

Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar

Maternal syphilis in Southern Brazil: epidemiology and improvement strategies

Mariana Parcianello Roehrs¹, Sheila Koettker Silveira¹, Heloísa Helena Rengel Gonçalves¹, Rodrigo Mantovani Sguario²

Descritores

Sífilis; Sífilis congênita; Estudos epidemiológicos; Desfechos gestacionais; Assistência pré-natal

Keywords

Syphilis; Congenital syphilis; Epidemiological studies; Pregnancy outcomes; Prenatal care

Submetido:

26/08/2020

Aceito:

01/12/2020

1. Maternidade Carmela Dutra, Campinas, SP, Brasil.

2. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Heloísa Helena Rengel Gonçalves
Rua Irmã Benwarda, 208, Centro,
88015-270, Florianópolis, SC, Brasil.
helo.rengel@gmail.com

Como citar?

Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Sguario RM.

Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. Femina. 2021;49(2):102-8

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como principal objetivo estimar a prevalência de sífilis gestacional e fatores associados à infecção em uma Maternidade no Sul do Brasil no ano de 2018. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, transversal, retrospectivo, no qual foram avaliados os testes rápidos para sífilis de todas as gestantes internadas para atenção ao parto ou ao abortamento na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018. Nos casos confirmados de sífilis, foram obtidos dados epidemiológicos, adequação do tratamento, coinfeção pelo HIV e resultados gestacionais. **Resultados:** Entre os prontuários analisados, 161 (3,6%) foram considerados casos de sífilis materna. A média de idade das gestantes foi de 27,98 ($\pm 6,65$), 54 (33,5%) eram primigestas, 114 (70,8%) se declararam brancas, 125 (77,5%) estavam em uma união estável e 85 (52,7%) tinham escolaridade até o ensino médio. Quanto ao tratamento, 71 (44%) trataram de maneira adequada e 90 (56%), de maneira inadequada, e 44 (27,3%) delas realizaram o diagnóstico apenas no momento da internação hospitalar. Entre as pacientes que realizaram tratamento inadequado de sífilis, 28 (53,4%) apresentaram títulos iguais ou superiores a 1:8. Entre as pacientes que realizaram teste rápido para HIV na internação, 5 (3,7%) apresentaram coinfeção com a doença. Com relação ao tratamento dos parceiros no pré-natal, 11,8% não realizaram nenhum tipo de tratamento, porém em 66 (41%) prontuários não constava essa informação. Com relação ao desfecho neonatal, 5 (7,4%) pacientes com tratamento inadequado para sífilis tiveram parto prematuro, 5 (7,4%) recém-nascidos foram de baixo peso e 22 (24,5%) pacientes apresentaram abortamento da gestação. **Conclusão:** A alta taxa de tratamentos inadequados sugere falhas na assistência pré-natal e indica serem necessárias novas estratégias para reduzir a transmissão de sífilis na gestação.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to estimate the prevalence of maternal syphilis and factors associated with the infection in Carmela Dutra Maternity in 2018. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional and retrospective study. All of the syphilis rapid-tests on pregnant women admitted for childbirth or miscarriage assistance at Carmela Dutra Maternity in 2018 were evaluated. In the cases of confirmed syphilis infection, the variables were epidemiological data, adequacy of treatment, HIV coinfection and gestational outcomes. **Results:** Out of all the medical records analyzed, 161 (3.6%) were considered maternal syphilis (MS). The average age of the pregnant women was 27.98 (± 6.65), 54 (33.5%) were primigestae, 114 (70.8%) declared themselves white, 125 (77.5%) were in a stable relationship and 85 (52.7%) had a high school education. Regarding treatment, 71 (44%) were treated adequately and 90 (56%) inadequately. Forty-four (27.3%) were diagnosed only at the time of hospitalization. Amongst patients who had inadequate syphilis treatment, 28 (53.4%) had titers equal to or greater than 1:8. Amongst patients who underwent rapid HIV testing during hospitalization, 5

(3.7%) had HIV coinfection. Regarding the partners treatment during prenatal, 11.8% did not receive any treatment, but 66 (41%) of the medical records did not contain this information. Regarding neonatal outcome, 5 (7.4%) of patients with inadequate treatment for syphilis had premature birth, 5 (7.4%) of newborns were underweight and 22 (24.5%) had miscarriages.

