

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS, FARMACÊUTICAS E BIOMÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NA CIDADE DE
GOIÂNIA, GOIÁS, BRASIL (2009–2018)**

ACADÊMICAS: Lara Nascimento Machado
Marcela Diniz Rassi Rincon

ORIENTADOR: Prof. Dr. Rogério José de Almeida

Goiânia, outubro de 2020

Análise epidemiológica da sífilis gestacional e congênita na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil (2009–2018)

Epidemiological analysis of gestational and congenital syphilis in the city of Goiania, Goiás, Brazil (2009–2018)

Análisis epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en la ciudad de Goiânia, Goiás, Brasil (2009-2018)

Marcela Diniz Rassi Rincon¹, Lara Nascimento Machado¹, Rogério José de Almeida³

¹ Graduated in Medicine by Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

³ Doutor em Sociologia e Pós-Doutorando em Ciências da Saúde. Professor do Curso de Medicina e do Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Orcid.org/0000-0002-2150-6057. E-mail: rogeriopucgo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos casos de sífilis gestacional e congênita em Goiânia/GO, no período de 2009-2018. **Métodos:** Estudo analítico retrospectivo quantitativo, observacional e comparativo, realizado através de dados secundários do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. A amostra do estudo foi composta de tal forma para representar uma série histórica dos casos notificados. Para a estatística inferencial foi aplicado o teste de G de associação, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Houve aumento progressivo dos casos de sífilis gestacional de 2009 a 2017, com exceção do ano de 2015. A respeito da sífilis congênita, observou-se aumento progressivo de 2013 a 2017 e queda em 2018. No que se refere à sífilis gestacional, observou-se inversão no padrão de prevalência por faixa etária, com aumento significativo na faixa etária 15 a 19 anos e redução na faixa de 30 a 39 anos ($p < 0,0001$). Acerca da classificação clínica da sífilis gestacional, houve aumento casos de sífilis secundária ($p < 0,0001$) e queda nos casos de sífilis primária quando comparado os cinco primeiros anos com os cinco últimos. Sobre o momento em que foi feito o diagnóstico da sífilis materna, que resultou em sífilis congênita, ocorreu redução de diagnósticos no momento do parto ($p = 0,0399$) e aumento da detecção de casos no pré-natal ($p = 0,0399$). Acerca do tratamento materno da sífilis, observou-se aumento significativo de mães tratadas inadequadamente ($p < 0,0001$). **Conclusão:** Os dados apresentados de sífilis gestacional e congênita em Goiânia evidenciam um crescente aumento dos casos. Houve alteração do padrão epidemiológico da sífilis gestacional dos últimos cinco anos em relação à idade e à classificação da doença. Já a sífilis congênita houve alteração nos últimos cinco anos no diagnóstico e no tratamento.

Palavras-Chave: Sífilis Gestacional; Sífilis Congênita; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological and sociodemographic profile of cases of gestational and congenital syphilis in Goiânia / GO, in the period 2009-2018. **Methods:** Retrospective quantitative, observational and comparative analytical study, carried out using secondary data from the Department of Chronic Conditions and Sexually Transmitted Infections of the Health Surveillance Secretariat of the Ministry of Health. The study sample was composed in such a way as to represent a historical series of notified cases. For inferential statistics, the association G test was applied, with a significance level of 5% ($p \leq 0.05$). **Results:** There was a progressive increase in cases of gestational syphilis from 2009 to 2017, with the exception of 2015. Regarding congenital syphilis, there was a progressive increase from 2013 to 2017 and a reduction in 2018. With regard to syphilis gestational age, an inversion in the prevalence pattern by age group was observed, with a significant increase in the age group 15 to 19 years and a reduction in the age range 30 to 39 years ($p < 0.0001$). In respect of the clinical classification of gestational syphilis, there was an increase in cases of secondary syphilis ($p < 0.0001$) and a decrease in cases of primary syphilis when compared to the first five years with the last five. About the moment when the diagnosis of maternal syphilis was made, which resulted in congenital syphilis, there was a reduction in diagnoses at the time of delivery ($p = 0.0399$) and an increase in the detection of cases in prenatal care ($p = 0.0399$). Concerning the maternal treatment of syphilis, there was a significant increase in mothers treated inadequately ($p < 0.0001$). **Conclusion:** The data presented for gestational and congenital syphilis in Goiânia show an increasing number of cases. There was a change in the epidemiological pattern of gestational syphilis in the last five years in relation to age and disease classification. Congenital syphilis, on the other hand, has changed in the last five years in diagnosis and treatment.

