

DIONIR BATISTA VIEIRA MATEUS

**PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO CENTRO-OESTE
NO PERÍODO DE 2011 A 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo para obtenção do título de Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Cyrino de Oliveira Filho.

PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO CENTRO-OESTE NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Dionir Batista Vieira Mateus¹

Eduardo Cyrino de Oliveira Filho²

Resumo: A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível, infecciosa e sistêmica. Apesar de o teste (VDRL) e tratamento (penicilina benzatina) por pessoa serem baratos, os dados da região Centro-Oeste de 2011 a 2015 são alarmantes. Neste artigo foram verificados vários aspectos: casos pela idade da criança, segundo diagnóstico final, de acordo com a faixa etária da mãe, segundo a escolaridade da mãe, de acordo com a realização de pré-natal da mãe e, por fim, segundo informações do parceiro da mãe. Pelas pesquisas, observou-se desabastecimento da penicilina benzatina quase nacional que durou anos – e que provavelmente ainda não foi normalizado – pelo baixo custo do medicamento e, por consequência, pela falta de interesse dos laboratórios em produzi-lo. Também se percebeu falta de capacitação das equipes para realizar atendimento, redução no uso de preservativos e atrasos no pré-natal.

Descritores: Sífilis Congênita. Vigilância Epidemiológica. Penicilina. Cuidado Pré-natal. Tratamento.

Prevalence of congenital syphilis in the midwest region from Brazil between the years 2011 and 2015

Abstract: Syphilis is a sexually transmitted and systemic infection. Although the test (VDRL) and treatment (benzathine penicillin) per person are cheap, data from the Midwest region from 2011 to 2015 are alarming. In this article we verified several aspects: cases by the age of the child, according to the final diagnosis, according to the age range of the mother, according to the mother's schooling, according to the mother's prenatal accomplishment and, finally, according to information of the mother's partner. From the research, there was an almost benzathine penicillin national shortage that lasted for years – and probably has not yet been normalized – by the low cost of the medicine and, consequently, by the lack of interest of the laboratories in producing it. There was also a lack of training of the teams to perform care, reduction in the use of condoms and delays in prenatal care.

Decriptors: Congenital Syphilis. Surveillance. Penicillin. Prenatal. Treatment.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

² Doutor em Saúde Pública. Docente de Enfermagem do UniCEUB

1. INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível, infecciosa e sistêmica, e que, dentre as doenças sexualmente transmissíveis – DSTs, merece destaque. É causada pela bactéria *Treponema pallidum*, tendo o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório. É doença de evolução crônica e mundialmente abrangente. Sua transmissão ocorre via sexual ou vertical, e é mais comum em grandes centros urbanos, afetando todas as classes sociais (PAEZ, 2006).

Conhecida há muito tempo, a doença tem agente etiológico bem determinado e tratamento de baixo custo e eficaz mantido desde 1943, porém, ainda é grande a proporção de gestantes infectadas que não recebem o tratamento preconizado pelo programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento em relação ao controle e profilaxia da transmissão vertical (AMARAL, 2012).

A Sífilis continua afetando inúmeras gestantes mundialmente. Em 2008, cerca de 1,36 milhão de gestantes apresentavam Sífilis ativa, sendo mais de 500 mil com desfechos negativos, caracterizando perdas fetais, óbitos neonatais, recém-nascidos prematuros e infectados, ou com baixo peso ao nascer (NEWMAN et al., 2013). Os casos de notificações de Sífilis gestacional têm aumentado no Brasil anualmente, bem como a Sífilis Congênita – SC, que também teve o número de notificações elevado em todas as regiões do Brasil, alcançando 7,4 casos por mil nascidos vivos de incidência em 2013 (BRASIL, 2014).

Qualidade na assistência de gestantes e parturientes é um grande determinante na redução dos números de transmissão vertical da Sífilis. O controle dessa doença depende da triagem sorológica e do correto tratamento de gestantes e de seus parceiros (CAMPOS, 2010).

