

Evolução Epidemiológica da Sífilis Congênita no Estado de Sergipe em uma Década

Epidemiological Evolution of Congenital Syphilis in the State of Sergipe in a Decade

Evolución Epidemiológica de la Sífilis Congénita en el Estado de Sergipe en una Década

Recebido: 10/05/2022 | Revisado: 17/05/2022 | Aceito: 20/05/2022 | Publicado: 26/05/2022

Bruno Manoel Feitosa Xavier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6865-8894>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: brunomfx@gmail.com

Rômulo Rodrigues de Souza Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5873-0431>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: rrsilva@yahoo.com.br

Caroline Cordeiro Vieira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5537-6855>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: carolacordeirov@gmail.com

Lara Fernanda Feitosa Xavier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3724-0732>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: laraffxavieer@gmail.com

Magaly Ribeiro Franco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4127-9701>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: magaly.mrf@gmail.com

Maria Suzana de Abreu Barros Resende

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1059-9486>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: msuzana.resende@gmail.com

Resumo

A sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária, independentemente da idade gestacional. Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar a dinâmica temporal de acordo com dados epidemiológicos da sífilis congênita na atenção primária à saúde entre 2011 e 2020 no Estado de Sergipe, assim como, avaliar variáveis sociodemográficas maternas de filhos diagnosticados com sífilis congênita na última década. Os dados foram coletados mediante bases de dados do Ministério da Saúde (DATASUS) e do IBGE, sendo compilados em planilhas no programa Microsoft Office Excel e avaliados através do cálculo de frequências absolutas e relativas, além do desvio padrão das variáveis abordadas. O montante de dados evidencia que houve um total de 3.675 casos notificados de sífilis congênita no Estado de Sergipe entre 2011 e 2020, sendo mais prevalente nos filhos de mães pardas, com ensino fundamental incompleto e feito pré-natal durante a gestação. Ademais, as taxas de notificação da sífilis congênita são maiores na região leste do Estado de Sergipe. Após análise deste trabalho, é notório que o Estado sergipano mesmo sendo o antepenúltimo estado nordestino em escala decrescente quanto ao número de casos de sífilis congênita na última década, apresenta similaridade nas variáveis maternas estudadas e do próprio conceito de acordo com a literatura. É necessária a capacitação dos profissionais de saúde para o manejo do agravo e efetivas políticas públicas sobre os determinantes sociais da sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Epidemiologia; Cuidado pré-natal; Gravidez; Assistência integral à saúde.

Abstract

Congenital syphilis results from the hematogenous spread of *Treponema pallidum* from an infected pregnant woman who is untreated or inadequately treated for her fetus, usually transplacentally, regardless of gestational age. Therefore, this study aims to analyze the temporal dynamics according to epidemiological data of congenital syphilis in primary health care between 2011 and 2020 in the State of Sergipe, as well as to evaluate maternal sociodemographic variables of children diagnosed with congenital syphilis in the last decade. Data were collected using databases from the Ministry of Health (DATASUS) and IBGE, being compiled into spreadsheets in the Microsoft Office Excel program and evaluated by calculating absolute and relative frequencies, in addition to the standard deviation of the variables addressed. The amount of data shows that there were a total of 3,675 reported cases of congenital syphilis in the State of Sergipe between 2011 and 2020, being more prevalent in children of mixed-race mothers, with incomplete elementary education and prenatal care during pregnancy. Furthermore, the notification

rates of congenital syphilis are higher in the eastern region of the State of Sergipe. After analyzing this work, it is clear that the state of Sergipe, despite being the third-to-last state in the northeast on a decreasing scale in terms of the number of cases of congenital syphilis in the last decade, presents similarity in the maternal variables studied and the concept of the concept itself, according to the literature. It is necessary to train health professionals for the management of the disease and effective public policies on the social determinants of congenital syphilis.

Keywords: Syphilis, congenital; Epidemiology; Prenatal care; Pregnancy; Comprehensive health care.

Resumen

La sífilis congénita resulta de la diseminación hematogéna de *Treponema pallidum* de una mujer embarazada infectada que no recibe tratamiento o recibe tratamiento inadecuado para su feto, generalmente por vía transplacentaria, independientemente de la edad gestacional. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo analizar la dinámica temporal según datos epidemiológicos de la sífilis congénita en la atención primaria de salud entre 2011 y 2020 en el Estado de Sergipe, así como evaluar variables sociodemográficas maternas de niños diagnosticados con sífilis congénita en la última década. Los datos fueron recolectados utilizando bases de datos del Ministerio de la Salud (DATASUS) y del IBGE, siendo compilados en hojas de cálculo en el programa Microsoft Office Excel y evaluados mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, además de la desviación estándar de las variables abordadas. La cantidad de datos muestra que hubo un total de 3.675 casos notificados de sífilis congénita en el Estado de Sergipe entre 2011 y 2020, con mayor prevalencia en hijos de madres mestizas, con instrucción primaria incompleta y atención prenatal durante el embarazo. Además, las tasas de notificación de sífilis congénita son más altas en la región este del Estado de Sergipe. Luego del análisis de este trabajo, es claro que el estado de Sergipe, a pesar de ser el penúltimo estado del nordeste en escala decreciente en cuanto al número de casos de sífilis congénita en la última década, presenta similitud en las variables estudiadas y el concepto del propio concepto, según la literatura. Es necesario formar profesionales de la salud para el manejo de la enfermedad y políticas públicas efectivas sobre los determinantes sociales de la sífilis congénita.

