

Sífilis Congênita: Análise Epidemiológica no Estado do Amapá, 2016 a 2018
Congenital Syphilis: Epidemiological Analysis in the State of Amapá, 2016 to 2018
Sífilis Congénita: Análisis Epidemiológico en el Estado de Amapá, 2016 a 2018

Recebido: 14/05/2020 | Revisado: 17/05/2020 | Aceito: 29/05/2020 | Publicado: 12/06/2020

Lidiane Assunção de Vasconcelos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5771-9724>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: lidiane31@gmail.com

José Natanael Gama dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7298-9602>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: josenatanelosantos@hotmail.com

Amanda Silva Arenhardt

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8044-8881>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: amanda.arenhardt@gmail.com

Amanda Maria de Almeida Moreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8328-7048>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: moreiramanda27@gmail.com

Hilton José Vaz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3586-3434>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: hilton_vaz@hotmail.com

Mussadiq Hussan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5348-510X>

Universidade Federal do Pará, Brasil

E-mail: maqpoon483@gmail.com

Karollyne Quaresma Mourão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6242-1965>

Universidade do Estado do Pará, Brasil

E-mail: karollynemourao@hotmail.com

Kellyne Quaresma Mourão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3323-7613>

Faculdade Cosmopolita, Brasil

E-mail: karollynemourao@hotmail.com

Fabiane de Jesus Monteiro Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6687-6465>

Secretaria de Saúde do Estado do Amapá, Brasil

E-mail: fabianemonteiro@bol.com.br

Rosa de Fatima Freitas Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5921-8077>

Secretaria de Saúde do Estado do Pará, Brasil

E-mail: rosaffcarvalho@hotmail.com.br

Resumo

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, de caráter sistêmico, e quando não tratada precocemente, pode evoluir para um quadro crônico com sequelas irreversíveis, podendo ser transmitida por via sexual, vertical e raramente via transfusão sanguínea. É classificada como sífilis congênita e adquirida.

Objetivo: O objetivo do estudo é fazer uma análise epidemiológica da sífilis congênita no Estado do Amapá no período de 2016 a 2018. **Metodologia:** A metodologia consiste em um estudo do tipo retrospectivo, com abordagem quantitativa em relação a sífilis congênita no Estado do Amapá. Foi utilizado como fonte de dados secundários o Sistema de Informação do SUS - DATASUS, considerando os casos de sífilis congênita notificados de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018. **Resultados:** Os resultados analisados em relação a sífilis congênita nos municípios do Estado do Amapá, no período de 2016 a 2018, demonstraram que foram notificados 214 casos da doença, sendo os municípios de Macapá 70% (150) e Santana 15% (32), são os que mais contribuem. **Conclusão:** Conclui-se que a sífilis congênita é uma doença cujo manejo deve envolver os profissionais da saúde e o casal na prevenção e tratamento da doença. Haja vista que este estudo demonstrou a necessidade de maior adesão

do parceiro no tratamento da sífilis e uma maior sensibilização nas consultas de pré-natal, a fim de fortalecer a participação da mulher e do homem na rotina do pré-natal, principalmente, no 1º e 2º trimestre, de forma a realizar um diagnóstico precoce da doença e impactar na redução dos casos de sífilis congênita no Estado.

Palavras chaves: Sífilis congênita; Diagnóstico precoce; Infectologia.

Abstract

Syphilis is a sexually transmitted disease, caused by the bacterium *Treponema Pallidum*, of a systemic character, and when not treated early, it can develop into a chronic condition with irreversible sequelae, which can be transmitted sexually, vertically and rarely via blood transfusion. It is classified as congenital and acquired syphilis. **Objective:** The objective of the study is to carry out an epidemiological analysis of congenital syphilis in the State of Amapá from 2016 to 2018. **Methodology:** Retrospective study, with a quantitative approach in relation to congenital syphilis in the State of Amapá. The SUS Information System - DATASUS was used as a secondary data source, considering the cases of congenital syphilis notified from January 1, 2016 to December 31, 2018. **Results:** The results analyzed in relation to congenital syphilis in the municipalities of the State from Amapá, in the period from 2016 to 2018, showed that 214 cases of the disease were reported, with the municipalities of Macapá 70% (150) and Santana 15% (32), being the ones that contribute the most. **Conclusion:** The study concluded that congenital syphilis is a disease that health professionals and the couple must involve in the prevention and treatment of the disease. Bearing in mind that this study demonstrated the need for greater partner adherence in the treatment of syphilis and greater awareness in prenatal consultations, in order to strengthen the participation of women and men in the prenatal routine, especially in the 1st and 2nd trimester, seeking to make an early diagnosis of the disease, aiming to impact the reduction of cases of congenital syphilis in the State.