A cura eficaz da mãe está relacionada à inclusão do parceiro no pré-natal, e tem sido uma ótima estratégia para que o problema seja abordado, assim como determinante para o fim desse agravo. Conforme pesquisas, a maioria dos casos de Sífilis Congênita em crianças com < de 1 ano foram diagnosticadas enquanto as mães estavam no período gestacional adequadamente ao pré-natal, porém os parceiros sexuais não aderiram ao tratamento (OLIVEIRA, 2011).

A Sífilis gestacional, quando não tratada adequadamente, pode levar a condições adversas para o feto, como abortamentos, prematuridade e óbito. Estudos anteriores com puérperas VDRL reagentes e que tiveram óbito fetal apontaram a presença da Sífilis materna como a principal causa dessas ocorrências (NASCIMENTO et al., 2012).

É estimada uma prevalência de Sífilis na gestação de aproximadamente 1%, o que corresponde a cerca de 30 mil casos por ano. Levando em conta essa estimativa, os casos notificados são ainda inferiores ao esperado, o que indica dificuldades para diagnosticar e\ou para realizar as notificações (DOMINGUES et al., 2014).

A quantidade de casos notificados depende da capacidade que os serviços têm de intervirem para que a transmissão vertical seja reduzida, sendo diagnosticadas e tratadas corretamente as gestantes e seus parceiros. Redução de casos de SC não indica que há um bom programa de controle da transmissão vertical, pois pode estar ocorrendo subnotificação de casos. Se houver elevação do número de casos, isso indica falhas no processo de assistência, perdendo oportunidades de intervenção (BLENCOWE et al., 2011).

A Sífilis Congênita pode ser evitada se a gestante infectada for diagnosticada e rapidamente tratada junto ao seu parceiro sexual. Sua ocorrência indica falhas na assistência pré-natal e seu controle requer mais comprometimento e capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Primária, uma vez que é nesse nível de assistência que se dá o primeiro contato da gestante com o serviço e, por vezes, constitui a única oportunidade da testagem para sífilis. O conhecimento específico sobre a Sífilis na gestação pode qualificar a assistência prestada às mulheres; o acesso aos manuais técnicos sobre prevenção da SC e a participação em treinamentos podem estar associados ao tratamento adequado das gestantes (DOMINGUES et al., 2013).

A penicilina é a droga de escolha para todas as apresentações da Sífilis. Não há relatos consistentes na literatura de casos de resistência treponêmica à droga. A análise clínica do caso indicará o melhor esquema terapêutico. A Sífilis em gestante é doença de notificação compulsória desde 2005. A notificação e vigilância desse agravo é imprescindível para o monitoramento da transmissão vertical da Sífilis, lançado em 2007 (BRASIL, 2010).

O tratamento utilizando a penicilina benzatina é efetivo, barato e facilmente disponível. Mundialmente, nota-se que a sífilis é uma infecção reemergente, havendo assim necessidade de rastrear todas as gestantes, diagnosticando-as durante o pré-natal e tratando-as, com objetivo de prevenir a infecção congênita (TRIPADALLI et al., 2012).

Para o tratamento da Sífilis, a penicilina benzatina é a droga de escolha. Ela deve ser instituída conforme a sequência apresentada no quadro 1.

Quadro 1 – Sequência de tratamento no caso de confirmação de sífilis.

Sífilis primária (cancro duro)	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI/IM, em dose única.
Sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução (latente recente)	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI/IM com intervalo de sete dias entre cada uma. Dose total: 4.800.000 UI.
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada (latente tardia)	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI/IM com intervalo de sete dias entre cada uma. Dose total: 7.200.000 UI.

Fonte: Adaptado de Brasil (2010)

O tratamento do parceiro deve ser realizado mesmo na impossibilidade da realização do diagnóstico laboratorial. Além da medicação, o uso do preservativo deve ser recomendado para todas as mulheres com sífilis e seus parceiros durante o tratamento e, se possível, também no período pós-tratamento (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

O Ministério da Saúde – MS considera o tratamento: a) completo, se adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente; b) inadequado, quando for realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; e c) incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina, se for inadequado para a fase clínica da doença, a instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto e o(s) parceiro(s) sexual(ais) não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente (BRASIL, 2014).