Palabras clave: Sífilis congénita; Epidemiología; Atención prenatal; Embarazo; Atención integral de salud.

1. Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, infectocontagiosa, transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, que, na ausência de tratamento adequado, desencadeia as formas mais graves da patologia. (Ferreira et al., 2020).

No Brasil, entre os anos 2014 e 2018, houve crescimento no número de casos de sífilis adquirida na população adulta, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Tal aumento pode ser atribuído ao incremento na testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição no uso de preservativos, à redução no abastecimento e na administração da penicilina nos serviços de atenção primária à saúde. (Domingues et al., 2021)

Destarte, a sífilis que, apesar de ter tratamento e cura, corresponde, juntamente com a tricomoníase, gonorreia e clamídia, a uma média de um milhão de novas infecções por dia no mundo, entre mulheres e homens, de 15 a 49 anos. (Soares et al, 2021)

A transmissão acontece pelo ato sexual inclusive o sexo oral, sem uso de preservativo; através de transmissão vertical (mãe para filho); contato direto com toque nas lesões; e mais raramente por transfusões sanguíneas (Ferreira et al., 2020).

A sífilis é considerada um grande problema de saúde pública no Brasil, por acometer todas as classes sociais e, em especial, nas gestantes devido a possibilidade de transmissão vertical para o feto (Araújo, 2019). Gestantes infectadas podem transmitir a doença para o feto, causando a sífilis congênita, doença evitável que pode ser eliminada por meio da detecção e do tratamento das mulheres grávidas com sífilis (Soares et al., 2021).

A sífilis congênita é resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária, independentemente da idade gestacional. Eventualmente, essa transmissão pode ocorrer durante o nascimento, por contato direto com lesões de sífilis no canal de parto (Loureiro, 2009).

A passagem transplacentária do agente etiológico durante a gestação ocorre em qualquer etapa clínica da sífilis materna. No entanto, a sífilis recente tem maior prevalência quanto a transmissão vertical, o que se reduz com o decorrer da doença para as fases tardias. Tal redução é decorrente da diminuição de treponemas circulantes, passando de 70% a 100% na

sífilis recente para 30% nas fases tardias da doença. Outrossim, a fase recente da sífilis materna pode afetar mais gravemente o feto. (Domingues et al., 2021)

A sífilis congênita é uma enfermidade de amplo espectro clínico, indo desde formas assintomáticas ou oligossintomáticas até às formas graves, associadas a quadros sépticos, óbitos fetais ou neonatais. Destaca-se a importância da triagem sorológica materna por conta que cerca de 60% a 90% dos recém-nascidos com sífilis congênita são assintomáticos (Domingues et al., 2021). Dentre a sintomatologia apresentada pelo feto destaca-se o baixo peso, rinite com coriza sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, hepatoesplenomegalia, afecções respiratórias (pneumonia), icterícia, anemia severa, ascite e lesões cutâneas na palma da mão e na planta do pé (Ferreira et al., 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde é instruído a triagem sorológica para a sífilis, preferencialmente pelo teste rápido treponêmico, no primeiro e terceiro trimestres de gestação e no momento da internação para o parto ou curetagem. Por conseguinte, as gestantes com resultado reagente têm como seguimento o Venereal Disease Research Laboratory test (VDRL), exame não-treponêmico, no intuito do controle do tratamento e da cura. Apesar da oferta gratuita de testes de rastreio e diagnóstico, pelo Ministério da Saúde, para as grávidas e seus parceiros, a transmissão vertical não tem declinado de forma significativa, o que comprova que apenas o acesso ao diagnóstico não é eficiente quanto a garantia de melhora da qualidade da atenção à gestante portadora de sífilis. (Saraceni et al., 2005)

Através da Estratégia Saúde da Família é importante maior acolhimento e cuidado para com a gestante, sendo base da atenção primária à saúde no Brasil, agregar a tecnologia existente à assistência de qualidade para a redução da sífilis congênita. Diante disso, os dados de notificação, quando utilizados de forma adequada, contribuem para esse processo. (Saraceni et al., 2005).

Diante desse contexto, é crucial colaborar com dados epidemiológicos que possam agregar conhecimento técnico e procurar maneiras de que possam ajudar a melhor adesão ao tratamento correto e detecção precoce. Logo, foram objetivos deste estudo analisar e descrever o perfil epidemiológico e a distribuição temporal acerca da sífilis congênita no Estado de Sergipe, assim como identificar variáveis sociodemográficas das mães cujos filhos tiveram sífilis congênita entre 2011 e 2020.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e ecológico de séries temporais sobre a epidemiologia da sífilis congênita no Estado de Sergipe, na última década; através da utilização de dados de notificação compulsória de tal agravo.

A busca sistemática e exploratória de material para estudo e análise foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, nas bases de dados do Scientific Electronic Libray Online (SciELO), PubMed. Além disso, realizou-se busca nas cartilhas do Ministério da Saúde e no Datasus, departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. O período abrangido no trabalho foi dos dez últimos anos, no idioma português.

