

Sífilis na gravidez e adequabilidade de tratamento: análise das pacientes atendidas em uma maternidade

Syphilis in pregnancy and suitability of treatment: analysis of patients seen at a maternity hospital

Karoline Bunn Borba¹, Rosemeri Maurici da Silva¹

Descritores

Sífilis; Cuidado pré-natal; Prevenção de doenças

Keywords

Syphilis; Prenatal care; Disease prevention

Submetido:

05/08/2022

Aceito:

03/05/2023

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Karoline Bunn Borba
Rua Profa Maria Flora Pausewang,
108, Trindade, 88036-800,
Florianópolis, SC, Brasil
karolbunn@gmail.com

Como citar

Borba KB, Silva RM. Sífilis na gravidez e adequabilidade de tratamento: análise das pacientes atendidas em uma maternidade. Femina. 2023;51(6):361-7.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adequabilidade do tratamento de sífilis gestacional e fatores associados ao tratamento inadequado. **Métodos:** Estudo de coorte. Pacientes realizaram testes rápidos para sífilis e responderam ao questionário estruturado. A normalidade dos dados foi analisada com Kolmogorov-Smirnov. Para associação entre adequação do tratamento e fatores sociodemográficos e clínicos, foi executado o teste Exato de Fisher. Teste *t* de Student para amostras independentes foi executado para comparar o número de consultas pré-natal entre pacientes que apresentaram ou não adequação ao tratamento. Foi executada regressão logística para avaliar em que medida a adequação e a efetividade ao tratamento poderiam ser adequadamente previstas por número de consultas pré-natal. O nível de significância foi 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Participaram 560 pacientes. Trinta e três foram diagnosticadas com sífilis, e 29 foram adequadamente tratadas. Houve associação entre adequação do tratamento e consultas pré-natal. Os achados do teste *t* de Student corroboram os resultados encontrados no teste Exato de Fisher. O modelo de regressão demonstrou que mulheres que fazem pré-natal têm maior chance de tratamento adequado. **Conclusão:** O pré-natal aumenta a chance de tratamento adequado para sífilis na gestação.

ABSTRACT

Objective: To assess the adequacy of treatment for gestational syphilis and factors associated with inadequate treatment. **Methods:** Cohort study. Patients underwent rapid tests for syphilis and answered the structured questionnaire. Data normality was analyzed using Kolmogorov-Smirnov. For the association between treatment adequacy and sociodemographic and clinical factors, Fisher's exact test was performed. Student's *t* test for independent samples was performed to compare the number of prenatal visits between patients who were or were not fit for treatment. Logistic regression was performed to assess the extent to which treatment adequacy and effectiveness could be adequately predicted by prenatal visit number. The significance level was 5%. The project was approved by the Ethics and Research Committee. **Results:** 560 patients participated. 33 were diagnosed with syphilis, 29 were adequately treated. There was an association between treatment adequacy and prenatal con-

sultation. The student's *t* test findings corroborate those found in Fisher's Exact test. The regression model showed that women who undergo prenatal care have a greater chance of adequate treatment. **Conclusion:** Prenatal care increases the chance of adequate treatment for syphilis during pregnancy.

INTRODUÇÃO

A sífilis consiste em infecção de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano, causada por bactéria Gram-negativa, do grupo das espiroquetas, denominada *Treponema pallidum*, descoberta em 1905.^(1,2) A sífilis gestacional é de notificação compulsória desde 2005 e, de acordo com o Departamento de Informática do SUS (Datasus), entre 2010 e 2013 foram notificados 48.692 casos de sífilis em gestantes em todo o território nacional.⁽³⁾

Com o objetivo de assegurar a todas as mulheres um acompanhamento pré-natal adequado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011 foi instituída a Rede Cegonha. Nesse protocolo, houve a implementação do rastreamento de sífilis na gestação, que reduz o risco de sífilis congênita.⁽⁴⁻⁶⁾

A transmissão da sífilis ocorre principalmente pela via sexual.^(1,7) Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a transmissão vertical ocorre mais frequentemente pela via transplacentária (com taxa de transmissão de até 80%). No entanto, a transmissão também pode acontecer durante a passagem do feto no canal do parto, se existirem lesões genitais.^(2,4,7-9)