Estudos indicam que muitos profissionais de saúde não conhecem, nem se familiarizam com os protocolos nacionais de controle da sífilis, bem como têm dificuldade em abordar as DSTs, havendo então uma necessidade de educação continuada para melhoria de qualidade na assistência (DOMINGUES, 2013).

A Estratégia Saúde da Família é considerada porta de entrada para os serviços de saúde e mantém uma aproximação da comunidade. Nela, agentes comunitários de saúde e outros profissionais realizam a busca ativa às gestantes. Dessa forma, estão investindo na educação continuada. Os parceiros das gestantes com sífilis que não aderirem ao tratamento serão alvos de busca ativa consentida por intermédio da equipe de Vigilância Epidemiológica ou Saúde da Família (COSTA, 2013).

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, existe a instituição da Rede Cegonha, criada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que visa à redução da mortalidade infantil e materna, via cuidados que asseguram à mulher e à criança durante o pré-natal, parto, puerpério e atendimento infantil uma atenção humanizada em todos os serviços do SUS. É preconizado o teste de sífilis no início do acompanhamento de pré-natal de preferência no 1º trimestre, outro no início do 3º trimestre e também no momento da admissão ao parto (BRASIL, 2011).

As ações de saúde devem estar preparadas para cobrir todo o público-alvo da área que a unidade de saúde abrange, bem como assegurar que as gestantes realizem no mínimo seis consultas de pré-natal e garantir a continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto dessas ações sobre a saúde materna e perinatal. A sorologia não treponêmica (VDRL) é realizada tanto para diagnosticar, quanto para seguimento terapêutico e para diagnóstico de reinfecção. A transmissão vertical do *Treponema Pallidum* pode ocorrer em qualquer fase da gestação. O que determina a chance de exposição é o tempo de exposição do feto no útero (BRASIL, 2012).

A Sífilis Congênita pode ser transmitida em qualquer fase gestacional, possui um aumento significativo de 70 a 100% nas fases primárias e secundárias da doença, porque nessas fases há uma proliferação da quantidade de espiroquetas presentes no sangue, e quando houver lesões genitais na gestante pode ocorrer uma contaminação direta do concepto durante seu trajeto pelo canal de parto (BITTENCOURT, 2012).

Estudos de levantamento de dados a respeito da cobertura da realização dos testes não treponêmicos demonstraram que 66% a 95% das gestantes teriam acesso a pelo menos um VDRL durante o pré-natal, porém o acesso ao segundo VDRL, que deve ser realizado até a 30ª semana de gestação, alcança menos de um quarto das gestantes: 0,2% a 20,7% (ARAÚJO et al., 2012).

A dificuldade encontrada de tratamento do parceiro sexual de portadores de DST está relacionada à construção histórica das políticas de saúde, o que resulta em baixa procura por atendimento por parte dos homens, deixando para as mulheres a responsabilidade pelo cuidado e pela manutenção da saúde (NASCIMENTO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a gestante tratada deve fazer acompanhamento da titulação do VDRL mensalmente. Se houver aumento dessa titulação ou resultado igual ao do último exame, essa gestante deverá ser tratada novamente, junto ao seu parceiro sexual. Estudo realizado em Fortaleza a respeito do manejo da gestante com sífilis mostrou que 17,5% dos enfermeiros não sabiam a conduta a ser tomada diante de um caso de gestante tratada para sífilis

mas com elevação de titulação. Este número é considerável e preocupante, visto que se trata de uma doença muito abordada e que recebe muitos investimentos dos órgãos responsáveis para seu controle (ANDRADE, 2011).

Sendo assim, este trabalho objetiva verificar a prevalência de casos de Sífilis Congênita no período de 2011 a 2015 na região Centro-Oeste de acordo com as seguintes variáveis: idade da criança, escolaridade da mãe, faixa etária da mãe, idade gestacional, diagnóstico final, realização de pré-natal da mãe e esquema de tratamento da mãe.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa, descritiva, e transversal, tendo como finalidade observar a prevalência dos casos de Sífilis Gestacional na região Centro-Oeste do Brasil.

