

Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no estado de Goiás no período de 2013 a 2018

Epidemiology of gestational and congenital syphilis in the state of Goiás from 2013 to 2018

Lafaiete de Godoi Neto¹, Leonardo Magalhães Gomes¹, Hermínio Mauricio da Rocha Sobrinho^{1,2}

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás

² Universidade Estadual de Goiás – UEG

Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever a ocorrência e o perfil dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita no estado de Goiás, Brasil, no período de 2013 a 2018. Trata-se de um estudo descritivo, com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAD). No período avaliado, verificou-se 7.070 casos de Sífilis em gestantes e 2.351 casos de Sífilis Congênita (SC) notificados e confirmados no estado de Goiás. As taxas de incidência de SC foram crescentes do ano de 2013 ao de 2018, de 2,75 a 4,55 por 1.000 nascidos vivos; o município de Goiânia-GO concentrou 61,2% das notificações; predominaram, como características maternas, idade de 20-39 anos (71,38%), escolaridade até o Ensino Médio Incompleto (36,70%), realização de pré-natal (93,3%), diagnóstico da sífilis no pré-natal (56,10%) e parceiros de mães não tratados (77,10%). Conclui-se que se faz necessária a adoção de novas estratégias para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência da sífilis congênita no estado de Goiás.

Palavras-Chave: Epidemiologia, Sífilis, Sífilis Congênita, Gestantes.

Abstract

The objective of this study was to describe the occurrence and the profile of the reported cases of gestational and congenital syphilis in the state of Goiás, Brazil, from 2013 to 2018. This is a descriptive study with data from the Live Birth Information System (LBIS) and the Notification of Injury Information System (NIS). In the period evaluated, there were 7,070 cases of syphilis in pregnant women and 2,351 cases of congenital syphilis (CS) reported and confirmed in the State of Goiás. The incidence rates of SC were increased from 2013 to 2018, from 2.75 to 4.55 per 1,000 live births; the municipality of Goiania-GO concentrated 61.2% of notifications; (71.38%), schooling up to Incomplete High School (36.70%), prenatal (93.3%), diagnosis of syphilis in the pre- (56.10%) and partners of untreated mothers (77.10%). It is concluded that it is necessary to adopt new strategies for the effectiveness of prenatal care provided and consequently reduce the incidence of congenital syphilis in the state of Goiás.

Keywords: Epidemiology, Syphilis, Congenital Syphilis, Pregnant.

Contato para correspondência:
Hermínio Maurício da Rocha Sobrinho

E-mail:
herminio.sobrinho@gmail.com

Conflito de interesse: Não

Financiamento: Recursos próprios

Recebido: 03/11/2019

Aprovado: 04/12/2019



Introdução

A Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, sexualmente transmissível, exclusiva do ser humano, de abrangência mundial e evolução crônica provocada pela bactéria *Treponema Pallidum*^{1,2}.

A sífilis congênita (SC) é uma doença de notificação compulsória, sua incidência representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil e estima-se que a cada ano 12 mil recém-nascidos no Brasil apresentem a doença³. Apesar desta doença ser prevenível, de diagnóstico e tratamento simples, a Sífilis apresenta altas taxas de transmissão vertical, podendo chegar a 100% nas duas primeiras fases da doença materna. A prevalência brasileira da doença é em torno de 1,6% entre as parturientes, porém estima-se que possa haver uma subnotificação da doença de até 67%, mesmo com a notificação do Sistema Nacional de Notificações^{1,4}.

Estudos revelam que o número de casos de SC vem aumentando consideravelmente no país e no estado de Goiás, demonstrando a necessidade de melhorias na assistência primária a gestante, uma vez em que a prevenção da SC é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser feita no parto ou no pós-parto, o que demonstra que há uma relação direta entre a qualidade de serviços de saúde disponibilizados na atenção básica e a ocorrência de novos casos de SC⁵⁻¹³.

Acredita-se que ocorram anualmente um universo de 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, sendo que 90% dos mesmos se encontrem junto aos países em desenvolvimento. As estimativas apontam a doença como responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo. No Brasil a prevalência média da sífilis encontra-se entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25%^{14,15}.