Keywords: Gestational syphilis; Congenital syphilis; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico y sociodemográfico de los casos de sífilis gestacional y congénita en Goiânia / GO, en el período 2009-2018. **Métodos:** Estudio retrospectivo cuantitativo, observacional y analítico comparativo, realizado con datos secundarios del Departamento de Enfermedades Crónicas e Infecciones de Transmisión Sexual de la Secretaría de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud. La muestra del estudio se compuso de manera que representara un serie histórica de casos notificados. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de asociación G, con un nivel de significancia del 5% ($p \leq 0.05$). **Resultados:** Hubo un aumento progresivo de casos de sífilis gestacional de 2009 a 2017, con excepción de 2015. En cuanto a la sífilis congénita, hubo un aumento progresivo de 2013 a 2017 y una caída en 2018. En cuanto a la sífilis edad gestacional, se observó una inversión en el patrón de prevalencia por grupo de edad, con un aumento significativo en el grupo de edad de 15 a 19 años y una reducción en el rango de edad de 30 a 39 años ($p < 0,0001$). En cuanto a la clasificación clínica de la sífilis gestacional, hubo un aumento de los casos de sífilis secundaria ($p < 0,0001$) y una disminución de los casos de sífilis primaria en comparación con los primeros cinco años con los últimos cinco. Sobre el momento en que se hizo el diagnóstico de sífilis materna, que resultó en sífilis congénita, hubo una reducción en los diagnósticos al momento del parto ($p = 0.0399$) y un aumento en la detección de casos en atención prenatal ($p = 0.0399$). En cuanto al tratamiento materno de la sífilis, hubo un aumento significativo de madres tratadas inadecuadamente ($p < 0,0001$). **Conclusión:** Los datos presentados para la sífilis gestacional y congénita en Goiânia muestran un número creciente de casos. Hubo un cambio en el patrón epidemiológico de la sífilis gestacional en los últimos cinco años en relación a la clasificación de edad y enfermedad. La sífilis congénita, por otro lado, ha cambiado en los últimos cinco años en el diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Sífilis gestacional; Sífilis congénita; Epidemiología.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) têm um profundo impacto na saúde sexual e reprodutiva em todo o mundo. Mais de um milhão de ISTs ocorrem todos os dias. Cada ano, estima-se que 376 milhões de infecções ocorram com uma das quatro ISTs curáveis: clamídia, gonorreia, sífilis e tricomôníase. As ISTs podem ter sérias consequências além do impacto imediato da própria infecção¹.

Nesse cenário destaca-se a sífilis, a IST de maior prevalência no Brasil, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e que apresenta as formas adquirida, congênita e gestacional². Estimava-se cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis diagnosticados e, desses, 1,5 milhões sendo encontrados em gestantes³.

Define-se um caso de sífilis na gestação como sendo toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo sem resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem. Esta infecção apresenta elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30% a 100% sem tratamento ou com tratamento inadequado, resultando em sífilis congênita⁴. A transmissão vertical é a sua principal forma de transmissão, predominando pela via placentária, ou no momento do parto caso existam lesões ativas.

Ao contrário de muitas infecções neonatais, a sífilis congênita insere-se no quadro de causa perinatal evitável, podendo ser controlada mediante diagnóstico e tratamento efetivos na gestação, durante acompanhamento de pré-natal⁵. É uma doença que, além de revelar as condições precárias da assistência à saúde materna e infantil do país, é considerada problema de saúde pública⁶.

A infecção congênita está associada a resultados adversos, incluindo: morte perinatal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas, sífilis ativa no recém-nascido e sequelas a longo prazo, como surdez e comprometimento neurológico⁷. A sífilis na gravidez leva a aproximadamente 200.000 mortes fetais e neonatais a cada ano e deixa mais de 150.000 crianças em risco aumentado de morrer de prematuridade, baixo peso ao nascer ou doença congênita¹.