Key words: Congenital syphilis; Early diagnosis; Treatment.

Resumen

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, causada por la bacteria *Treponema Pallidum*, de carácter sistémico, y cuando no se trata temprano, puede convertirse en una condición crónica con secuelas irreversibles, que pueden transmitirse sexualmente, verticalmente y rara vez a través de una transfusión de sangre. Se clasifica como sífilis congénita y adquirida. **Objetivo:** El objetivo del estudio es realizar un análisis epidemiológico

de la sífilis congénita en el estado de Amapá de 2016 a 2018. **Metodología:** estudio retrospectivo, con un enfoque cuantitativo en relación con la sífilis congénita en el estado de Amapá. El Sistema de Información SUS - DATASUS se utilizó como fuente de datos secundaria, considerando los casos de sífilis congénita notificada del 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018. **Resultados:** Los resultados analizados en relación con la sífilis congénita en los municipios del Estado de Amapá, en el período de 2016 a 2018, mostró que se reportaron 214 casos de la enfermedad, siendo los municipios de Macapá 70% (150) y Santana 15% (32), los que más contribuyeron. **Conclusión:** El estudio concluyó que la sífilis congénita es una enfermedad que los profesionales de la salud y la pareja deben involucrar en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Teniendo en cuenta que este estudio demostró la necesidad de una mayor adherencia de la pareja en el tratamiento de la sífilis y una mayor conciencia en las consultas prenatales, a fin de fortalecer la participación de mujeres y hombres en la rutina prenatal, especialmente en el primer y 2do trimestre, buscando hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad, con el objetivo de impactar la reducción de casos de sífilis congénita en el Estado.

Palabras clave: Sífilis congénita; Diagnóstico precoz; Tratamiento.

1. Introdução

No mundo surgem, diariamente, mais de 1 milhão de casos novos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) curáveis na população entre 15 e 49 anos, isso significa um aumento anual de 376 milhões de novas infecções por clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis (Rowley, et al., 2019). Essas ISTs impactam de forma profunda a saúde de crianças quando não diagnosticadas e tratadas precocemente.

Dentre essas ISTs, a sífilis se destaca com 6,3 milhões de casos no mundo de 2009 a 2016 (Brasil, 2019). A. É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, de abrangência mundial e caráter sistêmico, e quando não tratada precocemente, pode evoluir para um quadro crônico com sequelas irreversíveis, podendo ser transmitida por via sexual e vertical, raramente via transfusão sanguínea (Costa, et al., 2017). É classificada como sífilis congênita e adquirida, a sífilis congênita (SC) corresponde à infecção do feto pelo agente etiológico, sendo transmitida por via transplacentária em qualquer momento da gestação, independentemente do estágio clínico da doença na gestante (Andrade et al., 2018).

Em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que mais de 900 mil mulheres grávidas estavam infectadas com sífilis no mundo (WHO, 2017). No Brasil, de 2010

a 2018, foram notificados 324.321 casos de sífilis materna e 214.891 casos de sífilis congênita, sendo observado que a taxa nacional de incidência de SC passou de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou cerca de 6 vezes; tal elevação pode estar associada a uma maior testagem, relação sexual desprotegida, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica e desabastecimento de penicilina (Brasil, 2019).

A região Norte do país é responsável por 8,11% dos casos de sífilis materna e 5,7% dos casos de sífilis congênita nacionais (Brasil, 2020). O Amapá está localizado na região Norte do Brasil, e tem uma estimativa para 2019 de 845.731 habitantes, seu índice de desenvolvimento humano é 0,708 (12^a posição) e possui uma média de rendimento mensal domiciliar per capita de 880 reais (IBGE, 2017). No Estado do Amapá, foram notificados 273 casos de sífilis em gestantes e 420 de sífilis congênita em 2018 (Brasil, 2020).