Considerando a importância epidemiológica da SC que constitui uma doença infecciosa de evolução crônica, porém de diagnóstico rápido, fácil e de tratamento eficaz, assim como os custos diretos e indiretos que ela gera para o país e para os pacientes^{1,2,16}. O presente trabalho tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico dos casos de SC notificados no estado de Goiás, mediante acesso da base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no período compreendido do ano de 2013 a 2018.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo das notificações compulsórias de sífilis gestacional e congênita realizado com dados obtidos do portal DATASUS do Ministério da Saúde (MS), através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) durante o período de 2013 a 2018. A coleta de dados no portal DATASUS foi realizada a partir de dados consolidados no dia 23

de março de 2019, considerando-se apenas os casos confirmados e notificados no referido sistema.

Foram excluídos os casos duplicados de SC, identificados a partir da análise do SINAN. Foram empregadas variáveis sociodemográficas e assistenciais, a saber:

a) Sociodemográficas maternas: idade, raça/cor da pele, escolaridade; b) Realização de pré-natal; c) Momento do diagnóstico da doença; d) Tratamento do parceiro; e) Municípios do estado de Goiás com notificação da SC.

Para o cálculo da incidência da sífilis congênita, foi utilizado o número de casos novos por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000. O número de nascidos vivos foi obtido do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A análise e o processamento desses dados deram-se por meio dos aplicativos TabWin [Tab para Windows, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus)] e Excel (Microsoft®). Os resultados foram descritos por meio de frequências relativa e/ou absoluta. O estudo foi realizado exclusivamente com dados secundários de acesso livre, garantindo-se a preservação da identidade dos sujeitos, em consonância com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

No Brasil, entre janeiro de 2013 e janeiro de 2018, não diferente dos demais países do mundo, observou-se um panorama crescente de casos notificados e confirmados de SC. Durante este período foram notificados 123.364 casos de sífilis congênita no Brasil, dos quais 6.796 (5,50%) eram casos de indivíduos residentes na região Centro-Oeste do país. Em posição de destaque, encontra-se a região Sudeste com 53.360 casos, totalizando quase metade de todos os casos notificados no (SINAN) do MS do Brasil.

No período temporal total estudado (2013 – 2018) foram notificados e confirmados 6.796 casos de SC na região Centro-Oeste do Brasil (Tabela 1). O estado de Goiás ocupa a primeira posição com um total de 2.351 casos, em segundo lugar está o Mato Grosso do Sul com 1.970 casos, seguido pelo Distrito Federal com 1.438 casos e Mato Grosso com 1.235 casos (Tabela 1).

Tabela 1 – Casos confirmados de sífilis congênita segundo a região de notificação/ano no Centro-Oeste do Brasil no período de 2013 a 2018.

Ano / Região	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Centro-Oeste	810 (48,5%)	943 (49,6%)	1.100 (49,2%)	1.218 (49,6%)	1.349 (48,6%)	1.376 (50,0%)	6.796

Distrito Federal	178 (10,6%)	178 (9,4%)	203 (9,1%)	219 (8,9%)	286 (10,3%)	374 (13,6%)	1.438
Goiás	261 (15,6%)	337 (17,7%)	384 (17,2%)	419 (17,1%)	442 (15,9%)	508 (18,4%)	2.351
Mato Grosso	198 (11,8%)	186 (9,8%)	215 (9,6%)	200 (8,1%)	256 (9,3%)	180 (6,5%)	1.235
Mato Grosso do Sul	225 (13,5%)	256 (13,5%)	333 (14,9%)	400 (16,3%)	442 (15,9%)	314 (11,5%)	1.970
Total	1.672	1.900	2.235	2.456	2.775	2.752	13.790

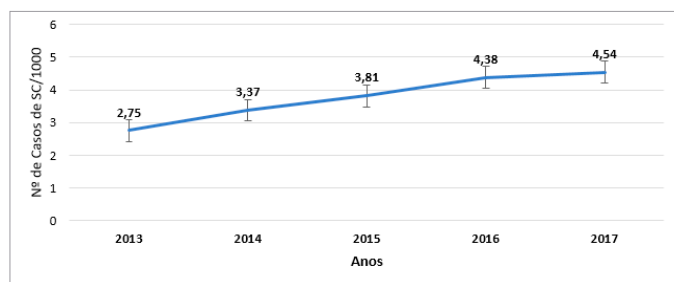
Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Nota: Casos notificados no SINAN em 23/03/2019.