A pesquisa de dados colhidos pelo DATASUS foi por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo englobados somente os casos confirmados de sífilis congênita entre 2011 e 2020 e notificados no referido sistema. As variáveis utilizadas no artigo foram: municípios de residência, sexo e faixa etária da criança; momento do diagnóstico, diagnóstico final, evolução, raça e escolaridade materna; realização do pré-natal e tratamento materno e do parceiro. Tais dados foram armazenados em um banco de dados do Microsoft Excel em números absolutos e porcentagem, na forma de quadros e gráficos. Foram utilizados dados secundários de domínio público, sem a necessidade de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.

3. Resultados e Discussão

Na última década, o estado de Sergipe apresentou em números absolutos um total de 3.675 casos notificados de Sífilis Congênita pelo serviço de informação do Ministério da Saúde, DATASUS; correspondendo a 1,93% dos casos notificados em todo o território brasileiro e a 6,55% dos casos notificados na região Nordeste do país. Logo, o estado sergipano se encontra na 17ª colocação entre os estados brasileiros e na 7ª colocação entre os estados do Nordeste com mais números de casos de Sífilis Congênita entre 2011 e 2020 (Quadro 1). Todavia, deve-se levar em consideração que Sergipe tem aproximadamente 2.352.503 pessoas, sendo considerado o 6º estado brasileiro menos populoso do país e o último quanto à população do Nordeste de acordo com o último censo demográfico do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2020.

Quadro 1 - Casos notificados por Sífilis Congênita em todo território brasileiro entre 2011 e 2020.

Características	Números absolutos	% em relação ao Brasil	% em relação a região
Brasil	190.019	100	-
Região Norte	15.668	8,24	100
Acre	688	0,36	4,40
Amapá	847	0,44	5,40
Amazonas	4156	2,19	26,52
Pará	6848	3,60	43,71
Rondônia	776	0,41	4,95
Roraima	372	0,20	2,38
Tocantins	1981	1,04	12,64
Região Nordeste	56.076	29,51	100
Alagoas	3.716	1,95	6,63
Bahia	9.831	5,18	17,53
Ceará	10.899	5,74	19,44
Maranhão	4.346	2,29	7,75
Paraíba	2.707	1,42	4,83
Pernambuco	14.101	7,42	25,15
Piauí	2.753	1,45	4,90
Rio Grande do Norte	4.048	2,13	7,22
Sergipe	3.675	1,93	6,55
Região Centro-Oeste	10.598	5,58	100
Distrito Federal	2.290	1,20	21,60
Goiás	3.738	1,97	35,28
Mato Grosso	1.772	0,93	16,72
Mato Grosso do Sul	2.798	1,48	26,40
Região Sudeste	83.015	43,69	100
Espírito Santo	4.298	2,27	5,18
Minas Gerais	13.585	7,15	16,37
Rio de Janeiro	34.467	18,13	41,51
São Paulo	30.671	16,14	36,94
Região Sul	24.662	12,98	100
Paraná	6.065	3,20	24,59
Rio Grande do Sul	14.485	7,62	58,73
Santa Catarina	4.112	2,16	16,68

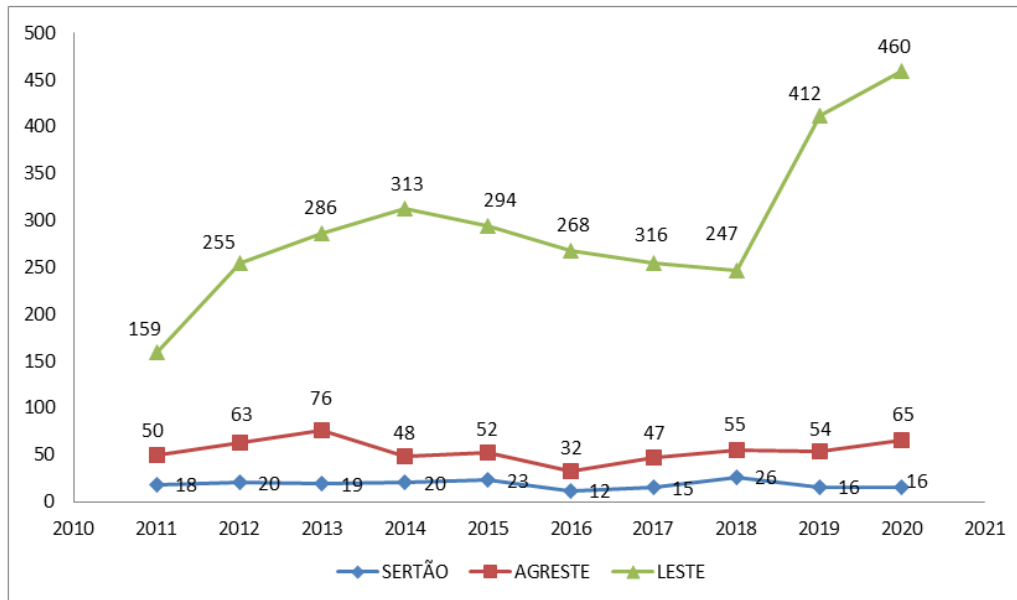
Fonte: Autores.

O Estado de Sergipe entre o ano de 1989 e 2017 era dividido em três mesorregiões, antes denominadas de sertão, agreste e leste sergipano pelo então IBGE, porém tal estratificação mesorregional foi extinta, dando espaço para uma nova divisão geográfica em regiões intermediárias e imediatas (Brasil, IBGE; 2017). Mesmo assim, esse trabalho optou-se por usar a antiga divisão sociodemográfica para melhor didática acerca do tema explanado (Gráfico 1).