A transmissão da sífilis da mãe para o feto ocorre em qualquer fase gestacional, em decorrência principalmente da sífilis materna não tratada ou tratada inadequadamente, e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade, ou sífilis congênita (Brasil, 2018).

Na gestação, o rastreio da infecção pelo *T. pallidum* deve ser feito com VDRL no 1^o e 3^o trimestres em paciente sem infecção pelo HIV, no momento do parto, e em qualquer gestante que der origem a um natimorto com mais de 20 semanas gestacionais. Os testes não treponêmicos e VDRL são úteis para o rastreamento em áreas de alta prevalência de sífilis e para monitorizar resposta ao tratamento clínico. Se a gestante não for diagnosticada e tratada corretamente a transmissão pode ocorrer com a maior chance de contágio na fase recente da infecção, sendo de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (Costa, et al., 2017).

Uma das principais medidas de controle da SC realizadas por profissionais de saúde é a oferta de uma assistência pré-natal adequada, com consultas periódicas e rastreamento da doença com o exame VDRL. Além de triagem sorológica da mãe na admissão da maternidade, visando realizar a detecção de quadro de reinfecção, necessitando realizar uma abordagem terapêutica na mãe, parceiro e da criança (Mororó, et al., 2015).

O diagnóstico e tratamento oportuno são eficazes e diminuem a transmissão vertical em até 97%, mas dependerá dos casos notificados; da capacidade de intervenção dos serviços, em identificar e tratar adequadamente as gestantes e seus parceiros, além do monitoramento dos casos de sífilis congênita nas maternidades. Vale ressaltar que um número baixo de casos de sífilis congênita não indica necessariamente um bom programa de controle da transmissão

vertical, haja vista que a SC pode estar ocorrendo, mas não notificadas. Entretanto, um número elevado pode indicar falhas no processo assistencial (Domingues & Leal, 2016).

Assim, este trabalho teve o objetivo de analisar o panorama epidemiológico da sífilis congênita no Estado do Amapá no período de 2016 a 2018. Diante da relevância do tema para a saúde pública, foi essencial se fazer este estudo a fim de caracterizar a situação atual, e permitir avaliar o perfil epidemiológico desta doença no estado para o direcionamento de ações de prevenção à saúde da gestante e da criança.

2. Metodologia

Realizou-se um estudo do tipo retrospectivo, com abordagem quantitativa, com o propósito de fazer análise epidemiológica da Sífilis congênita no Estado do Amapá no período de 2016 a 2018.

O local de estudo foi o estado do Amapá, situado na região Norte do Brasil, limitado a oeste e sul pelo estado do Pará, a norte pelo país Guiana Francesa, a nordeste pelo oceano atlântico, a leste pela foz do Rio Amazonas e pelo Suriname a noroeste. Possui uma população estimada de 845.731 pessoas, sendo formado por 16 municípios (IBGE, 2017). Esses Municípios oferecem diversos serviços na área da atenção básica, dentro de cada programa, como: consulta de pré-natal, Hiperdia, tuberculose, Vacinação e outros.

Foi utilizado como fonte de dados secundários o Sistema de Informação do SUS-DATASUS, considerando os casos notificados de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018, este período se deve a adoção da estratégia 2016-2021 da OMS para redução de ISTs, assim como é o mais recente e completo. Para critério de inclusão dos municípios, devem apresentar casos notificados da doença no período em estudo e foram excluídas cidades que não tivessem nenhum caso ou dados ignorados ou em branco.

Para análise deste estudo, adotou-se determinadas variáveis, sendo: município de residência, a faixa etária; pré-natal, tratamento de parceiro, diagnósticos e escolaridade. Os dados estatísticos foram trabalhados nos programas Word e Excel, as informações foram dispostas em tabelas e analisados em números e percentuais.

