

WARLEI NUNES DE SOUZA

**SÍFILIS GESTACIONAL POR REGIÕES BRASILEIRAS:
Avaliação epidemiológica de 2008 a 2014**

Trabalho apresentado em quanto requisito parcial de aprovação na disciplina de Monografia / Trabalho de Conclusão de Curso do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB, sob orientação do professor Lincoln Agudo Oliveira Benito.

BRASÍLIA

2015

SÍFILIS GESTACIONAL POR REGIÕES BRASILEIRAS: Avaliação epidemiológica de 2008 a 2014.

Warlei Nunes de Souza¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

Resumo: A sífilis merece destaque por ser uma doença infecciosa, sistêmica de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*. Tem o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório. Sua transmissão ocorre de forma sexual ou vertical. A presente pesquisa objetivou avaliar a incidência da sífilis gestacional por regiões brasileiras no recorte histórico de 2008 a 2014, descrevendo o perfil epidemiológico das gestantes que tiveram sífilis, verificando em quais regiões do Brasil tiveram maior e menor incidência e avaliando quanto à realização do pré-natal, faixa etária das gestantes, diagnóstico e tratamento do parceiro. Trata-se de estudo classificado enquanto transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em agosto de 2015, a partir do banco de dados disponível na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), onde contém informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Foram notificados 91.466 casos de sífilis gestacional no país mostrando uma série ascendente ano a ano. A maioria das gestantes realizaram pré-natal 74.2% (n=48.990), possuíam de 20 a 29 anos 51.4% (n=47.045) e baixo nível de instrução 21,5% (n=19.730). O tratamento inadequado das gestantes e a falta de tratamento dos parceiros mostram-se como realidade no Brasil. A incidência de sífilis gestacional e congênita é indicadora da qualidade da assistência pré-natal. O aumento dos coeficientes epidemiológicos, nos últimos sete anos (07), reforça a necessidade de ações voltadas para o controle desse importante agravo.

Descritores: Sífilis. Gestacional. Vigilância epidemiológica. Cuidado Pré-natal.

SYPHILIS GESTATIONAL IN BRAZILIAN REGIONS: Epidemiological evaluation 2008-2014

Abstract: Syphilis noteworthy for being an infectious disease, systemic world-wide and chronic evolution caused by *Treponema pallidum*. He has the man as the sole host, transmitter and reservoir. It is transmitted sexually or vertically. This research aimed to evaluate the incidence of gestational syphilis Brazilian regions in the historical period from 2008 to 2014, describing the epidemiological profile of pregnant women who had syphilis, checking in which regions of Brazil had higher and lower incidence and evaluating as to the realization of the pre- natal, age of pregnant women, diagnosis and partner treatment. It is study classified as transversal and descriptive, with quantitative approach, performed in August 2015 from the database available at the Secretary of Health Surveillance (SVS) of the Ministry of Health (MOH), which contains information of the chips the National System for Notifiable Diseases (SINAN). It was reported 91 466 cases of gestational syphilis in the country showing a rising number year by year. Most pregnant women received prenatal 74.2% (n = 48,990) had of 20 to 29 years 51.4% (n = 47,045) and low level of education 21.5% (n = 19,730). Improper treatment of pregnant women and the lack of treatment of partners show up as reality in Brazil. The incidence of gestational and congenital syphilis is indicative of the quality of prenatal care. The increase in epidemiological coefficients for the past seven years (07), reinforces the need for actions to control this major grievance.

Descriptors: Syphilis. Gestational. Epidemiological surveillance. Prenatal Care.

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB. warleyns@globo.com;

²Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Docente de Enfermagem do UNICEUB. lincolnbenito@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma enfermidade sistêmica, exclusiva do ser humano, conhecida desde o século XV, e sua abordagem de estudo ocupa todas as especialidades médicas. Tem o contato sexual como principal via para transmitir a doença, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Também pode ser transmitida por transfusão sanguínea. A apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável e complexa (BRASIL, 2010).

Segundo Zugaib (2012), a sífilis é classificada em: Primária quando ocorre o desenvolvimento do cancro duro no local da inoculação, secundária quando surge em um período que varia de 1 a 2 meses depois do aparecimento do cancro duro, latente quando não há manifestações clínicas da doença e terciária quando ocorre o aparecimento de nódulos cutâneos ou gomas sífilíticas que, quando não tratada, pode comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, respiratório e gastrointestinal.