Conforme o protocolo do Ministério da Saúde, recomenda-se que todas as gestantes realizem teste rápido (TR) para sífilis na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre gestacional, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores) e em caso de abortamento. Quando o TR for reagente, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para a realização de um teste não treponêmico, porém o tratamento deve ser iniciado sem aguardar o resultado do segundo teste.^(1,9)

As gestantes são consideradas inadequadamente tratadas quando: o tratamento foi realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina; o tratamento foi incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina; o tratamento foi inadequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento se deu no prazo de até 30 dias antes do parto.^(1,7,10,11)

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequabilidade do tratamento das pacientes com diagnóstico de sífilis durante a gravidez e investigar os fatores associados ao tratamento inadequado.

MÉTODOS

Este foi um estudo de coorte com abordagem quantitativa. Após o fornecimento de informações sobre o

estudo, as participantes ou seus responsáveis legais leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes com idade inferior a 18 anos receberam o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Pacientes encaminhadas a um hospital universitário da região Sul do Brasil nos anos de 2018 e 2019 foram consideradas elegíveis para o estudo. Incluíram-se, consecutivamente, pacientes de qualquer idade, lúcidas no momento da internação (ou seja, sem efeito de medicações que pudessem interferir em seu estado de consciência) e com diagnóstico de gestação ou puerpério pós-parto. Foram excluídas as pacientes com deficiência mental, déficit cognitivo ou outro estado clínico que impedisse a realização da entrevista, além daquelas cujo(a) responsável legal manifestasse vontade contrária à participação no estudo.

O tamanho amostral de 489 indivíduos foi calculado por meio do programa OpenEpi,⁽¹²⁾ sendo considerados nível de significância bilateral de 95%, poder de 80% e prevalência de 4%. A amostra foi selecionada por conveniência – a coleta de dados foi realizada em dias aleatórios e, em cada dia, todas as pacientes internadas tiveram a oportunidade de participar da pesquisa. As pacientes estavam internadas em leitos de alojamento conjunto ou foram alocadas em consultórios de emergência obstétrica.

Todas as pacientes realizaram TRs para detecção de sífilis durante a gestação e/ou no momento da internação. Na internação, em entrevista realizada com questionário estruturado, foram coletados dados relacionados a idade, etnia, escolaridade e renda familiar. Em vigência de qualquer TR reagente (no pré-natal e/ou no momento da internação), também foram coletados dados referentes à titulação do VDRL e à adequação do tratamento.

Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Excel® e analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22 (International Business Machines, NY, EUA). A normalidade dos dados foi analisada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. O perfil da amostra foi sumarizado por meio de análise descritiva, com medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis numéricas e frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Para analisar a associação entre a adequação ao tratamento para sífilis e os fatores sociodemográficos e clínicos, foi executado o teste Exato de Fisher. O teste *t* de Student para amostras independentes foi executado para comparar o número de consultas pré-natal entre pacientes que apresentaram ou não adequação ao tratamento para sífilis. Foi executada uma regressão logística (método inserir) para avaliar em que medida a adequação ao tratamento para sífilis e a efetividade dele poderiam ser adequadamente previstas por número de consultas pré-natal. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%.

O projeto de pesquisa, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos institucional, recebeu parecer favorável sob número 2.825.269 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 90848618.7.0000.0121).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 560 pacientes que foram internadas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) no período de 2018 a 2019, as quais tinham média de idade de 27,7 (DP = 6,4) anos. A maioria (59,2%) era da etnia branca e 282 (50,4%) tinham ensino médio completo. Em relação à classe social, 229 (40,9%) estavam alocadas na classe D, com renda média de R\$ 3.164,0 (DP = 2.416,6), correspondendo a 3,4 (DP = 2,15) salários mínimos. A tabela 1 mostra detalhes do perfil sociodemográfico das participantes deste estudo.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das 560 participantes do estudo

Características	n (%)
Etnia (autodeclarada)^a	
Branca	330 (59,2)
Negra	94 (16,9)
Parda	131 (23,5)
Amarela	2 (0,4)
Escolaridade	
Sem escolaridade	54 (9,6)
Ensino fundamental	113 (20,2)
Ensino médio	282 (50,4)
Ensino superior	111 (19,8)
Classe social (IBGE)^b	
A	1 (0,2)
B	6 (1,1)
C	90 (16,7)
D	229 (42,6)
E	21 (39,4)

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ^aTrês valores ausentes. ^bVinte e dois valores ausentes.