3. Resultados

Segundo os resultados analisados em relação a sífilis congênita nos municípios do Estado do Amapá, no período de 2016 a 2018, foram notificados 214 casos da doença em 13 municípios do estado, sendo que 03 (Pracuúba, Pedra Branca do Amaparí e Vitória do Jarí) não apresentaram casos ou foram subnotificados, de acordo com o apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Casos notificados de sífilis congênita por ano, segundo municípios de residência, Amapá, 2016 a 2018.

| Município | Ano | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | Total | |
| | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) |
| 1. Amapá | 00 | 00 | 00 | 00 | 02 | 3,00 | 02 | 0,93 |
| 2. Calçoene | 01 | 1,43 | 02 | 2,60 | 00 | 00 | 03 | 1,40 |
| 3. Cutias | 01 | 1,43 | 01 | 1,30 | 00 | 00 | 02 | 0,93 |
| 4. Ferreira Gomes | 00 | 00 | 01 | 1,30 | 01 | 1,50 | 02 | 0,93 |
| 5. Itaubal | 01 | 1,43 | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 | 0,50 |
| 6. Laranjal do Jari | 03 | 4,28 | 04 | 5,20 | 03 | 4,50 | 10 | 4,68 |
| 7. Macapá | 59 | 84,25 | 52 | 67,50 | 39 | 58,20 | 150 | 70,00 |
| 8. Mazagão | 00 | 00 | 01 | 1,30 | 01 | 1,50 | 02 | 0,93 |
| 9. Oiapoque | 01 | 1,43 | 00 | 00 | 02 | 3,00 | 03 | 1,40 |
| 10. Porto Grande | 01 | 1,43 | 02 | 2,60 | 00 | 00 | 03 | 1,40 |
| 11. Santana | 03 | 4,28 | 12 | 15,60 | 17 | 25,30 | 32 | 15,00 |
| 12. Serra do Navio | 00 | 00 | 01 | 1,30 | 00 | 00 | 01 | 0,50 |
| 13. Tartarugalzinho | 00 | 00 | 01 | 1,30 | 02 | 3,00 | 03 | 1,40 |
| Total | 70 | 100 | 77 | 100 | 67 | 100 | 214 | 100 |

Nota. Fonte: Recuperado de “Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/DATASUS”.

Entre os anos de 2016 e 2018, os municípios que mais contribuíram em percentuais para sífilis congênita foram: Macapá 70% (150) e Santana 15% (32), representando 85%.

É relevante observar na tabela acima, que as cidades que mais notificaram casos de sífilis congênita foram as com maiores estruturas de saúde primária e de alta complexidade, sendo elas Macapá e Santana. Este fato pode estar associado a uma maior cobertura das consultas de pré-natal e por realizarem um maior número de partos nestes municípios.

Em consonância, os menores índices de notificação estão entre as cidades com menor número de habitantes e também menor acesso a saúde, destacando-se Ferreira Gomes, Itaubal, Serra do Navio e Tartarugalzinho. Contata – se nos dados apresentados que das mulheres que

tiveram crianças com sífilis no período de 2016 a 2018, 32 (15%) não realizaram consulta de pré-natal, enquanto que 164 (76,6%) realizaram consultas, sendo mais expressivo o número de consultas em 2017, representando 81,8% neste ano, conforme a Tabela 2.

Tabela 2: Pré-natal realizado pela gestante nos casos confirmados de sífilis congênita de acordo com o ano do diagnóstico, Amapá, 2016 a 2018.

| Realização do Pré - natal | Ano do diagnóstico | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | Total | |
| | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) |
| Ign/Branco | 14 | 20,00 | 03 | 3,90 | 01 | 1,50 | 18 | 8,40 |
| Sim | 48 | 68,60 | 63 | 81,80 | 53 | 79,00 | 164 | 76,60 |
| Não | 08 | 11,40 | 11 | 14,30 | 13 | 19,50 | 32 | 15,00 |
| Total | 70 | 100 | 77 | 100 | 67 | 100 | 214 | 100 |

Nota. Fonte: Recuperado de “Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/DATASUS”.

No que tange ao tratamento do parceiro, no período de 2016 a 2018, 65% (139) dos parceiros não realizaram tratamento para sífilis e apenas 9,3 % (20) realizaram, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3: Tratamento de Parceiros com sífilis, de acordo como o ano do diagnóstico, Amapá, 2016 a 2018.

| Tratamento do parceiro | Ano do diagnóstico | | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | Total | |
| | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) |
| Ign/ Branco | 34 | 48,60 | 10 | 13,00 | 11 | 16,40 | 55 | 25,70 |
| Sim | 10 | 14,40 | 04 | 5,20 | 6 | 9,00 | 20 | 9,30 |
| Não | 26 | 37,00 | 63 | 81,80 | 50 | 74,60 | 139 | 65,00 |
| Total | 70 | 100 | 77 | 100 | 67 | 100 | 214 | 100 |

Nota. Fonte: Recuperado de “Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/DATASUS”.