No estado de Goiás, no período temporal estudado, houveram 2.351 casos confirmados de SC no SINAN. Destes, verificou-se que 2.329 (99,0%) pertenciam a faixa etária do recém-nascido, sendo que 2.276 (96,80%) tinham até 6 dias de vida, 53 (2,3%) tinham de 7-27 dias e 37 (1,57%) tinham entre 28 dias e <1 ano.

Quanto à mortalidade infantil por SC, em crianças menores de 1 ano de idade em Goiás, no período de 2013 a 2018, o número de óbitos declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi de 41 óbitos confirmados pelo agravo.

Observou-se um aumento na Taxa de Incidência da SC no estado de Goiás, no período estudado, a qual variou de 2,75 casos de SC por 1.000 nascidos vivos no ano de 2013 para 4,54 casos/1000 nascidos vivos no ano de 2017, em crianças menos que 1 ano de idade, o que corresponde a um aumento de 65% (Gráfico 1).

Gráfico 1: Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (SC) em crianças menores de um ano de idade no período de 2013 a 2017 residentes em Goiás, Brasil.



Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Nota: Casos de SC notificados no SINAN até 23/03/2019.

No período estudado (2013 – 2018) foram notificados e confirmados 7.070 casos de Sífilis em gestantes no estado de Goiás, deste total foram confirmados 2.351 casos de Sífilis Congênita em Goiás (SINAN).

Os municípios que notificaram a maior quantidade de SC em Goiás, no período estudado, foram Goiânia (61,10%), Anápolis (13,60%), Rio Verde (13,24%), Aparecida de Goiânia (10,70%), Trindade (0,65%) e Formosa (0,65%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Casos confirmados de Sífilis Congênita por Município de notificação e ano de diagnóstico, Goiás, Brasil (2013-2018).

Município de Notificação	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Anápolis	28	32	13	33	30	53	189
Aparecida de Goiânia	20	13	37	34	32	13	149
Formosa	-	2	4	-	3	-	9
Goiânia	72	133	142	175	195	132	849
Rio Verde	9	19	40	31	13	72	184
Trindade	1	1	-	-	-	7	9
Total	130	200	236	273	273	277	1389

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Nota: Casos notificados no SINAN até 23/03/2019.

Em relação à idade das gestantes com sífilis, a faixa etária variou de 10 a 59 anos, sendo que a maioria da população estudada tinha entre 20 e 39 anos 5.047 (71,38%) casos. Observou-se uma porcentagem relativamente significativa de mães adolescentes com sífilis, na idade entre 15 a 19 anos, correspondendo a 1.896 (26,82%) mulheres. Acima dos 40 anos, foram notificados 128 (1,81%) casos de sífilis em gestantes (Tabela 3).

Quanto à etnia/raça das gestantes com diagnóstico de sífilis constatou-se que 59,20% eram pardas, 19,97% caucasianas (brancas), 9,22% negras, 1,76% eram amarelas e 0,25% indígenas. No que se refere à escolaridade das gestantes, esta variou desde o analfabetismo até educação superior completa, o analfabetismo, correspondeu a menos de um por cento da população estudada (n=16; 0,60%), observou-se que a maior frequência dos casos foi em mães da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (EF) (n= 497; 20,10%), seguido das que tinham o Ensino Médio Incompleto (n= 412; 16,60%). O subregistro se fez presente nesta variável, com 1.046 (42,20%) dos casos notificados (Tabela 3).

No que se diz respeito à realização do pré-natal entre as gestantes que tiveram diagnóstico de sífilis, observou-se que 6.597 (93,3%) realizaram o pré-natal durante o período estudado. A frequência ao pré-natal mostrou-se ascendente ao longo dos anos, com valores absolutos sempre superiores ao número de casos de pré-natal ignorado ou não realizado (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil epidemiológico dos casos de sífilis confirmados em gestantes residentes em Goiás, Brasil (2013-2018).