O Brasil é signatário de compromissos internacionais para a eliminação da sífilis congênita desde 1992 e a notificação compulsória acontece desde 1986⁸. No entanto, no período de 2010 e 2018, a taxa de incidência de sífilis congênita aumentou 3,8 vezes, passando de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes aumentou 6,1 vezes, passando de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos. Em 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 62.599 casos de sífilis em gestantes; 26.219 casos de sífilis congênita; e 241 óbitos por sífilis congênita⁹.

A triagem para sífilis materna no início da gravidez e o tratamento imediato de mães soropositivas com Benzilpenicilina Benzatina intramuscular cura a sífilis na mãe e no bebê e evita a maioria das complicações associadas à transmissão de mãe para filho da sífilis³. Para que esse tratamento aconteça conforme protocolo, e para que todas as gestantes com sífilis sejam tratadas, devem ser garantidos: o acesso ao pré-natal mais amplo possível, com início precoce; acesso à detecção da sífilis na gestante o mais cedo possível, com a disponibilização dos testes rápidos nas unidades básicas; tratamento com a penicilina, iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde⁸.

Nessa perspectiva, os estudos epidemiológicos centrados em uma cidade são importantes para a gestão em saúde relacionado a este agravo. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi analisar o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos casos de sífilis congênita no município de Goiânia/GO, no período de 2009 a 2018.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo analítico retrospectivo com abordagem quantitativa, de caráter observacional e comparativo, através de dados secundários do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, de forma específica no site: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

A pesquisa foi realizada no mês dezembro de 2018 na base de dados do Ministério da saúde, que é de acesso público, disponível na íntegra, de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, referente às notificações de casos confirmados de Sífilis Gestacional e Congênita, bem como variáveis sociodemográficas associadas, da cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, da região Centro-Oeste do Brasil. A amostra do estudo foi composta de tal forma para representar uma série histórica dos casos notificados de Sífilis Gestacional e Congênita na cidade de Goiânia nos últimos 10 anos (2009-2018).

As variáveis de interesse para este estudo foram para os dados de sífilis congênita: casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico; casos de sífilis congênita segundo idade da criança, diagnóstico final, faixa etária e cor da mãe, informação sobre realização de pré-natal da mãe, o tratamento do parceiro, o momento do diagnóstico da sífilis materna e esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico.

Para os dados de sífilis gestacional, as variáveis analisadas foram: número de casos de sífilis gestacional por ano de diagnóstico; idade gestacional; faixa etária e cor da pele da mãe; classificação clínica.

Os dados coletados foram cuidadosamente revisados, codificados e digitados em um banco de dados, utilizando o aplicativo Microsoft Excel. Sendo apresentadas tabelas de

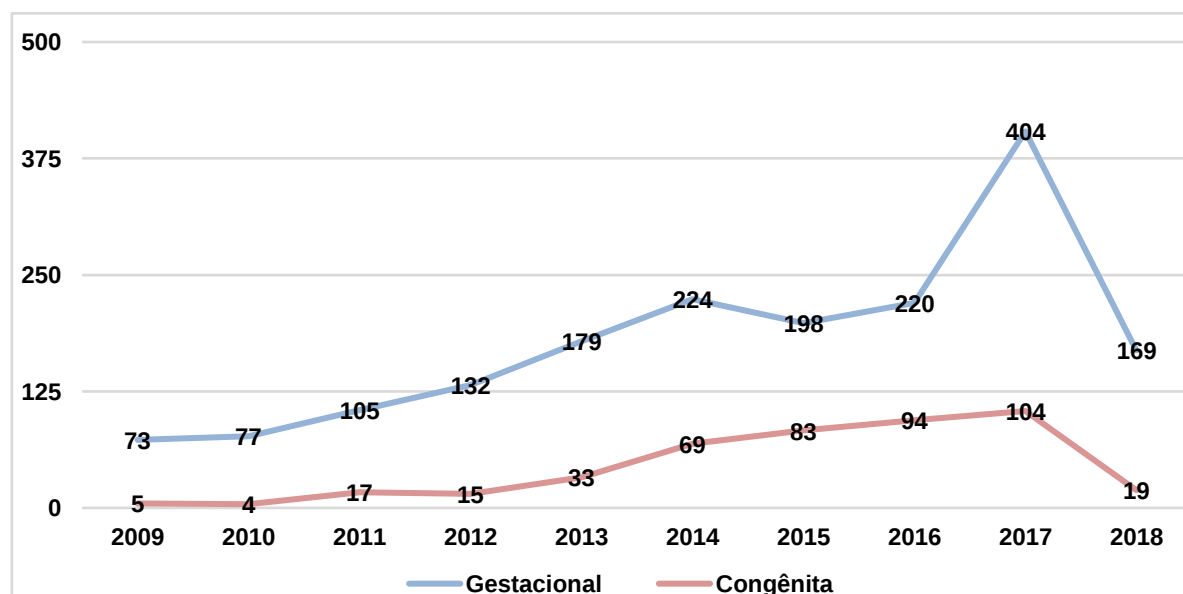
contingência e analisados por estatística descritiva e inferencial. Os valores das frequências absolutas e relativas percentuais foram calculadas para cada variável investigada e as comparações analisadas através de um pacote estatístico *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 23.0. Para a estatística inferencial foi aplicado o teste de G de associação, com o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