O agente etiológico da sífilis, a espiroqueta *Treponema pallidum*, assim denominada devido à dificuldade de se corar com as técnicas existentes na época, foi descoberto em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha. Em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis (MAGALHÃES, 2011).

Após a descoberta da penicilina, na década de 1940, observou-se uma queda importante na incidência da doença, para novamente ressurgir em taxas dramáticas no fim da década de 1980 e início de 1990, provavelmente por causa da coinfeção pelo HIV e do abuso de drogas. Mais de 80% das mulheres com sífilis estão em idade reprodutiva e, dessa forma, sob risco de transmissão vertical da doença (ZUGAIB, 2012).

Acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos 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 varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25% (CAMPOS et al., 2010).

No Brasil, o MS, assim como em outros países e localidades, tornou compulsória a notificação da sífilis congênita por meio da publicação da Portaria n.º 542, de 22 de dezembro de 1986. Em 1993, o mesmo ministério, propôs um programa nacional para a erradicação da sífilis congênita, conforme a proposta para o controle desse agravo nas Américas formulada

pelas Organizações Mundial (OMS) e Pan-Americana de Saúde (OPAS), definindo, como meta, uma incidência menor ou igual a um caso por mil nascidos vivos, meta oficial que não foi atingida por nenhuma das nações envolvidas nesse acordo até a presente data (VIEIRA, 2005).

A partir do ano de 2005, o MS incluiu a sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória, na tentativa de controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhar adequadamente o processo da infecção, podendo, assim, planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2012). Contudo, a redução da transmissão vertical ainda é um grande desafio para nosso país (BRASIL, 2009).

Assim, o MS, por meio da resolução n.º 41 de 24 de março de 2005, estabelece que, o teste não treponêmico (VDRL), deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto ou curetagem (SESSP, 2008).

Quanto ao tratamento, o MS preconiza que, as gestantes sejam tratadas com a penicilina, por ser a única droga que trata o feto. Caso a gestante apresente sensibilidade a essa medicação, é necessário desensibilizá-la, e assim proceder com o tratamento de acordo com o estágio da doença (BRASIL, 2010).

A dose recomendada é 2.400.000 UI de penicilina benzatina para a sífilis primária, 2.400.000 UI por duas semanas consecutivas para a sífilis secundária ou latente recente e 2.400.000 UI por três semanas consecutivas, para a sífilis tardia ou de duração indeterminada (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

O tratamento é considerado adequado quando todas as doses prescritas são realizadas com penicilina, de acordo com o estágio da doença, finalizado pelo menos trinta (30) dias antes do parto e tendo sido o parceiro tratado concomitantemente com a mesma dosagem (KOLBE, 2010).

Diante disso, a presente pesquisa objetivou avaliar a incidência da sífilis gestacional por regiões brasileiras, no período compreendido entre 2008 a 2014, descrevendo o perfil epidemiológico das gestantes que tiveram sífilis, verificando em quais regiões do Brasil tiveram maior e menor incidência e avaliando quanto à realização do pré-natal, faixa etária das gestantes, diagnóstico e tratamento do parceiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo classificado enquanto transversal e descritivo, com abordagem quantitativa em que se avaliou a frequência de casos registrados de sífilis gestacional no recorte geográfico formado pelas regiões brasileiras, no recorte histórico formado pelos anos de 2008 a 2014.

Para construção do presente estudo, procedeu à solicitação de dados junto a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), onde contém informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Foram também realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos junto à base de dados informatizados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (Scielo).

Foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DESC), sendo os mesmos, “Sífilis” com o número de registro “24320” e identificador único “D013587”, “Gestantes” com o número de registro “37736” e identificador único “D07841”, “Cuidado Pré-natal” com o número de registro “11731” e identificador único “D011295”, “Epidemiologia” com o número de registro “22080” e identificador único “Q000453”, adquirindo desta forma, artigos de periódicos científicos e publicações oficiais.

Após a aquisição dos dados, os mesmos foram organizados para posterior análise, utilizando o Software Microsoft Excel 2010[®], pertencente ao pacote Microsoft Office 2010[®], for Windows[®].

Nesse sentido, foi possível construir categorias analíticas, sendo elas: “Realização do pré-natal”, “Momento do diagnóstico” “Faixa etária”, “Escolaridade”, e “Tratamento do parceiro”.