As fontes utilizadas para coleta foram os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, do Ministério da Saúde, por meio das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan. A solicitação das informações foi realizada no sistema de informação ao cidadão – SIC, que atendeu ao pedido e forneceu os dados, sob o nº do protocolo 25820 004479/2016-04.

O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 2.325, de 8/12/2003), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

Depois de concluída a fase de coleta de dados, foi iniciado o trabalho de análise das informações de acordo com as variáveis do estudo. Isso gerou um banco de dados criado no programa Excel 7.0 para análise e consolidação de coeficientes e/ou proporções e/ou razões, apresentados sob a forma de tabelas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo realizado a partir dos dados disponíveis no SIC, um sistema de informações prospectivamente alimentado pelas SVS. Os sistemas de informações facilitam a revisão de inconsistências e melhoram a qualidade das informações. Ainda assim, há um percentual de dados ignorados, relacionados sobretudo a problemas nos registros médicos.

No período de 5 anos, de 2011 a 2015, foram registrados 9.739 casos notificados com diagnóstico de Sífilis em Gestantes no Centro-Oeste. Na tabela 1, os casos estão distribuídos segundo o ano deste diagnóstico. Nota-se que o ano que apresentou mais casos de Sífilis Gestacional foi 2015, com 2.643 pacientes, correspondendo a 27,15% dos casos e que 2011 apresentou o menor número de casos com apenas 1.287 casos, que corresponderam a 13,21% do total.

De acordo com o próprio Ministério da Saúde, a Rede Cegonha fortaleceu os serviços de pré-natal, o que provavelmente levou ao aumento gradual na notificação de casos na rede de atenção pré-natal nos últimos anos e propiciou o aumento na cobertura de testagem das gestantes e acompanhamento dos casos. Mas infelizmente também há outro possível motivo na opinião de especialistas: a alta está associada à melhoria nos sistemas de diagnóstico, mas, principalmente, ao aumento do sexo desprotegido (CAMBRICOLI, 2015).

Tabela 1 – Número de casos de Sífilis Gestacional notificados segundo o ano de ocorrência. Centro-Oeste, 2011-2015

PERÍODO	NÚMERO DE CASOS	%
2011	1.287	13,21
2012	1.467	15,06
2013	1.987	20,40
2014	2.355	24,18
2015	2.643	27,15
Total	9.739	100

Fonte: Sinan/MS.

Na tabela 2 mostra-se a distribuição pela idade da criança com Sífilis Congênita. Destacam-se os recém-nascidos com menos de 7 dias de vida, totalizando 3.548 casos no período em estudo, o que correspondeu a 94,08%, e as crianças de 5 a 12 anos, que apresentaram o menor número de casos nesse período – somente 6 –, equivalente a 0,16% do total de crianças.

Tabela 2 - Número de casos de Sífilis Congênita pela idade da criança por ano de diagnóstico. Centro-Oeste, 2011-2015

IDADE	PERÍODO										TOTAL	%
	2011		2012		2013		2014		2015			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
< 7 dias	362	91	504	923	719	94	887	94	1.076	96,2	3.548	94,08
7 a 27 dias	17	4,3	26	4,8	18	2,4	26	2,8	20	1,8	107	2,84
28 a 364 dias	16	4	11	2	24	3,1	25	2,6	17	1,5	93	2,47
1 ano	2	0,5	2	0,4	4	0,5	2	0,2	3	0,3	13	0,35
2 a 4 anos	0	0	0	0	0	0	3	0,3	1	0,1	4	0,10
5 a 12 anos	0	0	3	0,5	0	0	1	0,1	2	0,2	6	0,16
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	397	100	546	100	765	100	944	100	1.119	100	3.771	100

Fonte: Sinan/MS.