Vale ressaltar que no período de 2017 e 2018 foram mais críticos, uma vez que uma parcela expressiva dos parceiros não se tratou de forma adequada, sendo que 81,80% e 74,60%, respectivamente, dos companheiros não fizeram nenhum tipo de tratamento.

A tabela supracitada, demonstra que no período de 2016 a 2018, 25,7% (55) das informações referentes ao tratamento estavam ignoradas ou em branco, demonstrando falhas de preenchimento das fichas de notificação. Em relação ao diagnóstico da doença no período

de 2016 a 2018, percebe-se na Tabela 4 que 39,8% dos casos de sífilis materna foram identificados durante o pré-natal e 34,7% no momento do parto ou durante a curetagem.

Tabela 4: Período do diagnóstico da sífilis materna, de acordo com o ano, Amapá, 2016 a 2018.

| Diagnóstico da sífilis materna | Ano | | | | | | | |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | | 2017 | | 2018 | | Total | |
| | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) | f (x) | f (%) |
| Ign/Branco | 04 | 5,70 | 07 | 9,00 | 02 | 3,00 | 13 | 6,00 |
| Durante o pré-natal | 28 | 40,00 | 28 | 36,40 | 29 | 43,00 | 85 | 39,80 |
| No parto/curetagem | 30 | 42,90 | 28 | 36,40 | 16 | 24,00 | 74 | 34,70 |
| Após o parto | 08 | 11,40 | 14 | 18,20 | 19 | 28,50 | 41 | 19,00 |
| Não realizado | 00 | 00 | 00 | 00 | 01 | 1,50 | 01 | 0,50 |
| Total | 70 | 100 | 77 | 100 | 67 | 100 | 214 | 100 |

Nota. Fonte: Recuperado de “Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/DATASUS”.

Isso mostra a necessidade de fortalecer o diagnóstico precoce da doença na atenção primária, tanto no período gestacional ou após, sendo mais relevante durante as consultas de pré-natal com tratamento adequado do casal.

Ao se analisar o grau de instrução das mulheres que geraram crianças com sífilis, percebe-se que 41,7% (88) possui até o ensino fundamental completo e 38,85% (82) o ensino médio completo e incompleto e, apenas 3,3% (07) educação superior completa e incompleto, também houve falha de preenchimento no item Ign/Branco com 15,2%, segundo a Tabela 5.

Tabela 5: Escolaridade de mulheres que geraram crianças com sífilis congênitas, segundo o ano do diagnóstico, Amapá, 2016 – 2018.

| Escolaridade materna | 2016 - 2018 | |
|---|-------------|-------|
| | f (x) | f (%) |
| Ign/Branco | 32 | 15,20 |
| Analfabeto | 02 | 0,95 |
| Até o Ensino fundamental completo | 88 | 41,70 |
| Ensino médio completo e incompleto | 82 | 38,85 |
| Educação superior completa e incompleto | 07 | 3,30 |
| Total | 211 | 100% |

Nota. Fonte: Recuperado de “Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação/DATASUS”.

A tabela acima retrata um dado preocupante, pois uma parcela expressiva das mulheres apresenta pouco grau de instrução, podendo dificultar a realização de ações de educação em saúde para compreensão da doença e favorecendo o ciclo da doença.

4. Discussão

A sífilis é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, que deve ser tratada logo para que não gere consequências irreversíveis. Em caso de transmissão vertical, a infecção do feto acarreta o desenvolvimento da sífilis congênita. Além de ser um agravo de saúde pública, a sífilis congênita é responsável por altas taxas de morbimortalidade, perfazendo até 40% de taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal (Brasil, 2015).

Mesmo sendo uma doença conhecida a séculos e com diagnóstico e tratamento estabelecidos, ainda é considerada um problema de saúde pública, em grande parte pela falha em atingir uma meta de redução da sua incidência na América Latina. Isso denota a necessidade de maior detecção para controlar a infecção (Andrade, et al., 2018).