RESULTADOS

Com base nos dados analisados, na tabela 1 foi possível verificar que, no recorte histórico em análise, foram notificados um universo de 91.466 casos de sífilis em gestantes no Brasil. A região Sudeste foi a que apresentou maior frequência de casos, sendo um total de 44,8% (n=40.086) e a região Centro-Oeste foi aquela que registrou a menor frequência dentre as analisadas, ou seja, um total de 10,1% (n=9.304).

Tabela 1 - Casos e taxa de detecção (TD) (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis segundo região de notificação por ano de notificação. Brasil, 2008-2014.

Ano / Região	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
	n° td	n° td	n° td	n° t.d	n° td	n° td	n° td	n°
Brasil	7.920 8,6	8.759 9,5	10.347 11,3	14.399 15,7	17.147 18,7	21.382 23,3	11.512 12,5	91.466
Sudeste	2.681 33,8	3.124 35,6	4.166 40,2	6.501 45,1	8.182 47,7	10.052 47,0	5.380 46,7	40.086
Nordeste	1.993 25,1	2.174 24,8	2.540 24,5	3.398 23,5	3.863 22,5	4.453 20,8	2.359 20,4	20.780
Norte	1.342 16,9	1.429 16,3	1.433 13,8	1.693 11,7	1.758 10,2	2.141 10,0	1.110 9,4	10.906
Sul	726 9,1	861 9,8	1.021 9,8	1.476 10,2	1.931 11,2	2.795 13,0	1.600 13,8	10.410
Centro-Oeste	1.178 14,8	1.171 13,3	1.187 11,4	1.331 9,2	1.413 8,2	1.961 9,1	1.063 9,2	9.304

FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **NOTA:** Casos notificados no Sinan até 30/06/2014.

Na tabela 2 foram evidenciados os seguintes dados: o número de casos de sífilis congênita, segundo a realização do pré-natal, de 66.010 casos analisados observou-se que 74,2% (n=48.990) realizaram o pré-natal, 21,9% (n=14.522) não realizaram o pré-natal e 6,8% (n=4.504) ignoraram ou responderam em branco.

Quanto ao momento do diagnóstico da sífilis materna, a maioria ocorreu durante o pré-natal 56,5% (n=27.728) dos casos. 29,8% (n=14.648) foram diagnosticadas durante o parto ou curetagem, 9,5% (n=4.675) descobriram após o parto, 0,5% (n=248) não tiveram seu diagnóstico realizado e 3,4% (n=1691) foram ignorados ou deixados em branco.

Em relação à idade das gestantes com sífilis, a faixa etária variou de 10 a mais de 40 anos. Sendo que a maioria da população estudada tinha entre 20 e 29 anos, representando um total de 51,4% (n=47.045), o que mostra que a sífilis é predominante nessa faixa etária por se tratar da idade reprodutiva. Observou-se uma porcentagem relativamente significativa de mães com sífilis na adolescência, correspondendo a 24,3% (n=22.312). De 40 anos acima, foram registrados 2,5% (n=2.324). Um dado que chama a atenção é a ocorrência de sífilis em gestantes com a idade entre 10 e 14 anos. No total foram notificados 1,4% (n=1.368), demonstrando início precoce da vida sexual.

Quanto à escolaridade das gestantes, foi identificada desde o analfabetismo até o nível superior completo. Observamos o predomínio da doença em pessoas com baixo nível de instrução, sendo que o maior número de casos está concentrado entre mulheres que apresentaram de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental, registrando 21,5% (n=19.730). O sub-registro também se fez presente nessa variável: 29,6% (n=27.090) dos

casos notificados, sendo um resultado muito significativo o que compromete a perfeita interpretação dos dados.

Na categoria tratamento do parceiro, 54,4% (n=26,752) não fizeram o tratamento, 19,7% (n=9,684) fizeram o tratamento e 22,4% (n=11,058) foram ignorados ou deixados em branco, o que compromete a interpretação dos dados.

Tabela 2 - Casos de sífilis congênita segundo realização de pré-natal, momento de diagnóstico de sífilis da mãe, gestantes com sífilis segundo a faixa etária, escolaridade por ano de notificação, tratamento do parceiro e ano de diagnóstico. Brasil, 2008-2014.