O recém-nascido poderá nascer com Sífilis Congênita ou não, a depender de quando e como foi feito o tratamento da mãe. O bebê é tratado se a gestante faz adequadamente o tratamento com penicilina: ele absorve o remédio pela placenta e nasce saudável. Quanto mais cedo for o tratamento da mãe, maior a probabilidade de o bebê nascer saudável. Entretanto, como destacam as matérias tanto da Agência Brasil quanto de O Globo, a penicilina está em falta no Brasil. Desde 2014, busca-se uma solução para a situação de desabastecimento do remédio que ocorre em diversos municípios brasileiros, um levantamento feito em janeiro de 2016 revelou que 60% dos estados estão desabastecidos de penicilina. A principal causa apontada para a dificuldade na aquisição é a falta de matéria-prima para a produção do medicamento. (LABOISSIÈRE, 2016; HELAL, 2016).

Na tabela 3, é alarmante a quantidade de crianças, 3.553 (94,24%), que apresentaram Sífilis Congênita (transmitida de mãe para filho) recente – diagnosticada até o segundo ano de vida. No caso de SC tardia, o número é menor, 10 (0,26%). Ocorreram 93 (2,46%) abortos por Sífilis e 115 natimortos (3,04%), mostrando nítido predomínio da SC recente e que este número é crescente no decorrer do período.

O aumento do número de casos de Sífilis Congênita tem chamado atenção dos especialistas em Saúde. Quando se fala em tratamento da SC, deve-se lembrar que a terapêutica da gestante tratada com penicilina no primeiro trimestre costuma evitar a infecção fetal. Após esta fase, trata o conceito também. A penicilina é muito barata e por isso não existe interesse por parte dos laboratórios para produzi-la. Alguns especialistas citam a redução no uso de

preservativos e atrasos no pré-natal como fatores que contribuem para o aumento de casos registrados no país. Já para outros, o aumento de casos notificados se deve à maior facilidade de acesso ao diagnóstico da doença. Tânia Vergara, vice-presidente da Sociedade de Infectologia – RJ, informa que “o acesso ao pré-natal é ruim, o diagnóstico de sífilis é tardio e o tratamento não está sendo feito adequadamente por falta do medicamento muitas vezes” (JORNAL NACIONAL, 2016).

Tabela 3 - Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2015

Diagnóstico	2011		2012		2013		2014		2015		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
SC recente	382	96,2	505	92,5	724	94,6	894	94,7	1.048	93,7	3.553
SC tardia	0	0	3	0,5	0	0	4	0,4	3	0,3	10
Aborto por sífilis	9	2,3	13	2,4	17	2,2	18	1,9	36	3,2	93
Natimorto por sífilis	6	1,5	25	4,6	24	3,1	28	3	32	2,9	115

Fonte: Sinan/MS.

A tabela 4 explicita a distribuição por faixa etária da mãe nos casos de Sífilis Congênita, destacando-se a faixa de 20 a 29 anos com 1.944 casos no período em estudo, o que correspondeu a 51,50%.

Tabela 4 – Número de casos de Sífilis Congênita de acordo com a faixa etária da mãe por ano de diagnóstico. Centro-Oeste, 2011-2015

FAIXA ETÁRIA	PERÍODO											
	2011		2012		2013		2014		2015		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
10 a 14	2	0,5	2	0,4	11	1,4	8	0,8	11	1	34	0,9
15 a 19	69	17,4	104	19	167	21,8	209	22,1	246	22	795	21
20 a 29	188	47,4	292	53,5	397	51,9	496	52,5	571	51	1.944	51,50
30 a 39	105	26,4	116	21,2	157	20,5	177	18,8	227	20	782	21
40 ou mais	11	2,8	13	2,4	15	2	27	2,9	23	2,2	89	2,3
Ignorado	22	5,5	19	3,5	18	2,4	27	2,9	41	3,8	127	3,3
Total	397	100	546	100	765	100	944	100	1.119	100	3.771	100

Fonte: Sinan/MS.

Devemos nos atentar a um fator feminino muito importante ao analisar os dados dessa tabela: idade fértil. Recomenda-se que a mulher engravide até os 34 anos, momento em que possui apenas 300 mil óvulos capazes de serem fecundados (de um milhão de óvulos que uma recém-nascida tem ao nascimento). Do ponto de vista biológico, e não social, o ideal é que a primeira gravidez ocorra até os 25 anos (CAMPOS, 2012).

Tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, os fatores de risco para a aquisição de sífilis por uma mulher em idade fértil são os seguintes: baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono da escola. A imunossupressão e modificações anatômicas importantes do trato genital durante a gravidez tornam a mulher grávida particularmente susceptível, o que favorece a infecção. Outro fator que intensifica a vulnerabilidade feminina e suas sequelas é o fato de a grande maioria dessas doenças ser assintomática no sexo feminino (OLIVEIRA, 2004).

Na tabela 5 apresenta-se a distribuição de Sífilis Congênita segundo a escolaridade da mãe. Notou-se que a categoria “*ignorados*” obteve 1.156 casos no decorrer de 5 anos. As mães com escolaridade de 5ª a 8ª série contabilizam 866 casos, o que corresponde a 22,98%, número significativo apesar de representar menos da metade dos casos e bem próximo à porcentagem dos *ignorados*. As com ensino superior completo foram as que tiveram menos casos registrados, apenas 30 (0,80%).

Tabela 5 - Distribuição de Sífilis Congênita segundo a escolaridade da mãe. Centro-Oeste, 2011-2015.

ESCOLARIDADE DA MÃE	PERÍODO					TOTAL	%
	2011	2012	2013	2014	2015		
Analfabeta	7	5	9	12	10	43	1,14
1ª a 4ª série incompleta	27	41	49	55	44	216	5,72
4ª série completa	26	23	35	20	30	134	3,55
5ª a 8ª série incompleta	100	140	198	194	234	866	22,98
Fundamental completo	35	41	51	82	111	320	8,50
Médio incompleto	49	71	90	114	131	455	12,06
Médio completo	37	66	87	123	138	451	11,95
Superior incompleto	6	10	7	14	12	49	1,30
Superior completo	3	4	6	9	8	30	0,80
Não se aplica	8	5	12	14	12	51	1,35
Ignorado	99	140	221	307	389	1.156	30,65

Fonte: Sinan/MS.

Estudos relatam que é na adolescência que a maioria das mulheres tem sua primeira relação sexual. Essa realidade pode estar relacionada à falta de escolaridade e aconselhamento familiar. Além disso, a gravidez, cada vez mais precoce, colabora para evasão escolar. Pesquisas quantitativas – de 2011, por exemplo – mostram que, quando a escolaridade da gestante não é ignorada, a maioria (40%) possui de 4 a 7 anos de estudo. As gestantes que possuem 12 anos ou mais de estudo representam apenas 5,4%. Sendo assim, a baixa escolaridade acarreta diversas restrições sociais, sendo importante indicador de vulnerabilidade dessas pacientes (SANTOS et al., 2015).

No que concerne à escolaridade, Aquino e Silva (2015) mostram que a grande maioria dos casos notificados não possuía o ensino fundamental completo. É bem documentada a relação entre estratos sociais de menor escolaridade e ocorrência de Sífilis Gestacional. Uma coorte nacional de base hospitalar, realizada entre 2011 e 2012, constatou haver mais prevalência de Sífilis Gestacional (SG) em mulheres com escolaridade inferior a 8 anos de estudo. Em se tratando da realização do pré-natal, nota-se que o maior número de Sífilis Congênita foi apresentado em mães que realizaram o pré-natal no período de 2011 a 2015, correspondendo a 77,27%. Durante o período estudado o número de casos de pré-natal *ignorados* não foi significativo, como apresentado na tabela 6. Esta também esclarece a distribuição dos casos de SC segundo esquema de tratamento da mãe no período de 2011 a 2015.

Tabela 6 – Distribuição dos casos de Sífilis Congênita segundo realização de pré-natal da mãe. Centro-Oeste, 2011 a 2015

REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL	PERÍODO					TOTAL	%
	2011	2012	2013	2014	2015		
Sim	332	422	603	722	835	2.914	77,27
Não	58	103	133	171	172	637	16,89
Ignorado	7	21	29	51	112	220	5,83

Fonte: Sinan/MS.

