDETTIK, C.S.V. et al. High Prevalence of Syphilis and Inadequate Prenatal Care in Brazilian Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2019 Oct;101(4):761–6.
- BEZERRA, M.L.M.B. et al. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil [Internet]. Vol. 25, *Emerging Infectious Diseases*. 2019. p. 1469–76.
- BLACK, RE, Levin C, Walker N, Chou D, Liu L, Temmerman M4, et al. Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from Disease Control Priorities 3rd Edition. *Lancet*. 2016; pii: S0140-6736(16)00738-8.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST e HIV. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST e HIV, editor. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. 2015 [cited 2021 May 31].
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência. IE-C. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis da Saúde M, editor. 2015.29. Desabastecimento de penicilina alerta para desafio global de combate à sífilis [Internet]. 2016 [cite 2021 Aug 10].
- BRASIL, VIGILÂNCIA EM SAÚDE. boletim sífilis nternet Out, 2020 [cited 2021 May 31]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-20202>. PEELINGR.W. et al. Syphilis. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 2017 Oct 12 [cited 2021 May 31];3(1):1–21.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e. HV. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST e HVPC. DTPAI as PCIST, editor. 2018.13.

BRASIL, VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Boletim Epidemiológico de Sífilis Número Especial Ano 6 – n 01 - out. 2022.

CHAKRABORTY, R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. Arch Dis Child. 2008;93(2):105–109.

COOPER, J.M. SÁNCHEZ P.J. Congenital syphilis [Internet]. Vol. 42, Seminars in Perinatology.2018. p. 176–84.

DOMINGUES R.M.S.M. et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. Rev Saude Publica [Internet]. 2014 Oct;48(5):766–74.

DOMINGUES, R.M.S.M. LEAL M do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados estudo nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet].2016;32(6).

GOMEZ, Gabriela. B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: asystematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, v. 91, n. 3, p. 217–226, 2013.

GONÇALVES R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev Bras Enferm 2008;61(3):349-53.

HEBMULLER, Marjorie Garlow; FIORI, Humberto Holmer; LAGO, Eleonor Gastal. Subsequent pregnancies in women with previous gestational syphilis. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, Sept.2015

HORVÁTH A. Biology and Natural History of Syphilis [Internet]. Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases. 2011. p. 129–41.

KOJIMAN. KLAUSNER J.D. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. Curr Epidemiol Rep [Internet]. 2018 Mar;5(1):24–38.

LAFETA, KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(1):63–74.

LANZIOTTI, LH, Müller LP, Sant'anna MC, Weide LMA, Stella IM, Fernandes AH. Uma análise histórica da variável raça/cor nos agravos de notificação compulsória de Porto Alegre. Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde – Edição Especial. 2013; XV (53):2-6.

LINS, Cyntia Dantas de Macedo. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia. Dissertação (Mestrado) –Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

MARINHOS.J. et al. Mother-to-child transmission and gestational syphilis: Spatial-temporal epidemiology and demographics in a Brazilian region. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2019 Feb;13(2):e0007122.

MARQUESS.M. et al. Trends of syphilis in Brazil: A growth portrait of the treponemic epidemic. *PLoS One* [Internet]. 2020 Apr 9;15(4):e0231029.

MARTINELLI, KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(2):56–64.

MARTINEZE.Z. et al. Attributable fraction of congenital syphilis due to the lack of prenatal care. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2019 Jul 18;52:e20180532.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores Sífilis -DCCI [Internet]. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. [cited 2021 May 31].

NEWMAN, L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013;10(2):e1001396.

NUNES, ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Promoç Saude*. 2017;30(3):1–10.

OLIVEIRA, D de. et al. Rollet's mixed chancre in brazilian pregnant women: An unusual case report [Internet]. Vol. 91, *International Journal of Infectious Diseases*. 2020. p. 57–9.

OLIVEIRA, V.S. et al. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*; 44, aug 2020 [Internet]. 2020;

PADOVANI, C, Oliveira RR, Peloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019.

PEELING, R., Mabey, D., Kamb, M. et al. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers* 3, 17073 (2017).

RACM.W.F. et al. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Apr;216(4):352–63.

SOARES, EO. Quesito raça/cor. Olhares sobre equidade em saúde. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde; 2012. 020;

TOMASI, E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica*. 2017;33(3):e00195815.

UNEMO, M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(8):e235-79. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30310-9

VIDAL, SA, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):467-74.