Levando em consideração as mesorregiões do Estado de Sergipe, o leste sergipano incluía 07 microrregiões e 42 municípios, concentrando a maior parte da população estadual (67,9%) e sendo considerada a mais importante economicamente. O agreste sergipano, por sua vez, era composto por 04 microrregiões e 18 municípios, sendo responsável por

10,8% da população; já o sertão sergipano apresentava 02 microrregiões e 15 municípios, incluindo 21,3% da população de Sergipe (Bezerra et al., 2015).

Gráfico 1 - Número de casos de Sífilis Congênita no Estado de Sergipe por mesorregiões entre 2011 e 2020, através dos dados de notificação dos municípios de residência.



Fonte: Autores.

No presente trabalho, foram identificados 3.675 casos de Sífilis Congênita no Estado de Sergipe entre os anos de 2011 e 2020 e divididos entre as 03 mesorregiões do Estado; observou – se que no leste sergipano foi notificado um total de 2.948 e com um desvio padrão de 85.718, tendo um aumento significativo entre os anos de 2018 e 2020, visto que muito disso é por contribuição do aumento da detecção de casos precoces com a gratuidade de testes oferecidos por meio do Sistema único de Saúde. Outra explicação seria o fato da região englobar mais municípios e destes muitos com alta densidade demográfica, como a capital Aracaju. Em contrapartida, a mesorregião do sertão se encontra com menor quantidade de casos notificados, contabilizando um total de 185 casos de Sífilis Congênita com um desvio padrão de 4,062; seja pela menor densidade demográfica da região, ou seja, pela reduzida oferta de maternidade e centros de saúde ao redor das cidades que compõem a mesorregião, por concentrar cidades pobres e de baixa infraestrutura corroborando com estudos feitos por Mendes (Mendes, 2018) e Rolim (Rolim et al., 2006).

No que diz respeito à sífilis congênita, foram avaliadas algumas variáveis maternas tais como, a raça na qual a grande maioria se auto referiram como parda, tendo uma porcentagem 79,98% dos casos notificados com um desvio padrão de 87,22 neste período (Quadro 2). Quanto à escolaridade, 2.078 mães não completaram o ensino fundamental, o que corresponde a 56,7% dos casos, mais especificamente, naquelas da 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto com um desvio padrão de 45,86 (Quadro 2), isso justifica o baixo acesso à informação sobre a prevenção do agravo, assim como a importância da detecção precoce e do tratamento adequado, ratificando pesquisa anterior de Amâncio et al. (2016). A baixa escolaridade notificada no estado de Sergipe tem total similaridade com outras regiões do país, como foi detectado no estado do Maranhão (Guimarães et al., 2018) e na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro (Heringer et al., 2020).

Quadro 2 - Características maternas de mães que tiveram seus filhos com Sífilis Congênita entre 2011 e 2020.

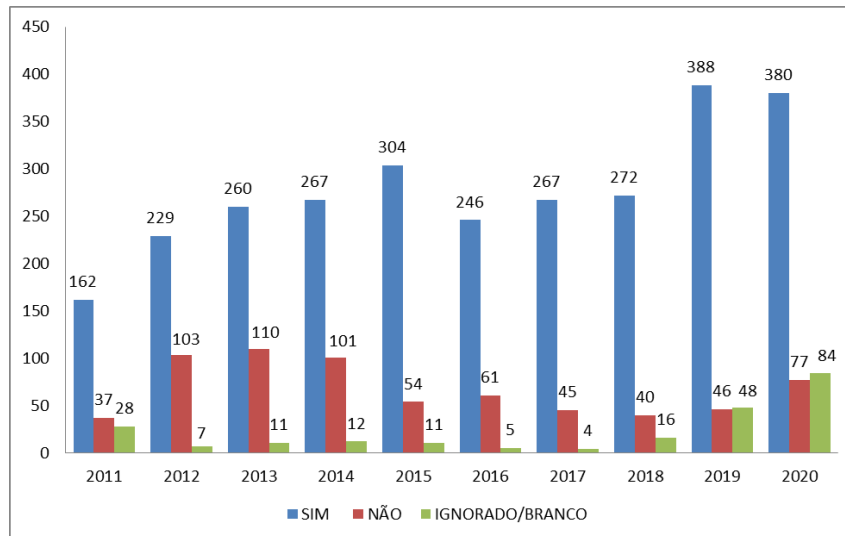
	NÚMEROS ABSOLUTOS	PERCENTUAL
RAÇA		
BRANCA	248	6,75%
PRETA	68	1,85%
AMARELA	10	0,27%
PARDA	2.939	79,98%
INDÍGENA	08	0,22%
RAÇA IGNORADA	402	10,93%
ESCOLARIDADE		
ANALFABETA	60	1,64%
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	2.078	56,7%
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	273	7,45%
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	333	9,08%
ENSINO MÉDIO COMPLETO	397	10,83%
ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	28	0,76%
ENSINO SUPERIOR COMPLETO	27	0,74%
ESCOLARIDADE IGNORADA	469	12,8%

Fonte: Autores.