É considerada infectada toda gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis, com teste positivo ou não. Em conformidade com a Resolução SS nº 41 de 24/3/2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Todavia, a falta de acesso à assistência

pré-natal é considerada grande fator responsável pela persistência dos elevados índices de Sífilis Congênita (SÃO PAULO, 2008).

Como a doença é facilmente diagnosticada pelo VDRL e, com eficácia tratada pela penicilina, impressiona o aumento dos casos de SC, Contudo a não realização do pré-natal ou sua realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio seja pela falta de comparecimento às consultas, explica parcialmente o aumento dos casos. Também comprometem o pré-natal a falta de realização de exames para o diagnóstico da sífilis, dificuldade em reconhecer os sinais da doença na mãe, falhas na interpretação dos resultados de testes sorológicos e falhas ou ausência de tratamento da mãe e/ou do parceiro (ARAÚJO et al., 2006).

Para finalizar a apresentação dos dados da pesquisa, a tabela 7 traz a distribuição dos casos de Sífilis Congênita segundo o tratamento do parceiro da mãe, no Centro-Oeste, de 2011 a 2015. Nota-se que 614 casos (16%) realizaram o tratamento, 2.398 casos (64%) não o fizeram.

Tabela 7 – Casos de Sífilis Congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2015

PARCEIRO TRATADO	2011		2012		2013		2014		2015		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sim	66	16,6	98	17,9	119	15,6	167	17,7	164	14,7	614
Não	262	66	349	63,9	485	63,4	581	61,5	721	64,4	2.398
Ignorado	69	17,4	99	18,1	161	21	196	20,8	234	20,9	759

Fonte: Sinan/MS.

Há dois problemas que ajudam a identificar o aumento de parceiros não tratados contra a doença: não há informação acerca do tratamento do parceiro nas fichas de atendimento e o desabastecimento da penicilina benzatina, medicamento usado no tratamento da Sífilis. Para que cesse o aumento dos casos masculinos da doença não tratados, é importante que as mães identifiquem seus parceiros sexuais, que eles façam o teste e adiram ao tratamento. Além disso, se a mulher se trata e o parceiro não, ela volta a ser reinfectada e começa um novo ciclo da doença, e a pessoa infectada tem maior chance de contrair o vírus da Aids, porque um dos sinais da doença são as feridas, que aumentam a exposição ao HIV (LOPES, 2016; VALE, 2016).

4. CONCLUSÕES

Os dados aqui apresentados são indiscutivelmente alarmantes. Nos últimos anos, o número de pessoas infectadas cresceu muito na região centro oeste, bem como em outras regiões. Uma vez que a doença é de fácil diagnóstico e o seu tratamento é de baixo custo.

Dentre alguns problemas relacionados à Sífilis Congênita e ao atendimento pré natal, que é um cuidado imprescindível para a detecção, controle da doença e cura, está a anamnese inadequada; sorologia para Sífilis não realizada nos períodos preconizados; interpretação inadequada dessa sorologia; falha no reconhecimento dos sinais de sífilis maternos; falta de tratamento do parceiro sexual e falha na comunicação entre as equipes de saúde.

Devido à recusa por parte de indústrias farmacêuticas em produzir a única medicação que assegura a cura da Sífilis (Penicilina Benzatina), já que a matéria prima para essa produção é barata e por isso não está havendo lucros, e que contribuiu – se para um aumento no número de crianças que nasceram com essa doença, uma medida estratégica que o governo deveria adotar seria o aumento no preço da Penicilina.

O plano de assistência que deve ser adotado se constitui na ampliação de testes rápidos para diagnósticos, o tratamento da gestante, que deve ser realizado preferencialmente até o primeiro trimestre de gestação, visto que muitos casos de Sífilis em gestantes são diagnosticados no terceiro trimestre, e infelizmente nessa fase o tratamento já não é tão eficaz para a proteção do bebê; busca ativa de parceiros sexuais para que possa realizar o tratamento junto à gestante.

5. REFERÊNCIAS

AQUINO, G. T.; SILVA, H. C. G. Perfil das mulheres portadoras de sífilis gestacional em Santa Catarina no ano de 2012. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 44, n. 4, p. 72-81, out./dez. 2015.