O número total de casos de sífilis gestacional, de 2009 a 2018, na cidade de Goiânia/GO foi de 1.781. O ano com o maior ocorrência foi 2017, com 404 casos, representando 22,7% do total. Notou-se aumento progressivo dos caso de 2009 a 2017, com exceção do ano de 2015, que apresentou 26 casos a menos que 2014. Observou-se, ainda, redução expressiva de sífilis gestacional no ano de 2018, o qual registrou 169 casos (9,5%), apresentando queda de 58,16% em relação a 2017. O maior aumento ocorreu do ano de 2016, que registrou 220 casos, para o ano de 2017. É importante ressaltar que os últimos três anos apresentaram frequência relativa acumulada de 44,60% (Figura 1).

A respeito da sífilis congênita, observou-se uma prevalência variável durante os anos de 2009 a 2012, com aumento progressivo de 2013 a 2017, e uma queda importante no ano de 2018. O número total de casos foi de 443, com o pico de prevalência em 2017, com 104 casos (23,50%), seguido pelo ano de 2016, com 94 casos (21,20%) (Figura 1).

Figura 1. Série histórica dos casos de sífilis gestacional e congênita na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2009-2018.



No que se refere à sífilis gestacional, observou-se que, durante os cinco primeiros anos da série histórica, 2009-2013, a faixa etária de mulheres entre 30 a 39 anos correspondeu a 24% do total de casos, enquanto a faixa etária de 15 a 19 anos correspondeu a 16,3%. Já nos últimos cinco anos, 2014-2018, ocorreu uma inversão nesse padrão, nos quais a faixa etária de 15 a 19 anos apresentou aumento significativo e passou a representar 26,4% do total, enquanto a faixa de 30 a 39 anos, representou 19,4% ($p<0,0001$). Além disso, os extremos de idade representaram a menor quantidade de casos de sífilis gestacional (Tabela 1).

Acerca da classificação clínica da sífilis durante a gestação, houve um aumento de 56,8% nos casos de sífilis secundária, que correspondia a 37,8% dos casos nos anos de 2009-2013, e passou a corresponder a 59,3% entre 2014-2018 ($p<0,0001$). Já a sífilis na sua forma primária, era encontrada em 21,7% dos casos nos primeiros cinco anos, e passou a ser diagnosticada em 5,8% dos casos nos últimos cinco anos ($p<0,0001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Análise comparativa entre os cinco primeiros e cinco últimos anos da série histórica dos casos de sífilis gestacional na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2009-2018.