A sífilis congênita acomete crianças de mães em todas as faixas etárias reprodutivas, sendo que sua maior prevalência se encontra naquelas entre 20 a 34 anos de idade (Costa et al., 2013). Além disso, o Estado de Sergipe apresenta maior número de notificações de mães entre 20 a 29 anos (Resende et al., 2021).

A sífilis congênita é um agravo considerado sentinela quanto à eficácia das políticas públicas para com a assistência do pré-natal à devida população (Lafetá et al., 2016). Domingues, Rosa avalia o pré-natal como fator primordial na investigação retrospectiva dos casos para melhoria na assistência ao paciente e para propor medidas mais concretas para sua solução (Domingues et al., 2013). No Estado de Sergipe foram notificadas 2.275 mães que realizaram o pré-natal com desvio padrão de 67,21, o que representa 75,51% das mães com sífilis gestacional que culminou em sífilis congênita, tendo maior abrangência nos anos de 2019 e 2020 (Gráfico 2). Dessa maneira, o pré-natal é peça fundamental na realização de triagem sorológica para um diagnóstico materno precoce, com o suporte da rede de atenção à saúde estabelecida no Brasil (Ferreira et al., 2020).

Gráfico 2 - Característica materna na Sífilis Congênita em relação ao pré-natal, entre os anos de 2011 e 2020, no Estado de Sergipe.



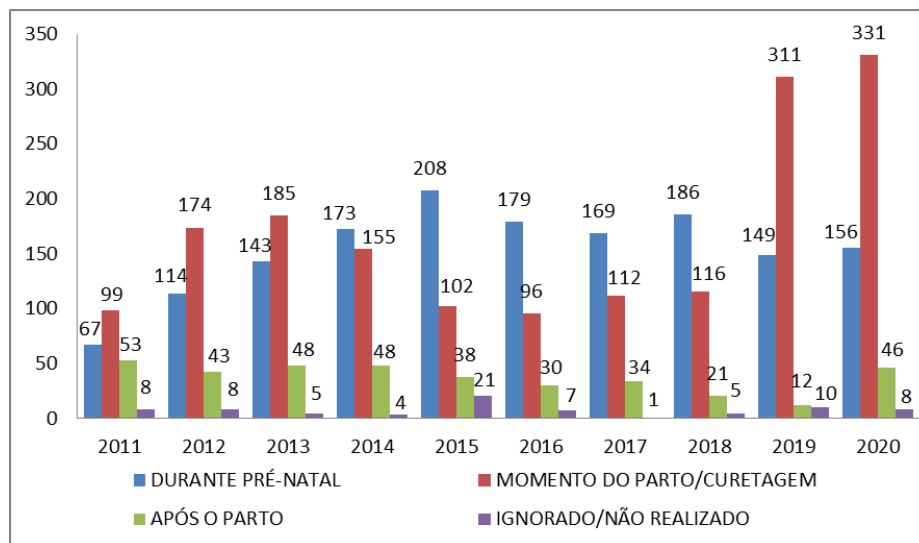
Fonte: Autores.

A sífilis faz parte do grupo das infecções sexualmente transmissíveis, sendo uma das que mais causam malefícios às gestantes e seus conceitos. Dentre esses prejuízos estão o abortamento, óbito fetal e neonatal em 40% dos casos infectados ou ainda o nascimento de neonatos com sífilis (Magalhães et al., 2011). Logo, torna-se necessário o pré-natal seguro e eficaz para redução dos números de casos de sífilis congênita, evento adverso prevenível, em Sergipe e no mundo.

A rede cegonha foi uma estratégia de saúde criada pelo governo federal através da portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 com um olhar para o pré-natal, parto, nascimento e puerpério; para com isso proporcionar uma maior aplicabilidade de prevenção, diagnóstico e tratamento de DST/HIV/AIDS e Hepatites, incluindo a sífilis gestacional e porventura a sífilis congênita (Ministério da Saúde, 2011).

Em Sergipe, entre 2011 e 2020, foi observado que entre os 3.675 casos notificados, 1.544 foram diagnosticados com sífilis congênita durante o pré-natal com um desvio padrão em torno de 40,09, já que toda mãe diagnosticada com sífilis gestacional e que não teve o tratamento adequado, isto é, tendo seu término 30 dias antes do parto é tido como tratamento inadequado e infectante ao feto, levando a sífilis congênita (Domingues et al., 2021). Além disso, foi contabilizado um total de 1.681 casos de sífilis gestacional diagnosticados no momento do parto/curetagem com desvio padrão de 86,70, logo como não houve tratamento precoce, o conceito nasceu com sífilis congênita (Gráfico 3). Ainda houve uma média de 37,3 casos na década que foram apenas diagnosticadas após o parto e 77 casos de sífilis gestacional que foram ignorados ou não realizados, o que aponta a pobre busca das gestantes nas políticas públicas da Estratégia de saúde da família.