A média de consultas pré-natal foi de 8,7 (DP = 2,9), e 66 (11,8%) tinham relato de ter 0 a 5 consultas e 491 (88,2%), 6 ou mais consultas. No primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional, 107 (19,1%), 181 (32,3%) e 246 (43,9%) pacientes não realizaram o TR para sífilis, respectivamente. No momento da internação, todas as participantes deste estudo realizaram o TR para detecção da sífilis e, entre elas, 28 (5,0%) apresentaram positividade. O controle após o tratamento de sífilis foi realizado com o exame VDRL (*venereal disease research laboratory*) e 33 (5,9%) pacientes foram diagnosticadas com sífilis (Tabela 2). No que se refere à adequação do tratamento, 29 (5,2%) foram consideradas adequadamente tratadas, enquanto quatro, não. Quanto à falha do tratamento, uma foi atribuída à dose inadequada para a fase da doença e três, à provável reinfeção.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre adequação do tratamento e consultas pré-natal [χ^2 6,163 (2); $p = 0,03$]. Entretanto, não foram achadas associações significativas entre adequação do tratamento com as variáveis: classe social [χ^2 14,356 (8); $p = 0,15$], escolaridade [χ^2 7,491 (6); $p = 0,20$] e etnia [χ^2 12,468 (6); $p = 0,07$] (Tabela 3).

Os achados do teste *t* de Student corroboram os encontrados no teste Exato de Fisher, mostrando que as pacientes com maior número de consultas pré-natal apresentaram maior êxito no tratamento contra a sífilis ($M = 9,6$; $DP = 2,5$), comparadas àquelas com menor tempo de acompanhamento pré-natal ($M = 5,5$; $DP = 2,4$) [t (31) = 3,058; $p = 0,01$]. O modelo de regressão foi estatisticamente significativo [$\chi^2(1) = 9,197$, $p = 0,002$; Nagelkerke $R^2 = 0,466$]. O resultado mostrou que mulheres que são acompanhadas em consultas pré-natal têm maior chance de ter tratamento adequado e efetivo contra a sífilis (*odds ratio* [OR] = 2,266; intervalo de confiança [IC] de 95% = 1,084-4,739). Quanto aos desfechos das gestações com diagnóstico de infecção por sífilis, 3 (9,1%) resultaram em sífilis congênita, 1 (3,0%) recém-nascido apresentou baixo peso ao nascer e 2 (6,0%) se mostraram assintomáticos. Foi encontrada associação com significância estatística entre sífilis congênita e o número de consultas de pré-natal [χ^2 7,580 (2); $p = 0,017$].

DISCUSSÃO

A sífilis na gestação é uma doença curável e, quando adequadamente detectada e tratada, pode-se evitar a

Tabela 2. Realização de testes rápidos para detecção de sífilis em cada trimestre de gestação

Teste rápido para sífilis	Primeiro trimestre n (%)	Segundo trimestre n (%)	Terceiro trimestre n (%)
Não reagente	427 (76,3)	364 (65,0)	305 (54,5)
Reagente	26 (4,6)	15 (92,7)	9 (1,6)
Não realizado	107 (19,1)	181 (32,3)	246 (43,9)

VDRL: *venereal disease research laboratory*.

Tabela 3. Frequência de adequação de tratamento para sífilis de acordo com fatores sociodemográficos e clínicos

Variáveis	Adequação do tratamento		
	Sim n (%)	Não n (%)	NA n (%)
Consultas pré-natal			
0 a 5	1 (1,5)	2 (3,0)	63 (95,5)
6 ou mais	28 (5,7)	2 (0,4)	461 (93,9)
Classe social (IBGE)			
A	-	-	1 (100,0)
B	1 (16,7)	-	5 (83,3)
C	1 (1,1)	-	89 (98,9)
D	10 (4,4)	2 (0,9)	217 (94,8)
E	16 (7,5)	2 (0,9)	194 (91,5)
Escolaridade			
Sem escolaridade	1 (1,9)	1 (1,9)	52 (96,3)
Ensino fundamental	6 (5,3)	2 (1,8)	105 (92,9)
Ensino médio	19 (6,7)	1 (0,4)	262 (92,9)
Ensino superior	3 (2,7)	-	108 (97,3)
Etnia			
Branca	10 (3,0)	3 (0,9)	317 (96,1)
Negra	8 (8,5)	1 (1,1)	85 (90,4)
Parda	11 (8,4)	-	120 (91,6)
Amarela	-	-	2 (100,0)