Brasil	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%
Realizou Pré-Natal								
Sim	4.278	4.341	5.063	6.966	8.543	10.280	5.239	48.990
	74,3	71,6	73,0	73,4	73,3	74,8	76,9	74,2
Não	1.049	1.243	1.360	1.832	2.396	2.543	1.148	14.522
	18,2	20,5	19,6	19,3	20,5	18,5	16,8	21,9
Ing/Branco	427	478	510	689	713	916	421	4.504
	7,4	7,8	7,3	7,2	6,1	6,6	6,1	6,8
Total	5.754	6.062	6.933	9.487	11.652	13.739	6.808	66.010
	100	100	100	100	100	100	100	100
Momento do diagnóstico da sífilis materna								
Durante o pré-natal	2.290	2.290	2.802	3.946	4.837	6.030	3.116	27.728
	53,5	52,7	55,3	56,6	56,6	58,6	59,4	56,5
No momento do parto/curetagem	1.403	1.394	1.572	2.089	2.581	2.861	1.465	14.648
	32,7	32,1	31,0	29,9	30,2	27,8	27,9	29,8
Após o parto	407	482	522	685	789	966	483	4.675
	9,5	11,1	10,3	9,8	9,2	9,3	9,2	9,5
Não realizado	24	23	27	36	30	50	24	248
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5
Ing./Branco	154	152	140	210	306	373	151	1.691
	3,5	3,5	2,7	3,0	3,5	3,6	2,8	3,4
Total	4.278	4.341	5.063	6.966	8.543	10.280	5.239	48.990
	100	100	100	100	100	100	100	100
Faixa Etária								
10 a 14	100	116	166	215	278	324	169	1.368
	1,2	1,3	1,6	1,4	1,6	1,5	1,4	1,4
15 a 19	1.438	1.718	2.106	3.247	4.075	5.436	2.924	20.944
	18,1	10,6	20,3	22,5	23,7	25,4	25,3	22,8
20 a 29	4.317	4.657	5.432	7.333	8.674	10.783	5.849	47.045
	54,5	53,1	52,4	50,9	50,5	50,4	50,8	51,4
39 a 39	1.842	2.002	2.356	3.185	3.701	4.375	2.293	19.754
	23,2	22,8	22,7	22,1	21,5	20,4	19,9	21,5
40 ou mais	220	262	282	416	413	458	273	2.324
	2,7	2,9	2,7	2,8	2,4	2,1	2,3	2,5
Ing./Branco	3	4	5	3	6	6	4	31
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	7.920	8.759	10.347	14.399	17.147	21.382	11.512	91.466
	100	100	100	100	100	100	100	100
Escolaridade								
Analfabeto	173	158	157	191	176	183	107	1.145
	2,1	1,8	1,5	1,3	1,0	0,8	0,9	1,2

1ª a 4ª série incompleta do EF	1.000 12,6	1.033 11,7	1.013 9,7	1.276 8,8	1.455 8,4	1.502 7,0	778 6,7	8.057 8,8
4ª série completa do EF	617 7,7	676 7,7	704 6,8	893 6,2	965 5,6	966 4,5	474 4,1	5.295 5,7
5ª a 8ª série incompleta do EF	1.707 21,5	1.928 22,0	2.278 22,0	3.203 22,2	3.747 21,8	4.437 20,7	2.430 21,1	19.730 21,5
Ensino Fundamental completo	713 9,0	816 9,3	933 9,0	1.287 8,9	1.633 9,5	2.007 9,3	1.030 8,9	8.419 9,2
Ensino Médio incompleto	627 7,9	752 8,5	1.003 9,6	1.390 9,6	1.835 10,7	2.586 12,0	1.432 12,4	9.625 10,5
Ensino Médio completo	27 0,3	29 0,3	22 0,2	25 0,1	34 0,1	20 0,0	4 0,0	161 0,1
Educação Superior incompleta	39 0,4	51 0,5	85 0,8	110 0,7	132 0,7	195 0,9	113 0,9	725 0,7
Educação Superior completa	27 0,3	48 0,5	49 0,4	67 0,4	108 0,6	149 0,6	95 0,8	543 0,5
Ing./Branco	2.370 29,9	2.424 27,6	3.039 29,3	4.387 30,4	5.092 29,6	6.431 30,0	3.347 29,0	27.090 29,6
Total	7.920 100	8.759 100	10.347 100	14.399 100	17.147 100	21.382 100	11.512 100	91.466 100
** Tratamento do parceiro								
Sim	422 18,2	388 16,4	539 18,7	714 17,7	923 18,7	1.124 18,2	625 19,5	9.684 19,7
Não	1.404 60,5	1.447 61,4	1.809 62,7	2.590 64,3	3.061 62,0	3.725 60,4	1.921 60,1	26.752 54,4
Ing./Branco	492 21,2	520 22,0	533 18,5	719 17,8	949 19,2	1.317 21,3	648 20,2	11.058 22,4
Total	2.318 100	2.355 100	2.881 100	4.023 100	4.933 100	6.166 100	3.194 100	49.155 100

FONTE: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **NOTAS:** Casos notificados no Sinan até 30/06/2014. ** Para essa tabulação foram excluídos os casos em que a gestante não fez pré-natal.