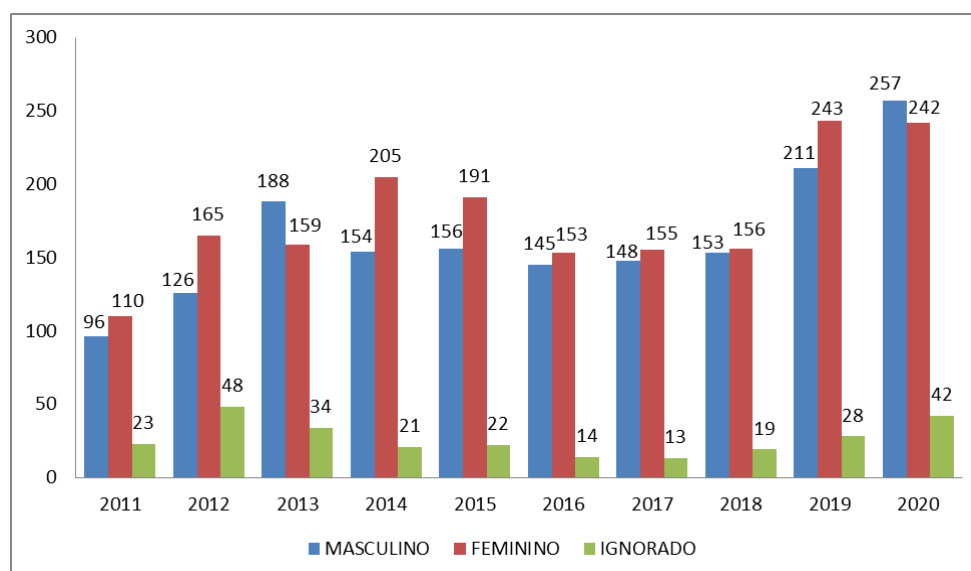
Gráfico 3 - Momento do diagnóstico de Sífilis Materna que evoluiu com Sífilis Congênita em Sergipe entre 2011 e 2020.



Fonte: Autores.

De acordo com o Ministério da Saúde, é recomendado no mínimo seis consultas de pré-natal para todas as gestantes incluídas no Sistema único de saúde, assim como a realização de testes sorológicos para HIV e sífilis o mais precocemente, sendo preconizado, logo na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação; para um melhor rastreamento de ISTs preveníveis como é o caso da Sífilis congênita (Da Silveira et al.,2021). Uma pesquisa realizada entre janeiro e maio de 2015 acerca do manejo, conhecimento e práticas dos profissionais da saúde que trabalham no pré-natal evidenciou que o conhecimento sobre os testes sorológicos e metas de erradicação da sífilis obteve escores abaixo de 50%, e quanto ao aconselhamento pós-teste e controle de cura chegam a apenas 60% dos profissionais da saúde (Rodrigues et al., 2018).

Gráfico 4 - Sexo da criança diagnosticada com Sífilis Congênita entre 2011 e 2020 no Estado de Sergipe.



Fonte: Autores.

Com relação ao sexo do recém nascido, 1.632 casos foram notificados do sexo masculino com desvio padrão de 45,55 e 1.779 do sexo feminino tendo este um desvio padrão de 42,18. Ainda obteve um total de 264 casos que foram ignorados quanto a variável do sexo; o que demonstra o baixo comprometimento dos profissionais da saúde quanto a

notificação de todas as variáveis orientadas pelo próprio Ministério da Saúde. Diante disso, a falta de registro ou a baixa qualidade dos dados contribuem sobremaneira para aumentar o agravo acometido na população vulnerável (Araújo et al., 2021).

A notificação compulsória é obrigatória para os profissionais da saúde, em consonância ao artigo nº 8 da Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975 (Ministério da Saúde, 2017). A sífilis congênita tornou-se agravo de notificação obrigatória por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (Ministério da Saúde, 2005).

Em relação à idade da criança no momento do diagnóstico de sífilis congênita no estado de Sergipe na última década, 3.530 casos foram diagnosticados até o sexto dia de vida por meio dos testes treponêmicos e não-treponêmicos disponibilizados gratuitamente pelo SUS (Ministério da saúde, 2020); o que corresponde a 96,05% da população acometida em determinada faixa de tempo (Quadro 3). Outrossim, todos os casos diagnosticados e notificados no SINAN são devidamente classificados em sífilis congênita recente, isto é, as manifestações clínicas ocorrem nos dois primeiros anos de vida; ou tardia que por sua vez são aqueles casos no qual as manifestações ocorrem após o segundo ano de vida (Andrade et al., 2018); dos casos analisados 90,7% foram apresentados como sendo sífilis congênita recente e apenas 02 casos foram notificados como sífilis congênita tardia além disso, soma-se 140 casos que foram notificados como sendo descartados ou ignorados; corroborando com a falta de compromisso na notificação compulsória de todas as variáveis, por parte dos profissionais responsáveis (Quadro 3).

Quadro 3 - Características da criança diagnosticada com Sífilis Congênita no Estado de Sergipe entre 2011 e 2020

NÚMEROS ABSOLUTOS		PERCENTUAL
IDADE NO DIAGNÓSTICO APÓS O NASCIMENTO		
ATÉ 06 DIAS	3.530	96,05%
ENTRE 07 E 27 DIAS	122	3,32%
28 DIAS A < 1 ANO	19	0,52%
12 A 23 MESES	03	0,08%
2 A 4 ANOS	01	0,03%
CLASSIFICAÇÃO FINAL		
SÍFILIS CONGÊNITA RECENTE	3.333	90,70%
SÍFILIS CONGÊNITA TARDIA	02	0,05%
NATIMORTO/ABORTO POR SÍFILIS	200	5,44%
DESCARTADO	140	3,81%
EVOLUÇÃO		
VIVO	3224	96,67%
ÓBITOS PELO AGRAVO	49	1,47%
ÓBITOS POR OUTRA CAUSA	24	0,72%
IGNORADO	38	1,14%

Fonte: Autores.