NA: não se aplica; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

sífilis congênita.⁽¹³⁾ Em 2016, a sífilis foi declarada como grave problema de saúde pública no Brasil.⁽¹⁴⁾

Entre as mulheres estudadas, a média de idade foi de 27,7 anos, e a maioria era de etnia branca e tinha ensino médio completo. No Brasil, nos anos de 2018 e 2019, a maior parte das mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis na gestação tinha entre 20 e 29 anos, era de etnia parda e tinha ensino fundamental completo.^(15,16) A diferença encontrada na etnia pode estar relacionada ao fato de a colonização da região Sul do Brasil ser predominantemente europeia, diferentemente do restante do país. Atualmente, a oferta de TR para sífilis é crescente, mas sua utilização e cobertura nas unidades de saúde ainda não são satisfatórias, segundo dados obtidos a partir do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.⁽¹³⁾ Nesse estudo, observou-se que 19,1% das pacientes não realizaram o exame no primeiro trimestre de gestação, 32,3% não realizaram no segundo trimestre e 43,9% não realizaram no terceiro trimestre de gestação. Embora o Ministério da Saúde tenha implantado os protocolos de rastreio pela Rede Cegonha,⁽⁴⁾ a Bahia apresentou cobertura de TRs para gestantes abaixo de 5% entre 2013 e 2017.⁽¹⁷⁾

Em 2018, foi publicado um relato de enfermeiros de Tubarão/SC sobre as dificuldades de implementação dos TRs na Atenção Básica do SUS. De acordo com o estudo, as maiores dificuldades encontradas foram insuficiência de infraestrutura e de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado.⁽¹⁸⁾ Percebe-se, então, a complexidade desse problema, que se inicia na contratação de quantidade adequada de profissionais, capacitação deles, implementação do fluxo de trabalho, busca das gestantes para realização do exame e tratamento adequado, quando necessário. Entre as pacientes estudadas, 5,9% tiveram o diagnóstico de sífilis durante o período gestacional. O acompanhamento pré-natal assume importância em identificar as pacientes gestantes, realizar o rastreio e tratar precocemente aquelas com sífilis, evitando, assim, a transmissão vertical e a sífilis congênita.⁽¹⁾ De acordo com o Sinan, em 2019 a taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil foi maior nas regiões Sul e Sudeste. Observou-se, ainda, que a taxa de detecção em Florianópolis, onde foi realizado o presente estudo, foi superior à nacional.⁽¹⁶⁾

Das 33 pacientes que tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação, quatro foram consideradas inadequadamente tratadas. Quanto à falha do tratamento, uma foi atribuída à dose inadequada para a fase da doença e as outras três, à provável reinfecção. Destaca-se também que, em setembro de 2017, o Ministério da Saúde alterou os critérios de definição de adequabilidade de tratamento para sífilis em gestantes, retirando o tratamento do parceiro sexual do grupo de critérios para o tratamento ser considerado adequado.⁽¹¹⁾ Em estudo realizado no Maranhão, em 2019, das pacientes com diagnóstico de sífilis congênita, 72,2% tinham tratamento considerado adequado, mas em 77,8% não tinha sido instituído o tratamento ao parceiro sexual.⁽¹⁹⁾ De acordo com as pesquisas realizadas por Galatoire *et al.* (2012), o diagnóstico e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro são as formas mais eficazes de proteção dos conceptos e dos recém-nascidos.⁽²⁰⁾ A grande parcela de parceiros sexuais que não recebem tratamento adequado para a sífilis é condição desencadeadora de novas infecções.^(21,22)