Conclusion: The high rate of inadequate treatment suggests failure in prenatal care and indicates that new strategies are necessary to reduce syphilis transmission during pregnancy.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que é particularmente preocupante durante a gravidez por causa do risco de infecção transplacentária para o feto. A infecção congênita pode estar associada a vários desfechos adversos.⁽¹⁾

Globalmente, a prevalência estimada de sífilis materna em 2016 foi de 0,69%, resultando em uma taxa global de sífilis congênita de 473 por 100.000 nascidos vivos.⁽²⁾ Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostraram que, no âmbito nacional, em 2017 a incidência de sífilis em gestantes foi de 17,2 a cada mil nascidos vivos.⁽³⁾ O estado de Santa Catarina percebeu um crescimento de 30% dos casos de sífilis adquirida no ano de 2014, em relação ao ano de 2013, com 1.963 novos casos notificados. O aumento foi ainda mais preocupante, considerando-se que somente no período de janeiro a julho de 2015 foram registrados 1.461 novos casos, e 654 eram gestantes.⁽⁴⁾ Em 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha para eliminar a sífilis vertical com a intenção de testar e tratar mais de 90% das gestantes até o ano de 2015. Porém, infelizmente, isso não aconteceu ainda.⁽⁵⁾

Ao avaliarmos a epidemiologia da sífilis na gravidez e na população geral, notamos que havia grandes expectativas para erradicar a doença após a Segunda Guerra Mundial, quando a penicilina foi descoberta. Houve realmente uma redução no número de casos de sífilis em meados da década de 1950. Mesmo assim, houve um aumento significativo a partir da década de 1960, provavelmente devido à libertação sexual e ao crescente uso de drogas ilícitas. Ocorreu uma nova redução no número de casos novamente na década de 1970, em razão de campanhas de saúde pública. Nos anos 1980, foi detectado um novo crescimento no número de casos, fortemente associado à epidemia de vírus da imunodeficiência humana (HIV) em todo o mundo. Até hoje, apesar de muitas iniciativas para reduzir o número de casos, a taxa de infecção em adultos é alarmante, particularmente entre gestantes e recém-nascidos.^(6,7)

A classificação clínica da sífilis se divide em recente – presença de doença há menos de dois anos de duração – e tardia – presença de doença há mais de dois anos de duração. A sífilis recente divide-se em primária, secundária e latente recente e a sífilis tardia, em latente

tardia e terciária, e em qualquer momento pode se desenvolver a neurosífilis.⁽⁸⁾

No Brasil, as bases para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis estão bem estabelecidas, assim como seu modelo de vigilância epidemiológica, baseado na notificação compulsória das gestantes com sífilis aos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, conforme estabelecido na portaria ministerial.⁽⁹⁾

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e muitas outras organizações globais e nacionais recomendam a triagem de todas as gestantes para sífilis na primeira consulta pré-natal.⁽¹⁰⁾ O Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica para sífilis, de preferência por meio do teste rápido treponêmico (FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP ou teste rápido) e o teste não treponêmico (VDRL, RPR e TRUT), no pré-natal na primeira consulta, no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e na ocasião da internação o teste rápido antes do parto ou curetagem. Para as gestantes com diagnóstico de sífilis, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado por meio do teste não treponêmico.⁽³⁾ Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e o tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97%.⁽¹¹⁾

A sífilis não tratada na gravidez carrega risco significativo de natimortos ou perda fetal, parto prematuro, baixa peso ao nascer, sífilis congênita e óbito neonatal.⁽¹²⁾ É importante lembrar que a sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, indicadora da qualidade da assistência pré-natal de uma população. O tratamento adequado da gestante infectada é o melhor método de prevenção da sífilis congênita.⁽¹³⁾

Existem algumas medidas no tratamento da paciente grávida com sífilis que compõem ações para prevenir a sífilis congênita no feto, evitando, assim, que a criança exposta seja submetida a intervenções desnecessárias no pós-parto ou adquira a doença. Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da sífilis na gestação, como: a administração de penicilina G benzatina para o tratamento, o início do tratamento ocorrer até 30 dias antes do parto, o esquema terapêutico ocorrer de acordo com o estágio clínico da doença, o respeito ao intervalo recomendado de doses, a avaliação quanto ao risco de reinfecção e a documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada. A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.⁽¹⁴⁾ Para as gestantes com sífilis e história de reação alérgica à penicilina, o único tratamento considerado adequado na gestação é a dessensibilização seguida de terapia com penicilina.⁽¹⁵⁾