A evolução da sífilis congênita está diretamente relacionada com o tratamento adequado da mãe, ou seja, respeitando o tempo mínimo para o seu término antes do parto e o uso correto da benzilpenicilina benzatina na gravidez (Mesquita et al., 2012). Assim como na mãe, as crianças também têm como forma de tratamento a benzilpenicilina a depender do tratamento materno durante a gestação, das titulações do teste não-treponêmico do conceito em relação ao da mãe (Ministério da Saúde, 2020). Com isso, no estado de Sergipe entre 2011 e 2020 96,67% dos casos notificados obtiveram êxito com a doença, isto é, ficaram vivos e 49 casos faleceram pela sífilis congênita, o que representa 1,47% do todo.

Quadro 4 - Tratamento materno e do parceiro na Sífilis Congênita entre 2011 e 2020 no Estado de Sergipe.

	NÚMEROS ABSOLUTOS	PERCENTUAL
CASOS NOTIFICADOS	3.675	100%
TRATAMENTO MATERNO	2.456	66,83%
TRATAMENTO PARCEIRO		
SIM	398	10,83%
NÃO	2.989	81,33%
IGNORADO	288	7,84%

Fonte: Autores.

Em relação ao tratamento materno no estado de Sergipe na última década, foram contabilizadas 2.456 mães com plano terapêutico adequado, ou seja, em torno de 66,83% dos casos, o que corrobora com o alto índice do número de crianças vivas e recuperadas da sífilis congênita, mesmo que esse número esteja com uma margem de 1.219 mães com esquema de tratamento incompleto ou inadequado conforme apresentado na Quadro 4. Além disso, mesmo que o tratamento do parceiro não seja considerado como fator primordial para avaliação de tratamento adequado da sífilis congênita, é importante frisar a necessidade de sua notificação para o cuidado tanto com o indivíduo quanto com a reinfecção da gestante (Amorim et al., 2021).

4. Conclusão

Os achados do presente estudo evidenciam a ocorrência do elevado índice de casos de sífilis congênita no Estado de Sergipe. Perante o exposto, tal ocorrência tem relação aos fatores sociodemográficos das mães gestantes pardas e de baixa escolaridade, sendo este responsável por menor acesso à informação e ao entendimento acerca dos cuidados com a saúde e prevenção. Outrossim, a sífilis congênita em quase sua totalidade foi notificada nos menores de 1 ano de idade e que se apresentaram com sífilis congênita precoce, assim como com altas taxas de resolução do agravo.

Com base na análise dos dados obtidos, evidenciou-se que a maioria das gestantes foram acompanhadas no pré-natal, no entanto, o diagnóstico tardio da sífilis, em especial, no momento do parto e/ou curetagem é fator que contribui diretamente no controle vertical da sífilis. Desse modo, o pré-natal mesmo que realizado, porém de forma ineficaz se torna um dos maiores problemas para a persistência da alta incidência da sífilis congênita, de acordo com a literatura. Ademais, mais da metade das gestantes realizaram o tratamento, porém seguem sendo fatores de risco para transmissão vertical tanto pelo risco de tratamento inadequado quanto pela reinfecção por conta da baixa adesão ao tratamento por parte do parceiro.

Em meio às diversas questões que emergem acerca da sífilis congênita, quanto ao diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento, é necessário a elaboração de políticas públicas mais eficazes, assim como mais trabalhos científicos que abordem tal tema para maior disseminação de informações para a população.

Assim, é notório que a maior efetividade nas ações de adesão ao pré-natal nas UBS através de ações que instiguem melhoria na instrução profissional sobre o manejo dessas pacientes, é uma necessidade iminente para que o diagnóstico das gestantes seja feito precocemente e, por conseguinte, o tratamento da sífilis seja efetivo. Dessa maneira, é possível que os índices da sífilis congênita caiam e junto com eles as complicações da mesma.

Referências

- Alves, P. I. C., Scatena, L. M., Haas, V. J., & Castro, S. D. S. (2020). Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2949-2960.
- Amâncio, V. C., Graciano, A. R., Cozer, A. M., Assis, L. P. F., & Dias, D. C. D. S. (2016). Epidemiologia da sífilis congênita no estado de Goiás. *Revista Educação e Saúde*, 4(2), 58-63.