Mesmo quando se precisava do tratamento do parceiro para considerar a paciente gestante adequadamente tratada, muitas vezes havia dificuldade na captação desses indivíduos. Acredita-se que a dificuldade do tratamento do parceiro sexual podia estar relacionada à construção histórica de políticas de saúde e à visão que muitos homens têm em relação à saúde, pois atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado.⁽²³⁾ Os impactos dessa mudança de critérios serão percebidos futuramente, quando poderemos verificar se a mudança aumentará o número de casos de reinfecção pela doença. Os resultados destes e de estudos futuros poderão levar o Ministério da Saúde a reavaliar a necessidade do tratamento do parceiro sexual para considerar o tratamento da sífilis adequado durante a gestação. Outro fator que pode estar relacionado com a dificuldade de adequabilidade do tratamento consiste na possibilidade de o diagnóstico de sífilis congênita estar ocorrendo tardiamente. Sendo assim, embora a assistência pré-natal possa ser efetiva no diagnóstico, pode não ser eficaz na transmissão vertical, uma vez que as medidas para tratamento da sífilis não sejam implementadas a tempo.⁽²⁴⁻²⁶⁾

Alguns estudos trazem um período de desabastecimento de penicilina benzatina, o tratamento de escolha para a sífilis gestacional, ocorrido entre 2014 e 2016 em diversos países, inclusive o Brasil.⁽²⁷⁾ Na época, pode ter sido um dos motivos de aumento de falha de tratamento, porém, quando o presente estudo foi realizado, os estoques já estavam normalizados, não justificando a inadequabilidade de tratamento. Neste estudo, observou-se associação estatisticamente significativa entre a realização de consultas de pré-natal e a adequação do tratamento para sífilis gestacional. Ou seja, mulheres que são acompanhadas em consultas pré-natal (seis ou mais) têm maior chance de receber tratamento

adequado para sífilis. Esse resultado mostra a importância da realização do pré-natal completo para identificação e tratamento oportuno da doença. As falhas na assistência do pré-natal, as faltas às consultas e a não realização de exames são fatores importantes para explicar os altos índices de sífilis, uma vez que se trata de doença de fácil diagnóstico e com tratamento acessível.⁽²⁰⁾

Em 2011, as gestantes com diagnóstico de sífilis atendidas em Fortaleza, Ceará não tiveram acesso à prevenção e ao controle de sífilis gestacional e congênita.⁽²⁴⁾ A captação precoce e a adesão da gestante ao pré-natal, assim como uma assistência de qualidade, dão oportunidade à gestante de receber informações e orientações que lhe permitam prevenir uma gravidez não planejada e proteger-se de infecções sexualmente transmissíveis.⁽²⁸⁾ Estudo realizado na Bahia entre 2007 e 2017 demonstrou que a cobertura pré-natal apresentou associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de sífilis na gestação, porém o mesmo não ocorreu com o diagnóstico de sífilis congênita. Pode-se inferir que, embora a ampliação da cobertura de atenção pré-natal nos municípios tenha contribuído com o aumento da detecção dos casos de sífilis em gestantes, não contribuiu para a redução da taxa de incidência de sífilis congênita. Isso indica que, possivelmente, algumas pacientes com sífilis gestacional não tiveram acesso ao tratamento adequado para o bloqueio da transmissão fetal.⁽²⁹⁾

Embora este estudo não tenha demonstrado relação estatisticamente significativa entre adequação do tratamento e classe social, escolaridade e etnias, estudos demonstram idade materna jovem (menor de 20 anos), baixa escolaridade e realização de menos de seis consultas de pré-natal como fatores associados ao desenvolvimento de sífilis congênita⁽²⁸⁾ e, conseqüentemente, a tratamento inadequado materno durante a gestação. Nunes *et al.* (2018)⁽³⁰⁾ realizaram um estudo de série histórica entre os anos de 2007 e 2014, para avaliar se havia relação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a sífilis congênita, porém não houve correlação negativa entre incidência de sífilis congênita e cobertura da ESF. Observou-se também que menos de 50% das pacientes realizaram testes para sífilis durante a gravidez, o que demonstra que somente a cobertura da ESF não é suficiente, havendo a necessidade de se realizar assistência pré-natal capacitada.⁽³⁰⁾