Variáveis	2009-2013		2014-2018		p-valor
	n	f(%)	N	f(%)	
SÍFILIS GESTACIONAL					
Casos	566	31,8	1215	68,2	
Idade Gestacional					
1° Trimestre	89	15,7	214	17,6	
2° Trimestre	234	41,3	477	39,3	
3° Trimestre	188	33,2	470	38,7	0,1940
Ignorada	55	9,7	54	4,4	
Faixa Etária					
10 a 14 anos	10	1,8	13	1,1	
15 a 19 anos	92	16,3	321	26,4	
20 a 29 anos	307	54,2	625	51,4	
30 a 39 anos	136	24,0	236	19,4	
40 anos ou mais	21	3,7	20	1,6	<0.0001
Cor da Pele					
Branca	94	16,6	208	17,1	
Preta	54	9,5	95	7,8	
Amarela	3	0,5	12	1,0	
Parda	267	47,2	748	61,6	
Indígena	1	0,2	3	0,2	0,1015
Ignorada	147	26,0	149	12,3	
Classificação Clínica					

Sífilis Primária	123	21,7	70	5,8	
Sífilis Secundária	214	37,8	720	59,3	
Sífilis Terciária	28	4,9	163	13,4	
Sífilis Latente	52	9,2	195	16,0	<0.0001
Ignorado	149	26,3	67	5,5	

Sobre o momento em que foi feito o diagnóstico da sífilis materna, esta que resultou em sífilis congênita, pode-se perceber que, nos cinco anos iniciais, 16,2% dos casos eram diagnosticados somente após o parto, no entanto, nos cinco anos finais, ocorreu uma redução de diagnósticos nesse momento, passando para 8,7% ($p=0,0399$). A detecção de casos no pré-natal, nos anos de 2009-2013, correspondia a 48,6%, enquanto nos anos de 2014-2018 ocorreu aumento significativo da detecção nesse momento, passando a corresponder a 60,4% ($p=0,0399$). Acerca do tratamento materno da sífilis, observou-se que, comparativamente, nos anos de 2009-2013 e 2014-2018, ocorreu aumento significativo de mães tratadas de forma inadequada, passando de 54,1% para 85,6, respectivamente ($p<0,0001$). Além disso, ocorreu queda no número de mães com tratamento adequado, que representava 8,1% nos 5 primeiros anos, e passou a representar apenas 2,2% nos últimos 5 anos (Tabela 2).

Tabela 2. Análise comparativa entre os cinco primeiros e cinco últimos anos da série histórica dos casos de sífilis congênita na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, 2009-2018.

Variáveis	2009-2013		2014-2018		p-valor
	N	f(%)	n	f(%)	
SÍFILIS CONGÊNITA					
Casos	74	16,7	369	83,3	
Idade da Criança					
Menos de 7 dias	68	91,9	356	96,5	
7 a 27 dias	2	2,7	8	2,2	
28 a 364 dias	4	5,4	5	1,4	
2 a 4 anos	0	0,0	1	0,3	0,3601
Diagnóstico Final					
Sífilis congênita recente	74	100,0	358	97,0	
Sífilis congênita tardia	0	0,0	1	0,3	
Aborto por sífilis	0	0,0	2	0,5	
Natimorto por sífilis	0	0,0	9	2,4	0,2175
Faixa Etária da Mãe					
10 a 14 anos	2	2,7	3	0,8	
15 a 19 anos	11	14,9	89	24,1	

20 a 29 anos	40	54,1	178	48,2	
30 a 39 anos	15	20,3	53	14,4	
40 anos ou mais	2	2,7	4	1,1	0,1601
Ignorado	4	5,4	43	11,7	
Cor da Mãe					
Branca	17	23,0	62	16,8	
Preta	5	6,8	16	4,3	
Amarela	0	0,0	4	1,1	
Parda	40	54,1	195	52,8	0,4233
Ignorada	12	16,2	93	25,2	
Realização de pré-natal					
Sim	44	59,5	241	65,3	
Não	27	36,5	105	28,5	0,2107
Ignorado	3	4,1	24	6,5	
Diagnóstico da sífilis materna					
Durante o pré-natal	36	48,6	223	60,4	
No parto/curetagem	20	27,0	107	29,0	
Após o parto	12	16,2	32	8,7	
Não realizado	2	2,7	1	0,3	0,0399
Ignorado	4	5,4	7	1,9	
Tratamento materno					
Adequado	6	8,1	8	2,2	
Inadequado	40	54,1	316	85,6	
Não Realizado	17	23,0	33	8,9	<0.0001
Ignorado	11	14,9	13	3,5	
Parceiro tratado					
Sim	12	16,2	68	18,4	
Não	46	62,2	241	65,3	0,8227
Ignorado	16	21,6	61	16,5	