- Amorim, E. K. R., Matozinhos, F. P., Araújo, L. A., & Silva, T. P. R. D. (2021). Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e2021128.
- Andrade, A. L. M. B., Magalhães, P. V. V. S., Moraes, M. M., Tresoldi, A. T., & Pereira, R. M. (2018). Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 36, 376-381.
- Araújo, E. D. C., Costa, K. D. S. G., Silva, R. D. S., Azevedo, V. N. D. G., & Lima, F. A. S. (2006). Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*, 20(1), 47-51.
- Araújo Junior, D. G. (2019). Vulnerabilidade a transmissão vertical da sífilis: situações programáticas da atenção primária a saúde vivenciadas por gestante no pré-natal.
- Araújo, M. A. L., Esteves, A. B. B., Rocha, A. F. B., Silva Junior, G. B. D., & Miranda, A. E. (2021). Fatores associados à prematuridade em casos notificados de sífilis congênita. *Revista de Saúde Pública*, 55.
- Bezerra, F.J.A; Bernardo, T.R.R; Ximenes, L.J.F; Junior, A.S.V. (2015). Perfil socioeconômico de Sergipe. Banco do Nordeste do Brasil, 19-21 (2).
- Bezerra, M. L. D. M. B., Fernandes, F. E. C. V., de Oliveira Nunes, J. P., & de Araújo, S. L. S. M. (2019). Congenital syphilis as a measure of maternal and child healthcare, Brazil. *Emerging infectious diseases*, 25(8), 1469.
- Brasil. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Ministério da Saúde [online]. 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Nota informativa nº 02-SEI/2017 – DCCI/SVS/MS [online]. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS a rede cegonha [online]. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. CONITEC, 2020.
- Brasil. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Portal população do Brasil.[online]. 2017.
- Cavalcante, P. A. D. M., Pereira, R. B. D. L., & Castro, J. G. D. (2017). Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 255-264.
- Chimello, L. B., Umehara, H. M., & Bueno, A. G. (2022). Sífilis congênita com manifestações cutâneas intensas e diversas-relato de caso. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 26, 101901.
- Costa, C. C. D., Freitas, L. V., Sousa, D. M. D. N., Oliveira, L. L. D., Chagas, A. C. M. A., Lopes, M. V. D. O., & Damasceno, A. K. D. C. (2013). Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 152-159.
- da Silveira, K. B., Silva, J. R. S., Reis, F. P., de Melo, Í. F. L., de Mendonça Santos, T. C., de Jesus Souza, M., & Feitosa, V. L. C. (2021). Epidemiologia da Sífilis Congênita no estado de Sergipe. *Research, Society and Development*, 10(14), e562101422061-e562101422061.
- de Sousa Ferreira, F. K., Rolim, A. C. A., & Bonfada, D. (2021). Perfil dos casos de sífilis congênita no rio grande do norte: estudo de série temporal. *Revista Ciência Plural*, 7(2), 33-46.
- Domingues, C. S. B., Duarte, G., Passos, M. R. L., Sztajn bok, D. C. D. N., & Menezes, M. L. B. (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30.
- Domingues, R. M. S. M., Saracen, V., Hartz, Z. M. D. A., & Leal, M. D. C. (2013). Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde pública*, 47(1), 147-157.
- Ferreira, J. A. N., & Gomes, L. D. M. A. Adesão eficiente no tratamento da sífilis em gestantes.
- Guimarães, T. A., Alencar, L. C. R., Fonseca, L. M. B., Gonçalves, M. M. C., & Silva, M. P. D. (2018). Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arch. Health Sci.(Online)*, 24-30.
- Heringer, A. L. D. S., Kawa, H., Fonseca, S. C., Brignol, S. M. S., Zarpellon, L. A., & Reis, A. C. (2020). Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e8.
- Lafetá, K. R. G., Martelli Júnior, H., Silveira, M. F., & Paranaíba, L. M. R. (2016). Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 63-74.
- Loureiro, M. D. R. (2009). Infecção pelo *Treponema pallidum* em gestantes e sua transmissão vertical, Mato Grosso do Sul.
- Magalhães, D. M. D. S., Kawaguchi, I. A. L., Dias, A., & Paranhos Calderon, I. D. M. (2011). A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun. ciênc. saúde*, 43-54.
- Maronezzi da Silva, G., Pereira da Silva, M. D. A., Cristina Martins, D., Brichi Pesce, G., Rodrigues Mendonça, R., & Molena Fernandes, C. A. (2021). Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. *Saúde e Pesquisa*, 14(2).
- Mendes, R. B. (2018). Assistência pré-natal e fatores associados à peregrinação no anteparto e à preferência das mulheres pela cesariana em Sergipe, Brasil.

Mesquita, K. O., Lima, G. K., Filgueira, A. A., Flôr, S. M. C., Freitas, C. A. S., Linhares, M. S. C., & Gubert, F. A. (2012). Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal.

Reis, G. J. D., Barcellos, C., Pedroso, M. D. M., & Xavier, D. R. (2018). Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34.

Resende, W. M. G., Silva, G. P. O., Ferreira, A. S., Santos, K. F. L., Cruz, Í. R. R., & Lopes, I. M. D. (2021). Sífilis congênita: análise do bonômio mãe/filho no estado de Sergipe na última década/Congenital syphilis: analysis of the mother-child bonomies in the state of Sergipe in the last decade. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 24484-24497.

Rodrigues, D. C., & Domingues, R. M. S. M. (2018). Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *The International journal of health planning and management*, 33(2), 329-344.

Rolim, C., de Lima Andrade, J. R., de Santana, J. R., & de Melo, R. O. L. (2006). Construção de indicadores de pobreza: aplicação do índice de pobreza humana municipal no estado de Sergipe. *Revista Econômica do Nordeste*, 37(4), 512-529.

Saraceni, V., Leal, M. D. C., & Hartz, Z. M. D. A. (2005). Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5, 263-273.

Saraceni, V., Pereira, G. F. M., da Silveira, M. F., Araujo, M. A. L., & Miranda, A. E. (2017). Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista panamericana de salud publica*, 41, e44.

Soares, M. A. S., & Aquino, R. (2021). Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00209520.