Perfil Epidemiológico das Gestantes com Sífilis	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Raça/cor da pele							
Ign/Branco	98	113	108	129	88	141	677
Branca	185	171	198	233	281	344	1412
Preta	77	87	89	92	148	159	652
Amarela	16	17	24	19	24	25	125
Parda	416	515	577	579	872	1227	4186
Indígena	1	1	3	6	3	4	18
Faixa etária							
10 – 14 anos	8	18	17	12	15	17	87
15 – 19 anos	178	218	271	284	372	486	1.809
20 – 39 anos	589	649	694	748	1005	1362	5047
40 – 59 anos	19	19	17	14	24	35	128
Total	793	904	999	1058	1416	1900	7070
Realização do pré-natal							
Ign/Branco	9	67	60	60	53	121	370
Sim	728	830	928	992	1355	1764	6597
Não	56	7	11	6	8	15	103
Momento do Diagnóstico							
Ign/Branco	14	15	9	15	8	20	81
Durante o pré-Natal	133	184	207	223	274	298	1319
<i>Momento do parto/ curetagem</i>							
Após o parto	63	68	110	115	120	150	776
Não realizado	47	66	52	61	37	37	300
Não realizado	4	4	6	5	3	3	25
Total	261	337	384	419	442	508	2351
Escolaridade							
Ign/Branco	93	173	174	198	217	191	1.046
Analfabeta	2	6	3	2	1	2	16
1º a 4º série incompleta do EF	16	12	18	12	16	21	95
4º série completa do EF	13	12	16	11	13	6	72
5º a 8º série incompleta do EF	60	86	103	96	74	78	497

Ensino Fundamental completo	21	22	36	44	36	36	195
Ensino médio incompleto	30	66	61	80	87	88	412
Ensino médio completo	33	34	66	62	60	64	319
Educação superior incompleta	2	6	2	8	3	8	29
Educação superior completa	-	1	2	9	2	5	19
Total	270	418	481	522	292	497	2.480

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Ign: Ignorado. EF: Ensino Fundamental. Nota: Casos notificados no SINAN em 23/03/2019.

Ficou evidente no presente estudo que na grande maioria das vezes a discussão da sífilis em gestantes é feito durante o pré-natal (56,1%), mas também um considerável percentual realizado no momento do parto/curetagem (33,0%) (Tabela 3).

Este estudo constatou que 77,07% (n= 1.520) dos parceiros das gestantes com sífilis não realizaram o tratamento, e observou-se que o ano de 2018 foi o que apresentou a maior quantidade de parceiros que realizaram o tratamento para a sífilis adquirida (24,05%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Casos de Sífilis adquirida confirmados por tratamento parceiro segundo ano diagnóstico da sífilis, em Goiás, Brasil (2013 – 2018).

Ano Diagnóstico Parceiro	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Ign/Branco	98	113	108	129	88	141	677
Sim	185	171	198	233	281	344	1412
Não	77	87	89	92	148	159	652
Total	16	17	24	19	24	25	125

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Nota: Casos notificados no SINAN em 23/03/2019 IGN=ignorado.

Discussão

Apesar da Sífilis ser uma doença de fácil tratamento e prevenção, distintas regiões do Centro-Oeste do país mostram incremento significativo da sua incidência. Dentre as justificativas para o aumento no número de notificações de SC anual e total do país de forma geral e das macrorregiões, destacam o

aumento da cobertura de testagem com a ampliação do uso de testes rápidos e a redução do uso de preservativos durante a prática sexual¹⁷. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode refletir no aumento de casos notificados, uma vez que, as subnotificações geram dados não fidedignos, e conseqüentemente, uma análise incorreta dos dados¹⁷.

No presente estudo no que se diz respeito à etnia das mulheres, verificou-se um maior contingente de mulheres de cor parda, com um percentual de 59,20%, no período estudado, corroborando os resultados de outros estudos⁵⁻¹³. Em seguida, com 19,97% do número de casos, estavam as mulheres declaradas de cor branca, 9,22% negras e 1,76% Amarelas, e 0,25% indígenas, assim como no estudo de Domingues e Leal (2016)². O público alvo deste trabalho foi a população do Piauí, onde contactou-se que as mães dessas crianças apresentam geralmente cor parda ou negra, totalizando 86,78%, e apenas 13,22% brancas.