Em 2016, houveram 14.838 casos de sífilis em mulheres nos Estados Unidos, dentre as quais 16,9% estavam grávidas, com um quantitativo de 638 casos notificados de sífilis congênita no país; dentre elas, 32% não tinha nenhum registro de atendimento pré-natal com pelo menos 30 dias de antecedência ao parto (Kidd, et al., 2018).

No Brasil, o quantitativo de casos de sífilis congênita no Brasil segue em crescimento e é preocupante: no período de estudo, de 2016 a 2018 foram 72.406 casos da doença, 658 óbitos de menores de 1 ano por SC e aumento de 23% do número de casos (Brasil, 2020). Esse aumento a nível nacional pode também ser observado, nas suas devidas proporções, nos dados obtidos no Amapá, quando se analisa a tabela 1 e verifica-se que os casos de 2018 sofreram acréscimo de 205% em relação aos do ano de 2010.

Essa expressiva mudança é consecutiva à medida adotada pela Assembleia Mundial de Saúde em 2016, a estratégia 2016-2021, cujo principal objetivo é a redução das incidências de sífilis e gonorreia através de metas, além de recomendar a investigação das taxas de incidência de ISTs no mundo todo (WHO, 2016). A preocupação com a sífilis se evidenciou ainda em 2007, quando foram publicadas estimativas prevendo o surgimento de mais de 2 milhões de casos de sífilis materna e 1.5 milhão de SC por ano no mundo, sem tratamento, o que resultou na adoção de medidas e políticas públicas para a erradicação da transmissão vertical de sífilis (Schmid, et al., 2007). Além disso, foi no ano de 2010 por meio da portaria

nº 2.472 que foi instituída a notificação compulsória da sífilis no Brasil (Brasil, 2019). O aumento da notificação, do registro dos dados de incidência ajudam a explicar o salto numérico de casos dentro dos últimos 10 anos, mas também está relacionado com aspectos culturais da sociedade.

Em estudo multicêntrico nacional foi observado em homens de 10 cidades brasileiras a irregularidade no uso de preservativo (62.5% dos entrevistados), acima da média nacional de 36,5% (Guimarães, et al., 2013). Gestantes diagnosticadas com sífilis no estado do Ceará se correlacionam aos dados anteriores, em pesquisa que relata os entraves na prevenção de ISTs em virtude dos depoimentos de relação sexual sem preservativo por recusa do parceiro ou de ambos (Silva, 2015). Sendo o uso do preservativo o cerne da prevenção de ISTs, percebe-se a influência da banalização do uso irregular do mesmo na falha do controle da incidência da SC no Brasil e no estado do Amapá.

Mediante o entrave cultural mencionado, a principal ferramenta para o diagnóstico precoce de casos de sífilis materna é proporcionar uma assistência pré-natal adequada, a partir de consultas periódicas e rastreamento da doença com o exame Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e o teste rápido (treponêmico) no primeiro e terceiro trimestres de gestação no pré-natal e na ocasião da internação para o parto ou curetagem, e o tratamento com a penicilina G benzatina (Mororó, et al., 2015). Tal informação é corroborada quando se observa que 15% das mães de crianças com SC não realizaram o pré-natal nos anos estudados no estado do Amapá.

Uma pesquisa realizada em um município de Minas Gerais avaliou variáveis relacionadas à incidência de SC, dentre elas o diagnóstico tardio em 62,4% dos casos analisados, sendo que só 43% das gestantes compareceram ao mínimo de 6 consultas e 21,5% não realizaram pré-natal (Lafetá, 2016). Apesar das diferenças regionais os resultados encontrados são semelhantes, e em uma publicação que relaciona as macrorregiões brasileiras com a prevalência de SC e cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), a região norte se destaca com a 2ª mais prevalente, e com a segunda pior cobertura de ESF (47% do território) dentre as demais regiões do país (Saraceni & Miranda, 2012).

Um pré-natal de qualidade está entre as garantias da Rede Cegonha, programa criado pelo Governo Federal que visa a humanização da assistência à mulher e à criança, o qual foi instituído em 2011 pelo artigo 1º da Portaria nº 1.459/GM/MS (Brasil, 2011). Ainda recente, é uma política pública que promoveu muitos avanços e melhorias no que tange à mortalidade materna e fetal, porém encontra barreiras na sua implementação completa, como a gestão local de qualidade (Nascimento, et al., 2018).