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 52-55, fev. 2012.

ANDRADE, R. F. V. et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 188-193, out./dez. 2011.

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia da Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012.

ARAUJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 20, n. 1, p. 47-51, mar. 2006.

BITTENCOURT, R. R.; PEDRON C. D. Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 9-17, jan./jun. 2012.

BLENCOWE, H. et al. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, London, v.11, n. Suppl. 3, p. S9, apr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília: MS, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**, Brasília, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, ano I, n. 1, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**, Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, ano IV, n. 1, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL vive epidemia de sífilis. **Revista Veja**, 21 out. 2016. Disponível: <<http://veja.abril.com.br/saude/brasil-vive-epidemia-de-sifilis/>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

CAMBRICOLI, Fabiana. Notificações de casos de grávidas com sífilis aumentam 1.047%. **O Estado de S. Paulo**, 29 maio 2015. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,notificacoes-de-casos-de-gravidas-com-sifilis-aumentam-1047,1696341>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

CAMPOS, A.L.A et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza,,Ceará, Brasil: um agravado sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p.1747-17 55, set. 2010.

CAMPOS, N. **Idade da mulher ainda é a principal causa da infertilidade entre os casais**, São Paulo, 8 ago. 2012. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/08/08/habitos-saudaveis-prevencao-a-doencas-e-se-lembrar-do-relogio-biologico-determinam-fertilidade.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

COSTA, C. C et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, fev. 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev. 2013.

DOMINGUES, R.M.S.M et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, p. 766-774, out. 2014.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A.M.N. **Crêterios diagnôsticos e tratamento da sífilis congênita**. São Paulo: Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

HELAL, F.W. Casos de sífilis em recém-nascidos triplicam no país. **O Globo**, 18 fev. 2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/casos-de-sifilis-em-recem-nascidos-triplicam-no-pais-18698475>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

JORNAL NACIONAL. **Aumento de casos de sífilis e outras doenças preocupa autoridades**. 19 fev. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2016/02/aumento-de-casos-de-sifilis-e-outras-doencas-preocupa-autoridades.html>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

LABOISSIÈRE, P. Sífilis avança e deve chegar a quase 42 mil casos entre gestantes neste ano. **Agência Brasil**, EBC, 3 mar. 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-03/sifilis-avanca-no-pais-e-deve-superar-42-mil-casos-entre-gestantes-este-ano>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

LOPES, V; VALE, J.H. Parceiros não se tratam contra a sífilis com a mesma frequência das mulheres. **EM**, Minas Gerais, 28 nov. 2016. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/11/28/interna_gerais,827662/parceiros-nao-se-tratam-contra-a-sifilis-junto-com-as-mulheres.shtml>. Acesso em: 28 abr. 2017.

NASCIMENTO, A.A et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, mar. 2011.

NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 56, fev. 2012.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Med**, San Francisco, v. 10, n. 2, p. e1001396, fev. 2013.

OLIVEIRA, F.A.S **Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres em Idade Fértil**: um estudo populacional. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2004. Mestrado em Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.saudepublica.ufc.br/imagens/uploads/dissertacoes/f7781f24fe8e87fafb099925a3ebfd8a.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 108-111, abr./jun. 2011.

PAEZ, M.; RIVEROS, M.I.R. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congênita en el sub sector público a nível nacional, Paraguay - 2000-2004. **DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 18, p. 117-123, abr./jun. 2006.

SAMPAIO, J.et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/Aids no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, jan./mar.2011.

SANTOS, G. C. et al. Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas pelo SUS em município da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 39, n. 3, p. 529-541, jul./set. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, ago. 2008.

SOUZA, N. Aumento de casos de sífilis congênita preocupa especialistas em saúde. **Jornal O Dia**, 23 fev. 2016. Disponível em: <<http://www.portalodia.com/noticias/saude/aumento-de-casos-de-sifilis-congenita-preocupa-especialistas-em-saude-260978.html>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

TRIDAPALLI, E. et al. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. **Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition**, London, v. 97, n. 3, p. 211-213, maio 2012.