As principais dificuldades relacionadas ao tratamento da sífilis gestacional são: ausência de diagnóstico e/ou falha de tratamento durante o pré-natal; falta de conhecimento das gestantes sobre a doença; falta do medicamento para realizar o tratamento; adesão limitada dos parceiros; não uso de preservativo nas relações sexuais.⁽¹⁶⁾ As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente, evitando-se, assim, a reinfeção.⁽⁸⁾

Os estudos de prevalência da sífilis em parturientes são fundamentais para a gestão dos mecanismos de vigilância, prevenção e controle, subsidiando, com mais clareza, a tomada de decisão, sobretudo em um país com um sistema de atenção à saúde complexo. Tais estudos tornam-se ainda mais relevantes quando se considera que os principais fatores associados à sífilis na gestação estão relacionados a desigualdades sociais e regionais, aliadas a oportunidades perdidas de diagnóstico e intervenção.⁽¹⁷⁾

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de sífilis gestacional no ano de 2018 entre as pacientes internadas na Maternidade Carmela Dutra e avaliar o perfil epidemiológico dessas pacientes, o tratamento proposto para elas no pré-natal e a adequação do tratamento conforme os critérios do Ministério da Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, transversal, retrospectivo, no qual foram avaliados os testes rápidos para sífilis de todas as gestantes internadas para atenção ao parto ou ao abortamento na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018. Os dados foram obtidos dos prontuários eletrônicos, por meio de um instrumento de coleta de dados padronizada.

Os casos com teste rápido positivo foram classificados em sífilis na gestação e cicatriz sorológica. Foram consideradas com sífilis na gestação todas as pacientes com alteração de teste treponêmico e não treponêmico e que não possuíam história de tratamento prévio para sífilis, e foram consideradas com cicatriz sorológica todas as pacientes com teste treponêmico reagente, histórico adequado de tratamento, com documentação clara nos registros médicos e com queda adequada dos títulos sequencias de anticorpos sorológicos previamente à gestação.

Entre as pacientes com teste rápido positivo para sífilis durante o ano de 2018, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade das pacientes, paridade, classificação da cor da pele, estado civil, escolaridade, titulação do teste sorológico não treponêmico no momento da internação, tratamento realizado para sífilis no pré-natal, idade gestacional no momento do parto, peso do recém-nascido, taxa de abortamento e coinfeção dessas pacientes com HIV.

Além das variáveis citadas acima, para as pacientes que realizaram tratamento de sífilis durante a gestação, foi avaliado se o tratamento da gestante foi adequado ou inadequado na gestação, assim como os motivos do tratamento inadequado. Além disso, foi avaliado se o parceiro da paciente realizou tratamento concomitante durante o pré-natal.

Os dados coletados foram organizados e analisados com o auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio-padrão. Para comparação de médias, foi utilizado teste de t de Student. Admitiu-se como significância estatística o valor do p menor ou igual a 0,05.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 15958619.1.0000.0115. Não há conflitos de interesses de qualquer natureza no presente artigo.

RESULTADOS

Em 2018 foram internadas na Maternidade Carmela Dutra 4.443 gestantes para atenção ao parto e ao abortamento. Dessas, 212 (4,59%) apresentaram teste rápido de sífilis reagente (Tabela 1). Oito casos foram excluídos por motivo de evasão durante a internação.

A prevalência de sífilis no ano de 2018 na Maternidade Carmela Dutra foi de 3,6%. Entre as 161 pacientes com sífilis na gestação, 117 (72,7%) fizeram o diagnóstico no pré-natal e 44 (27,3%) realizaram o diagnóstico apenas no momento da internação hospitalar. A média de idade foi de 27,98 anos (DP $\pm$ 6,65). Quanto aos dados epidemiológicos, 114 (70,8%) eram brancas, 107 (66,5%) não eram primigestas, 125 (77,1%) eram casadas ou em união estável e 13 (8%) tinham ensino superior completo ou incompleto (Tabela 2). Setenta e uma gestantes (44%) foram consideradas adequadamente tratadas durante o pré-natal e 90 (56%) foram consideradas inadequadamente tratadas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Os motivos de o tratamento ter sido considerado não adequado na gestação estão descritos na tabela 3.