Quanto aos desfechos das gestações com diagnóstico de infecção por sífilis, 3 (9,1%) resultaram em sífilis congênita, 1 (3,0%) recém-nascido apresentou baixo peso ao nascer e 2 (6,0%) se mostraram assintomáticos. Houve associação estatisticamente significativa entre a sífilis congênita e o número de consultas de pré-natal, o que reforça a importância do acompanhamento da gestante. No estudo de Roehrs *et al.* (2021),⁽³¹⁾ realizado em outra maternidade de Florianópolis, 5,5% das pacientes que tiveram o tratamento da sífilis inadequado apresentaram parto prematuro, enquanto em 24,5% ocorreu

o abortamento. Em contrapartida, no grupo que teve tratamento adequado, 4,2% tiveram parto prematuro e apenas 5,8% tiveram abortamento da gestação.⁽³¹⁾

Segundo Dos Santos *et al.* (2020),⁽³²⁾ existe associação significativa entre sífilis congênita e o perfil sociodemográfico das mães, como idade abaixo de 20 anos, baixa escolaridade, início precoce do pré-natal, não realização de teste para sífilis nos três primeiros meses de gestação e menos de seis consultas pré-natal.

No estudo de Benedetti *et al.* (2019),⁽³³⁾ houve associação estatisticamente significativa entre história de abortamento e gestantes diagnosticadas com sífilis, e complicações como o aborto também foram observadas em 14,9% das gestantes que fizeram o pré-natal, mas não fizeram testes ou não foram tratadas para sífilis. Padovani *et al.* (2018)⁽³⁴⁾ encontraram que a prematuridade e o baixo peso ao nascer mostraram-se associados positivamente à infecção materna. Já no estudo de Torres *et al.* (2019),⁽³⁵⁾ a taxa de prematuridade nas gestantes com sífilis foi de 25,9%, e foi encontrada associação significativamente maior de prematuridade em pacientes inadequadamente tratadas. No trabalho vigente, foi encontrada associação com significância estatística entre a sífilis congênita e o número de consultas de pré-natal, mais uma vez reafirmando a importância do pré-natal para a saúde materna e da criança.

A sífilis congênita e a sífilis gestacional possuem comportamento sinérgico, de forma que um aumento na segunda pode levar ao aumento de casos da primeira e à dificuldade no seu controle.⁽³⁶⁾ De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis, em 2020,⁽¹⁶⁾ Florianópolis apresentou taxa de incidência de sífilis congênita de 8,6 casos por 1.000 nascidos vivos e taxa de detecção de sífilis em gestantes de 5,1 casos por 1.000 nascidos vivos, o que demonstra uma possível lacuna na notificação dos casos de sífilis em gestante.^(16,37)

Para Lafetá *et al.* (2016),⁽³⁸⁾ todos os recém-nascidos de mães portadoras de sífilis devem ser investigados para sífilis congênita. Em casos em que a gestante realizou o tratamento adequado e completo, basta fazer o teste VDRL no recém-nascido e, se o resultado for negativo, ele deve ser acompanhado; quando não for possível o acompanhamento, deve-se realizar o tratamento com penicilina G benzatina em dose única. Mas, se o recém-nascido apresentar resultado positivo, deve-se investigar com o VDRL, hemograma, radiografia de ossos longos e exame do líquido, para que o tratamento seja traçado a partir dos resultados desses exames.⁽³⁸⁾

CONCLUSÃO

A melhoria da cobertura e da qualidade do pré-natal, com acesso a exames diagnósticos e oportunidade de tratamento precoce e adequado para a gestante com sífilis deve ser objetivo de todos os municípios. Juntamente a isso, é importante que os gestores e os profissionais de saúde estejam engajados em políticas