Segundo a escolaridade das gestantes com diagnóstico de sífilis em Goiás observou-se que a maior frequência dos casos foi constatada em mães que não concluíram o Ensino Fundamental (EF) (20,10%). Outro estudos também evidenciaram o mesmo perfil desta doença^{5,9-13,18}.

Quanto à taxa de incidência da sífilis congênita, observou-se um aumento da mesma ao longo dos anos no período estudado, de 2,75 casos de SC no ano de 2013 para 4,54 casos/1000 nascidos vivos no ano de 2017 em Goiás. Estes resultados corroboram com os achados de outros estudos realizados no país^{5,9,10,12,13,18}. Estes dados revelam que o estado de Goiás não conseguiu reduzir o número de casos de SC conforme preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Nesta investigação observou-se que a grande maioria das gestantes com diagnóstico confirmado de sífilis (93,3%), havia realizado o pré-natal, o que faz-se questionar a qualidade do serviço ofertado na atenção básica de saúde em Goiás. Carvalho e colaboradores (2014)²⁰ em seu estudo identificou que ocorre divergência entre as propostas preconizadas pelo Ministério da Saúde e a assistência de profissionais da saúde durante o pré-natal na unidade de saúde, necessitando de uma maior capacitação de enfermeiros e médicos quanto à assistência da sífilis na gestação. Tal informação, fica evidente neste estudo e confirma que a situação em Goiás se encontra similar à do Rio Grande do Norte.

Ademais, o evidente crescimento do número de casos de SC em Goiás, assemelha-se aos resultados encontrados na pesquisa de Almeida e colaboradores¹⁸ que ressalta o crescimento do número de casos de sífilis congênita notificados no Piauí, a partir de 2010. Este evidenciou também que ações efetivas voltadas a seu controle necessitam ser desenvolvidas,

onde deve ser ressaltada a relevância da tríade vigilância-assistência-prevenção.

Estudos realizados nos estados do Pará-PA²⁰, São Paulo-SP²¹ e Natal-RN¹³ identificaram que a maioria das mães que foram diagnosticadas com sífilis durante a gestação tiveram acesso aos serviços de saúde em algum momento. Nesta etapa deve-se realizar diagnóstico e o tratamento adequado, e ainda sensibilizar a gestante e seu parceiro para comparecer a todas as consultas do pré-natal.

Desse modo, evidencia-se a importância do pré-natal, especialmente no diagnóstico precoce da sífilis congênita, uma vez que ficou evidente no presente estudo, que a grande maioria dos diagnósticos de SC são realizados durante as consultas da gestante em seu pré-natal, o que reforça a necessidade de melhorias nesse atendimento, com consultas regulares e eficientes, realizados por profissionais habilitados e capacitados.

A atenção do pré-natal adequada é uma ferramenta ímpar para a diminuição da sífilis congênita, considerando-se suas diversas oportunidades de intervenção. Entre suas ações, destacam-se a captação oportuna da gestante, o acompanhamento da gravidez, a solicitação de um exame VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) na primeira consulta e de mais um, este próximo à 28ª semana gestacional. Somam-se, ademais, o aconselhamento e tratamento da gestante e dos parceiros sexuais acometidos pela infecção²².

Ademais, sabe-se que, independente do momento diagnóstico, a SC é de notificação compulsória, sendo que sua inobservância confere infração à legislação de saúde. Mas, mesmo assim, a subnotificação é frequente²³.

No que diz respeito ao tratamento das gestantes com sífilis durante o "pré-natal", verificou-se, em estudo realizado no Pará que, em 46 casos de sífilis congênita, 53,8% das mães, que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o "pré-natal", receberam tratamento adequado²⁰ e, em estudo realizado em São Paulo de 45 mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, em menos de 50% dos casos o tratamento da gestante, pré e pós-parto foi notificado como adequado²¹.