A respeito do tratamento do parceiro, nos casos em que as gestantes foram consideradas adequadamente

Tabela 1. Distribuição das gestantes com teste rápido reagente para sífilis quanto à indicação da internação na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018 e ao estado sorológico

Distribuição das gestantes	Parto n (%)	Abortamento n (%)
Sífilis na gestação	135 (3,46)	26 (4,90)
Cicatriz sorológica	40 (1,02)	3 (0,56)
Exame negativo	3.737 (95,52)	502 (94,54)
Total	3.912 (100)	531 (100)

Tabela 2. Distribuição do perfil epidemiológico das gestantes internadas na Maternidade Carmela Dutra com sífilis no ano de 2018 e classificação do tratamento

Variáveis	Adequadamente tratada n = 71 n (%)	Inadequadamente tratada n = 90 n (%)	Total n = 161 n (%)
Idade			
≤18 anos	5 (7)	6 (7)	11 (7)
>18 anos	66 (93)	84 (93)	150 (93)
Paridade			
Primigesta	28 (39,5)	26 (29)	54 (33,5)
Não primigesta	43 (60,5)	64 (71)	107 (66,5)
Classificação da cor da pele			
Branca	53 (74,6)	61 (67,7)	114 (70,8)
Parda	5 (7)	9 (10,1)	14 (8,7)
Preta	13 (18,4)	20 (22,2)	33 (20,5)
Estado civil			
Solteira	11 (15,4)	24 (26,7)	35 (21,7)
Casada/união estável	59 (83)	66 (73,3)	125 (77,7)
Viúva	1 (1,6)	0(0)	1 (0,6)
Escolaridade			
Ensino fundamental	26 (36,6)	36 (40)	62 (38,4)
Ensino médio	40 (56,3)	45 (50)	85 (52,7)
Ensino superior	4 (5,6)	9 (10)	13 (8)
Não consta	1 (1,5)	0 (0)	1 (0,9)

Tabela 3. Descrição dos motivos que levaram as pacientes a serem classificadas no grupo que não realizou tratamento adequado para sífilis na gestação

Motivo	n (%)
Dose errada de penicilina	6 (6,6)
Primeira dose com menos de 30 dias para o parto	13 (14,4)
Aumento de 2 titulações de VDRL após o tratamento	8 (8,8)
Não tiveram queda de 2 titulações do VDRL em 3 meses	6 (6,6)
Não tiveram queda do VDRL em 4 titulações em 6 meses	16 (17,7)
Não documentou títulos do VDRL no pré-natal	1 (1,1)
Diagnóstico feito na internação	44 (48)

tratadas no pré-natal, 50 (70%) parceiros trataram junto com a gestante a infecção, 9 (12,6%) não trataram e 12 (17,4%) não possuíam essa informação no prontuário. No grupo das gestantes inadequadamente tratadas, 26 (28,8%) parceiros trataram a sífilis durante o pré-natal e 10 (11%) não trataram. Quanto aos 54 (60,2%) casos restantes, não constava essa informação no prontuário. Os títulos de VDRL da internação estão demonstrados na tabela 4.

Entre as pacientes com sífilis na gestação atual, 5 (3,7%) gestantes apresentavam coinfeção com HIV. O abortamento ocorreu em 4 (5,8%) casos no grupo com tratamento adequado e em 22 (24,5%) casos no grupo com tratamento inadequado. A taxa de prematuridade foi semelhante nos dois grupos, assim como a de baixo peso do recém-nascido (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O rastreamento de sífilis gestacional é preconizado pelo Ministério da Saúde no pré-natal para melhor atendimento das pacientes durante a gravidez. É preconizado que o rastreio por meio de exames para a verificação de soropositividade para sífilis na gestante seja idealmente realizado na primeira consulta de pré-natal, no primeiro e terceiro trimestre e no momento do parto,

Tabela 4. Titulação de VDRL no momento da internação das gestantes com teste rápido reagente para sífilis