A importância do pré-natal de qualidade e sua contribuição no diagnóstico precoce podem ser analisadas quando se observa, que ainda com o aumento dos casos diagnosticados, uma importante parcela dos casos na gravidez, são tardios. No Brasil, apenas 24,8% das notificações foram feitas no primeiro trimestre de gestação e 67,6% a partir do segundo trimestre, revelando que além de consequências maternas existem muitos casos não tratados que irão afetar o neonato (Costa, et al., 2017). Pode-se perceber semelhante padrão no Amapá, em que apenas 39% dos casos de SC foram identificados durante o pré-natal.

Outro aspecto importante é que de 2017 a 2018 observa-se uma diminuição no número de casos de SC notificados no Amapá, de 77 para 67 casos. Porém um número diminuído não indica necessariamente um bom programa de controle da transmissão vertical, uma vez que casos de sífilis congênita podem estar ocorrendo e subnotificados (Domingues & Leal, 2016). Em 2014, 45 dos 79 casos de sífilis materna não foram notificados, o que pode estar relacionado ao preenchimento incorreto das fichas de notificação, bem como da falta de repasse dos registros das unidades notificadoras ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Tiago, et al., 2017). Isso demonstra que os dados obtidos do Amapá podem estar subestimados, o que interfere na visibilidade do problema e repasse de insumos para a adoção de políticas relacionadas ao controle da SC.

Conforme for feito o diagnóstico, o Ministério da Saúde recomenda o uso da penicilina no tratamento da sífilis materna durante a gestação, e ainda considera como atribuições da atenção básica o tratamento de gestantes diagnosticadas com sífilis e de seus parceiros sexuais (Brasil, 2015). No entanto, em estudo realizado no sudeste do Brasil pode se observar que equipes de saúde em alguns municípios não realizavam a administração de penicilina, possivelmente pelo temor dos profissionais da ocorrência de anafilaxia e à limitação em recursos disponíveis para atender os eventos de maior gravidade, mesmo que já seja comprovadamente segura a administração na atenção básica e os baixos índices de reações adversas (Figueiredo, et al., 2020).

No Amapá pode-se observar que mais da metade dos parceiros não foi tratada, e menos de 10% fizeram o tratamento. A relevância dessa informação se dá à medida que se constata que a elevação da transmissão materno-fetal e complicações se relacionam à baixa qualidade da assistência, incluindo falhas no tratamento da gestante e, principalmente, do parceiro. Sendo que estes são os únicos métodos viáveis e bastante acessíveis para se ter o declínio da incidência de SC (Costa, et al., 2017). Em relação a baixa adesão ao tratamento masculino para a sífilis, tem-se influencia da construção histórica das políticas de saúde que

sempre foram excludentes ao homem, e a visão que se atribuem a mulher a responsabilidade pelo cuidado (Campos, et al 2012 apud Mascarenhas, Araujo & Gramacho, 2016).

Por fim, fatores de origem social como a baixa escolaridade das mães têm um impacto direto na continuidade dos seguimentos da sífilis congênita e consequências na saúde das crianças. Das mães de crianças com SC no presente estudo no Amapá, mais de 40% tinham escolaridade que varia de ensino fundamental incompleto a completo. Tem sido descrita a necessidade de uma maior articulação e a adoção de estratégias desenvolvidas na atenção básica, seja no planejamento familiar com mulheres sexualmente ativas bem como no pré-natal (Mororó, et al., 2015).

Desta forma, monitorar a sífilis congênita desde atenção primária à saúde é o foco para reduzir os impactos sociais na gestação, além de minimizar os danos ao recém-nascido. Isso favorece a qualidade da assistência durante o período gravídico.

5. Considerações Finais

A Sífilis congênita é uma doença cujo manejo deve envolver os profissionais da saúde e o casal na prevenção e tratamento da doença. De modo que este estudo demonstrou a necessidade de maior adesão do parceiro no tratamento da sífilis e uma maior sensibilização nas consultas de pré-natal, a fim de fortalecer a participação da gestante bem como do parceiro, principalmente, no 1º e 2º trimestre. Dessa forma, poderá ser obtido um diagnóstico precoce da doença, e assim impactar na redução dos casos de sífilis congênita no Estado. Este estudo é relevante, pois permite revelar o cenário desta doença que contribui para complicações no período gravídicos, mas podem ser melhorados com outros trabalhos que aborde complicações.