DISCUSSÃO

Por meio do presente estudo, foram identificadas oito (08) evidências, sendo as mesmas: 1 - O aumento ano a ano no quantitativo de registro de sífilis gestacional no período analisado; 2 - Qualidade da atenção pré-natal; 3 - Momento do diagnóstico; 4 - Maior incidência em gestantes com faixa etária entre 20 e 29 anos; 5 - Menor incidência entre gestantes adolescentes; 6 - Maior incidência em gestantes com baixo nível de instrução; 7 - Registro de sífilis em gestantes com formação de nível superior; 8 - A maioria dos parceiros não realizaram tratamento.

É nítido o aumento no número de casos de sífilis gestacional notificados ano a ano no Brasil. Conforme alguns estudos, essa ascensão não está relacionado somente ao número de casos que se multiplicou, mas também com o aumento no número de notificações, ou seja, representa uma melhoria no sistema de notificação, atribuída a vigilância epidemiológica do Brasil, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal, em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e

também pela implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (XIMENES et al., 2008). Nesse sentido, Brasil (2015) declara que o aumento gradual na notificação de casos deveu-se ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou a ampliação da cobertura de testagem das gestantes e acompanhamento dos casos.

A atenção pré-natal tem como objetivo principal, acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável. Para tanto, deve garantir a captação precoce da gestante (até 120 dias da gestação), a realização de no mínimo seis consultas e a oferta de exames laboratoriais básicos, destacando-se o VDRL (BRASIL, 2005).

No estudo em questão, a maior parte das gestantes realizou acompanhamento pré-natal, o que é importante, pois essa assistência é um fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde (LEAL et al., 2015). Entretanto, avaliações sobre a qualidade do pré-natal têm apontado resultados insatisfatórios, em que menos da metade das gestantes receberia acompanhamento adequado (ARAÚJO et al., 2012; FONSECA; KALE; SILVA, 2015). Tal fato é confirmado pelo elevado número de sífilis congênita no país, o que é reflexo de deficiências na assistência oferecida às gestantes (LIMA et al., 2013).

O pré-natal representou o momento mais relevante para diagnosticar a sífilis, de acordo com o presente estudo, sendo, essa assistência, considerada uma ferramenta importante no processo de erradicação da sífilis. Entre suas ações, destacam-se a captação precoce da gestante, o acompanhamento da gravidez, o teste rápido VDRL na primeira consulta e outro próximo ao terceiro trimestre de gestação. Além disso, é o momento perfeito para aconselhamento e tratamento da gestante e dos parceiros sexuais acometidos pela infecção (CARVALHO; BRITO, 2014). No Brasil, cerca de 95% dos partos, são realizados em ambiente hospitalar. Logo, se durante o pré-natal, realizado nas unidades básicas de saúde, não fez o diagnóstico e o tratamento da sífilis, há mais uma oportunidade de fazê-lo no momento em que essa gestante é admitida para o parto, podendo ser detectada a transmissão vertical e tratar os recém-nascidos (RN) infectados, evitando, dessa maneira, a manifestação da sífilis e possíveis sequelas (DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007).

O maior grupo de caso de mulheres notificadas está entre 20 e 29 anos por ser o auge da fase reprodutiva, o que justifica um maior número de gestações nessa faixa etária (SARACENI et al., 2005; FIGUEIRÓ-FILHO, 2011; BRASIL, 2012). Outro aspecto que nos chama a atenção, é o número de gestantes adolescentes com sífilis. Isso, possivelmente, demonstra que as adolescentes estão iniciando sua vida sexual precocemente e de forma

desprotegida. É necessário que haja o incentivo para que usem preservativos durante as práticas sexuais e também iniciem sua vida sexual mais tarde (CAMPOS et al., 2010).