Título VDRL	Sífilis na gestação	
	Adequadamente tratada n (%)	Inadequadamente tratada n (%)
<1:8	54 (76,1)	40 (44,4)
≥1:8	17 (23,9)	48 (53,4)
Não consta	0 (0)	2 (2,2)

Tabela 5. Resultados perinatais das gestantes com sífilis na gestação de acordo com a adequação do tratamento

Desfechos gestacionais	Sífilis na gestação	
	Adequadamente tratada n = 71 n (%)	Inadequadamente tratada n = 90 n (%)
Idade gestacional		
<37 semanas	3 (4,5)	5 (7,4)
≥37 semanas	64 (95,5)	63 (92,6)
Peso fetal		
<2.500 g	3 (4,5)	5 (7,3)
≥2.500 g	64 (95,5)	63 (92,7)
Aborto	4 (5,8)	22 (24,5)
Feto morto	0 (0)	1 (1,4)

independentemente do resultado de exames anteriores e no caso de abortamento.⁽³⁾ Neste estudo todas as pacientes internadas na maternidade para parto ou em razão de abortamento realizaram teste rápido para sífilis. Entre elas, 4,59% tiveram teste rápido positivo para sífilis e 79% por sífilis na gestação atual.

Em um estudo de revisões de casos de sífilis congênita publicado pela *American Medical Association*, foi observado que, em grande parte das vezes, a transmissão vertical de sífilis poderia ter sido evitada, pois a maioria dos casos ocorreu pela falta de triagem materna e de nova triagem no terceiro trimestre, realizando-se o diagnóstico apenas no momento do parto.⁽¹⁸⁾ Isso também foi verificado em um estudo realizado no ano de 2018 na cidade de Natal, em que 71% das gestantes com sífilis tiveram seu diagnóstico de infecção no momento da internação para o parto na maternidade, impossibilitando qualquer tipo de tratamento prévio.⁽¹⁹⁾ Nesse estudo, 27,3% das pacientes com sífilis na gestação atual tiveram o diagnóstico da infecção no momento da internação na maternidade, provavelmente por causa da diferença da atenção primária entre as diferentes regiões do Brasil.

No Brasil, no estudo de Domingues *et al.*,⁽²⁰⁾ em que os pesquisadores entrevistaram 23.894 mulheres no pós-parto, foi levantada uma forte hipótese do porquê essas pacientes não eram diagnosticadas no pré-natal para sífilis. O estudo constatou que a realização da primeira sorologia para a sífilis apresentava proporção elevada, enquanto a realização do segundo exame ocorria em menos de 30% das grávidas.⁽²⁰⁾ Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) quanto à observação do diagnóstico de sífilis em gestantes segundo a idade gestacional por regiões brasileiras, no ano de 2017, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorreu em maior proporção na região Sul (47,7%), com menor proporção nas regiões Sudeste (47,5%), Nordeste (27,6%) e Norte (25,3%).⁽³⁾ No presente estudo, 72,7% das pacientes com sífilis na gestação foram diagnosticadas com a infecção no pré-natal, não sendo possível discernir o período gestacional por falta de dados.

Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostraram que, no âmbito nacional, em 2017 a incidência de sífilis em gestantes foi de 17,2/1.000 nascidos vivos, e a incidência de sífilis congênita foi de 8,6/1.000 nascidos vivos, e no estado de Santa Catarina o dado informado foi de 19,1 casos de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos.⁽³⁾ No presente estudo, a prevalência de sífilis na gestação foi de 3,6%.

Segundo dados de novembro de 2018 do Informativo Epidemiológico Barriga Verde (Diretoria de Vigilância Epidemiológica), em Santa Catarina, observou-se que 51,6% das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos.⁽²¹⁾ No presente estudo, a média de idade das pacientes com sífilis é de 27,98 (DP $\pm$ 6,65), e 6,8% possuíam menos que 19 anos, taxa menor que a do estado.

No estudo realizado por Macêdo *et al.*⁽²²⁾, em 2017 verificou-se maior risco de ocorrência de sífilis entre as multigestas e com nível de escolaridade fundamental incompleto. Dados semelhantes ao do segundo estudo foram encontrados; no presente estudo, no grupo com sífilis, na gestação atual apenas 33,5% eram primigestas e 38,4% não cursaram o ensino médio.