Referências

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, São Paulo, 36 (3), 376-381*. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00011>

Brasil (2011). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Retrieved May 18, 2020, from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Brasil. (2015). Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Retrieved August 07, 2019, from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_CP.pdf

Brasil. (2018). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Retrieved May 18, 2020, from: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf

Brasil. (2019). Boletim Epidemiológico: Sífilis 2019. Ministério da Saúde. Retrieved April 04, 2020, from <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>

Brasil. (2020). Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. Retrieved May 18, 2020, from <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

Costa, C. V., Santos, I. A. B., Silva, J. M., Barcelos, T. F., & Guerra, H. S. (2017). Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 46 (3): 194 - 202. Retrieved May 18, from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191>

Domingues, R. M. S. M., & Leal, M. C. (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 32 (6). Retrieved from <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>

Figueiredo, D. C. M. M. D., Figueiredo, A. M. D., Souza, T. K. B. D., Tavares, G., & Vianna, R. P. D. T. (2020). Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3). Retrieved from <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074519>

Guimarães, M. D. C., Ceccato, M. G. B., Gomes, R. R. F. M., Rocha, G. M., Camelo, L.V., Carmo, R. A., Acurcio, F. A. (2013). Vulnerability and factors associated with HIV and syphilis among men who have sex with men, Belo Horizonte, MG. doi: 10.5935/2238-3182.20130067

IBGE. (2017) Amapá. Retrieved May 18 2020, from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>

Kidd, S., Bowen, V. B., Torrone, E. A., & Bolan, G. (2018). Use of national syphilis surveillance data to develop a congenital syphilis prevention cascade and estimate the number of potential congenital syphilis cases averted. *Sexually transmitted diseases*, 45(9), S23. doi:10.1097/OLQ.0000000000000838

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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>

Mascarenhas, L. E. F., Araujo, M. S.S., R. C. C. V. Desafios no tratamento da sífilis gestacional. *Repositório Institucional - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública*. Retrieved May 18, from <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/735>

Mororó, R. M., Lima, V. C., Frota, M. V. V., Linhares, M. S. C., Ribeiro, S. M., & Martins, M. A. (2015). A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. *Revista saúde*, 11 (3), 291 - 302. Retrieved from <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/369/299>

Nascimento, J. S., da Silva, M. R., Oliveira, E. C. T., & Monte, G. C. S. B. (2018). Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 3(1), 694-709. Retrieved May 18, 2020, from <http://200.17.114.107/index.php/nuspfamed/article/view/4241/4532>

Rowley, J., Vander Hoorn, S., Korenromp, E., Low, N., Unemo, M., Abu-Raddad, L. J., ... & Thwin, S. S. (2019). Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence

and incidence estimates, 2016. Bulletin of the World Health Organization, 97(8), 548. Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.228486>

Silva, A. M., Sousa, J. C., Albuquerque, S., Moreira, C. A., & Martins, M. C. (2015). Feelings of pregnant women diagnosed with syphilis/Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis/Los sentimientos de las mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis. Revista de Enfermagem da UFPI, 4(2), 84-91. Retrieved May 18, 2020, from <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3336/pdf>

Saraceni, V., & Miranda, A. E. (2012). Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Cadernos de Saúde Pública, 28(3), 490-496. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300009>

Schmid, G. P., Stoner, B. P., Hawkes, S., & Broutet, N. (2007). The need and plan for global elimination of congenital syphilis. Sexually transmitted diseases, 34(7), S5-S10. doi: 10.1097/01.olq.0000261456.09797.1b

Tiago, Z. D. S., Picoli, R. P., Graeff, S. V. B., Cunha, R. V. D., & Arantes, R. (2017). Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 26, 503-512. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300008>

World Health Organization. (2016) Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Retrieved May 18, 2020, from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>.

World Health Organization. (2017). Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Retrieved May 18, 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Lidiane Assunção de Vasconcelos– 15%

José Natanael Gama dos Santos -15%

Hilton José Vaz – 10%

Amanda Silva Arenhardt – 10%

Amanda Maria de Almeida Moreira – 10%

Karollyne Quaresma Mourão– 10%

Kellyne Quaresma Mourão– 10%

Fabiane de Jesus Monteiro Teixeira-10%

Rosa de Fatima Freitas Carvalho– 10%