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou uma tendência de aumento tanto na taxa de detecção de sífilis em gestantes quanto na taxa de incidência de sífilis congênita. Esta tendência se repete no país como um todo⁹, apesar do compromisso de eliminação⁸. O crescimento do número de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita, sobretudo a partir de 2014, pode refletir uma ampliação das ações de diagnóstico da doença, uma vez que a disponibilização de teste rápido nas unidades da federação passou de 31.500 em 2011 para 3.156.410 em 2014¹⁰.

Consequentemente, o aumento da capacidade de realizar o diagnóstico resultou em aumento de casos notificados, além de apontar também para um aumento real do número de casos decorrentes da expansão das infecções sexualmente transmissíveis, crescimento este observado em diferentes regiões do mundo¹⁰. No entanto, os dados tornam-se preocupantes ao levar em consideração que apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% dos casos de sífilis congênita são notificados¹¹, revelando uma subnotificação, mesmo com o aumento observado. Assim, para controlar a reemergência da sífilis, deve-se investir em vigilância epidemiológica, visto que sem notificação dos casos suspeitos, não ocorre o diagnóstico e o tratamento em momento oportuno, o que tem como consequência o aumento do número de casos de sífilis congênita.

Evidenciou-se que, apesar da faixa etária de 20-29 anos ser a mais frequente nos dois períodos analisados, houve um aumento considerável no número de casos em mulheres de 15-19 anos. Este fato pode ser explicado pela maior vulnerabilidade das adolescentes, pois é um período de descobertas e uma fase de imaturidade emocional e cognitiva. Destaca-se que a relação sexual entre os adolescentes está cada vez mais precoce e desacompanhada do uso de contraceptivos tanto para evitar gestações não planejadas quanto para prevenir de infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, as adolescentes sofrem, constantemente, influências de grupos sociais, o que pode aumentar a prática do sexo não seguro e favorecer a ocorrência de IST¹².

Com relação à classificação clínica da sífilis gestacional, foi observado uma mudança de cenário nos períodos analisados. Em 2009-2013, predominava as formas de sífilis secundária (37,8%) e de sífilis primária (21,75). Já no período de 2014-2018, apesar da sífilis secundária se manter como a mais frequente (59,3%), houve uma redução da forma primária (5,8%) e um aumento da forma terciária (13,4%). Este fato é preocupante uma vez que evidencia que os casos estão sendo diagnosticados cada vez mais tardiamente, principalmente nas formas secundárias e terciárias, o que pode diminuir a chance de ter o tratamento adequado.

Ressalta-se que a não identificação e tratamento precoce dos casos de sífilis gestacional está relacionada com aumento de desfecho negativo, como prematuridade, aborto, óbito fetal e natimortalidade¹³. Além disso, é de extrema importância a classificação clínica correta para o tratamento adequado. Assim, quando não for possível estabelecer a fase clínica da doença, esta deve ser classificada como sífilis latente de duração ignorada, visto que ao classificar de forma errônea tem-se o risco de o tratamento ser inadequado¹¹.

Constatou-se no estudo que, nos dois períodos analisados, a maioria dos diagnósticos de sífilis na gestante foi realizado durante o pré-natal, com aumento de 48,6%, em 2009-2013, para 60,4%, de 2014-2018. Entretanto, a ocorrência da sífilis congênita como desfecho pode refletir a baixa qualidade da assistência prestada. A ampliação do acesso ao pré-natal, ocorrido no país nos últimos anos, e a ampliação das ações de diagnóstico não foram suficientes para

reduzir os casos de SC em função de barreiras importantes para a realização do diagnóstico e tratamento¹⁴.

A disponibilidade de realização do pré-natal não têm sido satisfatória para uma assistência de qualidade, visto que o início do pré-natal precoce, realizado até a 12ª semana gestacional, é de apenas 60,6%. Ressalta-se que, quando analisados demais fatores, como a realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento, tem-se que menos de 10% das gestantes recebem os procedimentos recomendados¹⁵. Verificou-se em estudo nacional que mulheres com transmissão vertical da infecção apresentaram início mais tardio da assistência pré-natal, menor proporção de número adequado de consultas, menor realização de uma ou duas sorologias para sífilis e menor registro de sorologias reagentes no cartão de pré-natal¹⁶.