Sousa e Pinheiro⁽²³⁾ concluíram, em um estudo, que nas relações estáveis há tendência de os parceiros abdicarem dos métodos de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis com o intuito de melhorar o desempenho e o prazer durante a relação sexual, o que pode justificar o aumento do número de casos de sífilis ativa entre as mulheres com relação estável e casamento. Nosso estudo concluiu que 77,4% das pacientes com sífilis ativa viviam em união estável ou casamento quando se diagnosticou a infecção na gestação. Estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais recebam tratamento para a sífilis no Brasil. Certamente, trata-se de uma falha da infraestrutura de saúde pública, visto que o rastreamento de contato e tratamento é o principal método de controle da transmissão da sífilis na população.⁽²⁴⁾ Em contraste com esse, o presente estudo demonstrou que 47,2% dos parceiros foram tratados.

De 2011 a 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde relatou um aumento de 81% para 86% em mulheres infectadas com sífilis que tinham documentação de tratamento adequado, embora ainda estivesse abaixo de sua meta de 95%.⁽²⁵⁾ No estudo de Moreira *et al.*,⁽²⁶⁾ que analisou a incidência de sífilis congênita em Porto Velho, o resultado foi que 18,6% das gestantes foram tratadas adequadamente para sífilis no pré-natal, 55% foram tratadas inadequadamente e 19,1% não receberam tratamento algum. Dados semelhantes foram encontrados no atual estudo, em que apenas 44% das pacientes realizaram tratamento adequado no pré-natal segundo os critérios do Ministério da Saúde atualizado no ano de 2019. O motivo mais comum de tratamento inadequado foi o diagnóstico apenas na internação.

Newman *et al.*⁽⁵⁾ realizaram um estudo em diferentes continentes para avaliar os desfechos desfavoráveis relacionados a sífilis na gestação. Nesse estudo foi concluído que a chance de o recém-nascido apresentar um desfecho desfavorável era duas vezes maior em mulheres cuja titulação do VDRL era superior a 1:8.⁽⁵⁾ No estudo proposto no grupo que tratou a infecção de maneira inadequada na gestação atual, 53,4% pacientes apresentaram títulos iguais ou superiores a 1:8.

Em um estudo que avaliou dados epidemiológicos e obstétricos de gestantes com sífilis no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro entre o ano de 2007 e 2016, observou-se uma taxa maior de partos prematuros em pacientes com sífilis ativa, em comparação com a média nacional.⁽²⁷⁾ No atual estudo, 5,5% das pacientes com tratamento inadequado tiveram parto prematuro e 24,5%, abortamento da gestação. No grupo que tratou a infecção de maneira

adequada, 4,2% tiveram parto prematuro e 5,8%, aborto da gestação.

A inflamação da placenta por infecção congênita pode aumentar o risco de transmissão perinatal do HIV.⁽¹⁵⁾ Estudos têm mostrado que a sífilis é a principal doença sexualmente transmissível associada ao HIV, e nesses pacientes a sífilis possui características clínicas atípicas e acometimento do sistema nervoso mais frequente e precoce. Gestantes coinfectadas com HIV podem não ter a eficácia esperada do tratamento e ter demora na queda dos títulos de testes não treponêmicos.^(28,29) Em relação à coinfeção com HIV, o estudo realizado por Rojas,⁽³⁰⁾ publicado em 2018, no estado do Pará apresentou 5,18% de casos de gestantes com diagnóstico de sífilis e HIV, dado semelhante ao encontrado no estudo realizado por Sanz e Guinsburg⁽³¹⁾ no ano de 2008 na mesma maternidade, em que se pode observar que a coinfeção já era crescente, sendo maior entre jovens de baixa escolaridade com parceiro sexual único. Dados concordantes foram encontrados no presente estudo, em que 3,6% das pacientes apresentavam coinfeção de HIV com sífilis ativa na gestação.