O presente estudo constatou que 77,0% dos parceiros das gestantes com sífilis residentes em Goiás não realizaram o tratamento de forma adequada. Este fato também ocorreu em outros estudos^{10,12,13,19,24}, e deixa evidente que não há uma participação efetiva por parte dos mesmos nos serviços de saúde durante o pré-natal ou em alguns casos, o anonimato/não ciência desse parceiro por parte da gestante. A participação do parceiro durante o pré-natal deveria ser uma estratégia prioritária dos profissionais que o realizam, tendo em vista a diminuição do risco de reinfecção da gestante durante o tratamento. Esse fator impede que as taxas de transmissão vertical

sejam reduzidas, tornando o controle da SC limitado, tendo em vista o grande número de casos não tratados.

A ocorrência elevada de SG, embora exista medidas para sua prevenção, demonstra que existem falhas nos serviços de saúde, especialmente no pré-natal, que gera tantos pontos negativos para a saúde, como elevação das taxas de óbito por aborto, natimorto ou óbito neonatal precoce, que atingem de 25 a 40% dos casos²⁵. Neste estudo, entretanto, demonstrou-se que 94,01% dos casos notificados evoluíram com a criança viva e apenas 1,49% dos casos tiveram óbito por sífilis congênita.

Além disso, estudos em concordância com este, tem mostrado a grande influência da desigualdade social no acometimento da SC. Em conformidade com outros estudos^{5,9-13,18}, constata-se que grande parte das mulheres acometidas possuíam apenas o ensino fundamental incompleto. Ademais, cabe ressaltar que a baixa escolaridade é considerada um fator de maior risco para exposição às infecções sexualmente transmissíveis, devido a um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção²², e a raça e cor mais acometidas são branca ou parda, o que demonstra a influência dos fatores sociais na contextualização do agravo¹.

Sabe-se que, quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade. A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período²⁶.

A síndrome da SC precoce surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo. Além de mais da metade de todas as crianças ser assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais poderem ser discretos ou pouco específicos, não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança²⁶.

O tratamento é adequado quando utilizada a penicilina G benzatina, durante a gestação, os antibióticos de segunda escolha são a Ceftriaxona ou a Eritromicina, caso a gestante seja alérgica à penicilina G. Entretanto, para que a gestante seja considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção neonatal, deve receber a medicação na dosagem total e na quantidade de aplicação de acordo com o estadiamento da infecção, ter finalizado o tratamento pelo

menos 30 dias antes do parto, e o parceiro também ser tratado, concomitantemente, com o mesmo esquema terapêutico da gestante^{5,14}.

No presente estudo, ressalta-se fato de apenas 25,3% dos parceiros terem recebido tratamento, o que configura uma condição desencadeadora de novas infecções, nesse contexto, além de melhorias assistenciais, é imprescindível que o parceiro seja sensibilizado a participar das consultas de pré-natal e compreenda a importância da realização do teste não treponêmico, do tratamento e seguimento dos casos identificados de infecção, seja individualmente, seja na perspectiva do casal. Além disso, as gestantes demonstram satisfação quando o homem participa do pré-natal e esse envolvimento deve ser cada vez mais estimulado, para que o cônjuge possa desenvolver, ao longo do ciclo gestacional, uma postura ativa e facilitadora no sentido de uma maior compreensão das especificidades associadas a esse período.

Segundo estudo de Almeida (2015)¹⁸, no Piauí, entre os anos de 2007 a 2012, 58,9% dos parceiros das gestantes com sífilis não o realizaram tratamento. Este fato demonstra que as gestantes com sífilis vivenciam a ineficiência do tratamento, a reinfecção e a transmissão vertical. De acordo com Lima e colaboradores⁹, a ausência de tratamento adequado aumenta o risco de transmissão da sífilis da mãe para o conceito, o qual pode variar de 49 a 80%.

O Ministério da Saúde do Brasil tem empreendido ações para a redução dos casos de sífilis, com foco no tratamento adequado, integração com outros programas de saúde, sistemas de vigilância locais atuantes e consequente interrupção da cadeia de transmissão¹⁷. Dessa forma, para atingir tal objetivo, algumas medidas são imprescindíveis como a melhoria na qualidade da vigilância epidemiológica, e uma maior qualidade na estratégia Saúde da Família.