públicas voltadas à prevenção da sífilis gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita. Ressalta-se que outros estudos devem ser realizados em Santa Catarina, para auxiliar em estratégias que beneficiem a melhoria do acesso ao pré-natal eficiente e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
2. Montenegro CA, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
4. Wolff T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U. S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009;150(10):710-6. doi: 10.7326/0003-4819-150-200905190-00009
5. Cheng JQ, Zhou H, Hong FC, Zhang D, Zhang YJ, Pan P, et al. Syphilis screening and intervention in 500,000 pregnant women in Shenzhen, the People's Republic of China. *Sex Transm Infect.* 2007;83(5):347-50. doi: 10.1136/sti.2006.023655
6. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Atlanta: CDC; 2016.
7. 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.
8. Majeroni BA, Ukkadam S. Screening and treatment for sexually transmitted infections in pregnancy. *Am Fam Physician.* 2007;76(2):265-70.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais. Novas ações estratégicas para combater a sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2 SEI/2017-DIAHV/SMS/MS. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2022 Jul 10]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/01/nota_informativa_sifilis.pdf
12. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: open source epidemiologic statistics for Public Health, version 2.3.1 [Internet]. 2013 [cited 2019 May 28]. Available from: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
14. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. 2018;49(45).
15. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. 2019;5(1).
16. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. 2020;6(1).

17. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Nota Técnica DIVEP nº 02/2018, de 5 de março de 2018. Dispõe sobre orientações para a notificação de sífilis congênita de acordo com os critérios de definição de casos vigentes [Internet]. 2018 [cited 2022 May 18]. Available from: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Nota-T%C3%A9cnica-DIVEP-02-2018.pdf>
18. Nascimento DS, Silva RC, Tártari DO, Cardoso EK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-8. doi: 10.5712/rbmf13(40)1723
19. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1145-58. doi: 10.1590/0103-1104201912313
20. Galatoire PS, Rosso JA, Sakae TM. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. *ACM Arq Catarin Med*. 2012;41(2):26-32.
21. Menezes ML, Marques CA, Leal TM, Melo MC, Lima PR. Neurosífilis congênita: ainda um grave problema de saúde pública. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):134-8.
22. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(2):287-94. doi: 10.5123/S1679-49742014000200010
23. Campos AL, Araújo MA, Melo SP, Andrade RF, Gonçalves ML. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(9):397-402. doi: 10.1590/S0100-72032012000900002
24. Guanabara MA, Leite-Araújo MA, Matsue RY, Barros VL, Oliveira FA. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev Salud Pública*. 2017;19(1):73-8. doi: 10.15446/rsap.v19n1.49295
25. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *J Health Biol Sci*. 2017;5(1):56-61. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1012.p.56-61.2017
26. Rodrigues IM, Ribeiro MA, Albuquerque IM, Dias LK, Aguiar NL, Lima DS. Perfil e distribuição espacial da sífilis congênita em Sobral-CE no período de 2007 a 2013. *Ciênc Saúde*. 2018;11(2):70-6. doi: 10.15448/1983-652X.2018.2.26316
27. World Health Organization. Shortages of benzathine penicillin. How big is this problem? And why it matters. Geneva: WHO; 2017.
28. Nonato SM, Melo AP, Guimarães MD. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(4):681-94.
29. Soares MA, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00209520. doi: 10.1590/0102-311X00209520
30. Nunes PS, Zara AL, Rocha DF, Marinho TA, Mandacarú PM, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(4):e2018127. doi: 10.5123/S1679-49742018000400008
31. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Sguarior RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2021;49(2):102-8.
32. Dos Santos MM, Lopes AK, Roncalli AG, Lima KC. Trends of syphilis in Brazil: a growth portrait of the treponemal epidemic. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231029. doi: 10.1371/journal.pone.0231029
33. Benedetti CS, Ribeiro AD, Queiroz JH, Melo AB, Batista RB, Delgado FM, et al. High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. *Am J Trop Med Hyg*. 2019;101(4):761-6. doi: 10.4269/ajtmh.18-0912
34. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
35. Torres RG, Mendonça AL, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in pregnancy: the reality in a public hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(2):90-6. doi: 10.1055/s-0038-1676569
36. Medeiros JA, Yamamura M, da Silva ZP, Domingues CS, Waldman EA, Chiaravalloti-Neto F. Spatiotemporal dynamics of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in the state of São Paulo, Brazil. *Sci Rep*. 2022;12(1):585. doi: 10.1038/s41598-021-04530-y
37. Marinho de Souza J, Giuffrida R, Ramos AP, Morceli G, Coelho CH, Rodrigues MV. Mother-to-child transmission and gestational syphilis: spatial-temporal epidemiology and demographics in a Brazilian region. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019;13(2):e0007122. doi: 10.1371/journal.pntd.0007122
38. Lafetá KR, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LM. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006