CONCLUSÃO

A partir do que foi exposto, conclui-se este trabalho com uma questão: por que é tão difícil enfrentar a sífilis congênita no Brasil, uma vez que é uma doença com rastreamento e agente etiológico bem conhecido e também altamente suscetível à penicilina? O pilar central para combater essa epidemia é fortalecer a importância da educação sexual antes mesmo da gestação. A educação sexual está envolvida em todos os processos da doença: o contágio, a transmissão e o acesso ao tratamento. Com a solidificação dessas informações, não restariam tantas dúvidas a respeito de qual é a verdadeira arma de saúde pública para combater essa epidemia: a informação. Medidas mais incisivas podem ser consideradas. Assim como na tuberculose, em que é realizado o tratamento diretamente observado na atenção básica de saúde, o tratamento da sífilis poderia seguir a mesma orientação, visando, assim, diminuir o número de casos de tratamentos inadequados. Além disso, o acompanhamento da sífilis demandaria menos tempo e recurso, comparado ao da tuberculose. A importância da participação do parceiro durante o pré-natal deve ser enfatizada. A responsabilidade conjunta entre atenção básica de saúde, paciente e parceiro pode ocorrer por meio do acompanhamento do tratamento do casal. Apresentar as consequências da sífilis congênita e a relação dela com o tratamento inadequado é uma alternativa para incentivar o tratamento de ambos, assim como recomendar o uso de *condom* nas relações sexuais. O percentual de pacientes tratadas de maneira inadequada para sífilis conforme o Ministério da Saúde é bastante significativo do ponto de vista de saúde pública. Logo, é de suma importância

a discussão sobre essas medidas de saúde para responder à questão proposta acima e, assim, quem sabe, enfrentar essa epidemia.

REFERÊNCIAS

1. Dobson SR. Congenital syphilis: clinical features and diagnosis [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-syphilis-clinical-features-and-diagnosis/print>
2. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):0211720. doi: 10.1371/journal.pone.0211720
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
4. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Aumento do número de casos de sífilis congênita preocupa autoridades em saúde [Internet]. Florianópolis: DIVE; 2015 [cited 2018 Jan 21]. Available from: <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/225-aumento-do-numero-de-casos-de-sifilis-congenita-em-santa-catarina-preocupa-autoridades-em-saude>
5. 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. doi: 10.1371/journal.pmed.1001396
6. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. *Cureus*. 2016;8(3):e525. doi: 10.7759/cureus.525
7. Arnesen L, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(6):422-9.
8. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: SES/SP; 2016.
9. 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.
10. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for syphilis infection in pregnant women: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(9):911-7. doi: 10.1001/jama.2018.11785
11. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. 2014;312(18):1905-17. doi: 10.1001/jama.2014.13259
12. Lin JS, Eder ML, Bean SI. Screening for syphilis infection in pregnant women: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018;320(9):918-25. doi: 10.1001/jama.2018.7769
13. Saraceni V, Pereira GVF, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44. doi: 10.26633/RPSP.2017.44
14. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(Supl Esp 1):43-54.
15. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-33):1-137.

16. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
17. Lafetá KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006
18. Rubin R. Why are mothers still passing syphilis to their babies? *JAMA*. 2019;321(8):729-731. doi: 10.1001/jama.2018.20843
19. França BA. Incidência de sífilis gestacional e congênita em pacientes da Maternidade Doutor Araken Irerê Pinto [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
20. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):766-74. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005114
21. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sífilis. *Inf Epidemiol Barriga Verde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 20];15:1-13. Available from: http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BV_S%C3%ADfilis.pdf
22. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:78. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007066
23. Sousa LB, Pinheiro AKB. Doenças sexualmente transmissíveis na relação estável: perspectivas para o cuidado usando modelo Sunrise. *Rev Rene*. 2011;12(3):478-86.
24. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-20. doi: 10.1590/S0102-311X2013000600008
25. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2016.
26. Moreira KFA, de Oliveira DM, de Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Ôrfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):1-10. doi: 10.5380/ce.v22i2.48949
27. 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;41(2):90-6. doi: 10.1055/s-0038-1676569
28. Signorini DJHP, Monteiro MCM, de Sá CAM, Sion FS, Leitão Neto HG, Lima DP, et al. Prevalência da coinfeção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(3):282-5. doi: 10.1590/S0037-86822007000300006
29. Silveira SLA. Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2017.
30. Rojas MFM. Sífilis congênita: follow up de crianças nascidas em uma maternidade pública do estado do Pará [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
31. Sanz SM, Guinsburg R. Prevalência de soropositividade para sífilis e HIV em gestantes em um hospital de referência materno-infantil do estado do Pará. *Rev Para Med*. 2008;22(3):13-20.