Acerca do tratamento, encontrou-se no estudo aumento significativo do tratamento inadequado nos períodos analisados. Atualmente, considera-se como tratamento adequado da gestante com sífilis o tratamento completo para estágio clínico da doença, com penicilina benzatina, e iniciado até 30 dias antes do parto, desconsiderando a informação do tratamento da parceria sexual das gestantes⁹. No entanto, a prevenção da reinfeção da gestante é importante na quebra do ciclo de transmissão da doença, e a dificuldade de abordagem aos parceiros pode ser um dos elementos importantes para a baixa adesão e grande número de falhas terapêuticas¹⁴.

Dessa forma, para que o tratamento seja adequado são necessárias consultas frequentes ao serviço de saúde, o que pode significar gastos com deslocamentos e ausência no trabalho. Assim, além da acessibilidade espacial é preciso considerar aspectos relacionados ao acesso funcional, como horário de funcionamento da unidade básica de saúde e organização do fluxo de atendimento destes usuários¹⁴. A descontinuidade do pré-natal é fator de grande relevância para desfechos negativos como a sífilis congênita.

A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes e qualquer outro tratamento realizado na gestação, é considerado tratamento não adequado da mãe e, conseqüentemente, o recém-nascido será notificado como sífilis congênita e submetido a avaliação clínica e laboratorial¹⁷. Portanto, é necessário o início do tratamento imediato da gestante com diagnóstico, sem hesitação, por parte da equipe de saúde. Esta recomendação tem como base os raros índices de reações adversas e a existência de protocolo de atendimento específico para situações de urgência na Atenção Básica. Outra recomendação importante refere-se à priorização da gestante quanto ao uso da penicilina em caso de desabastecimento do fármaco⁸.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados dos últimos 10 anos de sífilis gestacional e congênita na cidade de Goiânia apontam para um crescente aumento dos casos. Houve uma alteração do padrão epidemiológico da sífilis gestacional dos últimos cinco anos em relação à idade e à classificação da doença. Já a sífilis congênita houve alteração nos últimos cinco anos no diagnóstico e no tratamento. Houve uma alteração epidemiológica importante que deve ser analisada a fim de embasar ações para o enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexually transmitted infections (STIs)*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))>. Acesso em 12 de maio de 2020.
2. SOARES, K. K. S. et al. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Espírito Santo 2011-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020;29(1): e2018193.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis*. Geneva: WHO, 2017.
4. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(4), 768-772.
5. SARACENIV, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*. 2017;41:e44.
6. BEZERRA, M. L. M. B. et al. Congenital syphilis as a measure of maternal and child healthcare, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*. 2019;25(8):1469–76.
7. CERQUEIRA, L. R. P. et al. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2017;59:1–7.
8. BRASIL. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis ficha catalográfica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico de Sífilis*, número especial, Brasília. 2019.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de boas práticas - o uso da penicilina na atenção básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil. *Boletim Epidemiológico*. 2017;48(36):1-41.
11. PADOVANI, C. et al. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3019.
12. SOUSA, L. E. A. *Percepção dos adolescentes de uma escola pública do Maciço de Baturité sobre infecções sexualmente transmissíveis*. 2017. 23 f. TCC - Curso de Enfermagem,

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, Acarape, 2017.

13. BOTELHO, C. A. O., et al. Syphilis and miscarriage: a study of 879,831 pregnant women in Brazil. *Transl Med*. 2016;6(4):1-5.
14. FIGUEIREDO, D. C. M. M. et al. Relationship between the supply of syphilis diagnosis and treatment in primary care and incidence of gestational and congenital syphilis. *Cadernos de Saude Publica*. 2020;36(3):1-12.
15. LEAL, M. C. Prenatal care in Brazil. *Cadernos de saúde pública*. 2014;30:S1-S15.
16. DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: Data from the birth in Brazil study. *Cadernos de Saude Publica*. 2016;32(6):1-12.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília, 2020.