Conclusão

Os achados apresentados neste estudo evidenciam o perfil epidemiológico da SC em Goiás, ressaltando que esta doença encontra-se, ainda, fora de controle no estado de Goiás. Observou-se que nos últimos anos tem ocorrido o aumento no número de casos, o que suscita a discussão sobre alguns aspectos relacionados à assistência prestada durante o pré-natal e ainda em relação à prevenção da sífilis adquirida. Sabe-se que a ocorrência dos casos encontra-se associada ao manejo inadequado, com perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento, ao tratamento ineficaz da gestante, a falta de tratamento do parceiro, à investigação inadequada em gestantes e à ausência de aconselhamento.

O crescimento do número de casos de sífilis congênita notificados no estado de Goiás, no período temporal estudado

(2013 – 2018), evidencia que ações efetivas voltadas a seu controle necessitam ser desenvolvidas, onde deve ser reforçada a relevância da tríade vigilância-assistência-prevenção e reforça a tese da vigilância da sífilis como uma solução, oportunizando o tempo hábil e reduzindo desfecho nefasto para o recém-nascido.

Diante da atual situação da SC em Goiás e no Brasil, conclui-se que há a necessidade de implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo. Assim, ressalta-se a importância da educação em saúde com o intuito de informar quanto às formas de prevenção, transmissão e de tratamento, além de incentivar a proteção das mulheres durante toda a sua vida sexual, por meio da utilização do preservativo nas relações sexuais, principalmente aquelas que não possuem um único parceiro. Também, é fundamental a vigilância em saúde no âmbito da atenção primária à saúde, na coleta de dados e geração de informações de qualidade, a partir da investigação e notificação de casos com consequente direcionamento das ações para o controle.

A atuação da Atenção Básica é essencial no combate à transmissão materno-fetal da sífilis, considerando-se que ela é a porta de entrada dos serviços de saúde, enquanto as equipes de Saúde da Família são o elo mais próximo entre profissional e paciente, tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da sífilis congênita.

Referências

1. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(3):479-86.
2. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro*. 2016; 32(6):1-12.
3. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, Coêlho HLL, Ramos Júnior AN. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede dos sistema de saúde do brasil: o caso da sífilis. *DST – J Bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(3-4):120-7.
4. Simão, MBG. Plano Operacional: redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2007. 22 p.
5. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011; 20(2): 203-12.
6. Chaves J, Bassani DCH, Ghignatti B, Derlan CB, Koepp J, Posuelo J. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. *Rev. AMRIGS*. 2014; 58(3):1-10.

7. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(4):1-9.
8. Rezende EMA, Barbosa NB. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no Estado de Goiás. *Revista de APS*. 2015;18(2):1-9.
9. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(2):499-506.
10. Lima VC, Mororó RM, Martins MS, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2017; 5(1):56-61.
11. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congenita. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):1-10.
12. Silva LCVG, Teodoro CCJ, Silva JK, Santos DAS, Olinda RA. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. *Journal Health NPEPS*. 2017; 2(2):380-90.
13. Ferreira AG, Gomes LA, Medeiros RCT, Leonidas RAM, Medeiros JP. Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. *Rev. Saúde em Foco*. 2018; 5(1):3-27.
14. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(9):1747-55.
15. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *J Bras doenças sex transm*. 2007; 19(3/4):128-33.
16. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
18. Almeida PD, Araújo Filho ACA, Araújo AKL, Carvalho ML, Silva MGP, Araújo TME. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. *Rev Interd*. 2015;8(1):62-70.
19. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol Serv Saude*. 2014; 23(2):287-94.
20. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Loma FAS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev. Para. Med*. 2006;20(1):47-51.
21. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis

congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil-desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017;16(3):165-73.

22. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MM, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2014; 47(2):170-8.

23. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2016;19(1):1-9.

24. Lins CDM. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia. Dissertação de mestrado. Boa Vista (RR): Universidade Federal de Roraima. 2014.

25. Gonçalves J, Primo CC, Rabbi GMS, Castro DS. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de um Hospital Universitário – 2004 a 2008. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011;13(2):49-55.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.