Em consonância com outros estudos, no que se refere à categoria escolaridade das gestantes que contraíram sífilis, há maior prevalência está em mulheres com baixo nível de instrução. Com base nas notificações, 21.5% (n=19.730) das gestantes não concluíram o Ensino Fundamental. Saraceni et al., (2005), confirma declarando que são gestantes com baixa condições sócio-econômicas, mais jovens e com menor escolaridade. De comum acordo, Vieira (2005) descreve alguns fatores e determinantes de risco que contribuem para que a prevalência da sífilis, ou seja, urbanização caótica, baixa escolaridade, desemprego e aumento da pobreza na sociedade.

Um dado mais atualizado, evidenciado por Brasil (2015), confirma tais afirmações. Entretanto mostra um elevado sub-registro, que corresponde a 29.6% (n=27.090) dos casos, o que compromete a correta e perfeita interpretação dos dados. Observou-se também a ocorrência de casos de sífilis gestacional em mulheres com formação de nível superior. Espera-se que essa população tenha conhecimentos mínimos acerca das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e suas formas de prevenção, além da importância da realização do pré-natal.

O presente estudo também demonstra um aumento no número de casos de parceiros não tratados em todos os anos analisados, o que ocasiona falha no controle da transmissão da doença, tendo em vista que, o parceiro não tratado indica acompanhamento inadequado da gestante (XIMENES et al., 2008). Não há como esperar o mínimo de controle da sífilis na gestação, se um grande número de parceiros não é abordado juntamente com as gestantes durante o pré-natal. A grande maioria não se submete a exames para diagnóstico, muito menos fazem o tratamento conforme preconizados para as gestantes, o que ocasiona a essas mulheres, a reinfecção e o aumento na transmissão vertical. Recomenda-se então que seja feita a abordagem interdisciplinar das famílias, com o objetivo de garantir o seguimento dos casos de sífilis, a adesão ao tratamento e ao controle da circulação do *Treponema pallidum* (DUARTE, 2007).

Por fim, é importante que sejam feitas as notificações no SINAN como forma de controle da sífilis gestacional e congênita, porque, ao se coletar, transmitir e disseminar dados sobre os agravos de notificação compulsória, o SINAN torna-se um importante instrumento no auxílio do planejamento da saúde, definindo prioridades de intervenção e respostas, além de permitir que seja avaliado o impacto dessas (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todos os esforços do MS em tentar diminuir o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Brasil, observar-se, por meio dos dados analisados, que ainda há um longo caminho a ser percorrido para se alcançar a meta nacional de controle desse importante agravo à saúde pública.

Este estudo revelou alguns pontos frágeis na assistência e na prevenção da sífilis, tais como a ausência da investigação dos casos de sífilis de forma assertiva na gravidez; o tratamento ineficiente da gestante e, principalmente, o não tratamento do parceiro.

Para que haja mudança nessa realidade, é necessário que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, participem de forma ativa da realização de atividades de educação em saúde, como palestras nas escolas, nas comunidades e principalmente na mídia, abordando e incentivando as formas de prevenção da doença em homens e mulheres com faixa etária descrita e abordada nesse estudo, realizando todo o fluxo de ações preconizado pelo MS, desde o diagnóstico precoce de sífilis até a notificação de todos os casos de sífilis gestacional.

É imprescindível que haja maior participação das equipes da ESF, as quais são de extrema importância por estarem trabalhando na linha de frente com essas famílias, colaborando assim para a promoção da saúde em tentar acabar com essa doença no Brasil. As equipes da ESF são a porta de entrada ao sistema de saúde para essas famílias, portanto são elas que formam um vínculo de maior proximidade entre os profissionais de saúde e os usuários, principalmente entre os parceiros das gestantes infectadas, para que eles mesmos também façam o tratamento necessário.

Por fim, é interessante que sejam feitas avaliações com os profissionais de saúde, principalmente com os enfermeiros que realizam a assistência durante o pré-natal, para que se teste o conhecimento acerca da sífilis, tais como sintomatologia, diagnóstico e tratamento, para saber o porquê de tantas oportunidades que, provavelmente, foram perdidas na abordagem dessas gestantes na hora do diagnóstico, do tratamento ou da captação do parceiro dessa mulher para o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.** Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde; **Gerência de DST/Aids e Hepatites.** Boletim Epidemiológico de DST/Aids do Distrito Federal. Brasília, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais.** Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais.** Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília, 2015.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, jun. 2014.

DONALISIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. 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. **Revista Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 16, n.3, p. 165-173, set. 2007.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 171-174, abr. 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 24, n. 1, p. 32-37, jan./mar. 2012.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, abr./jun. 2015.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo, dez. 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/tratamento_sifilis.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.

KOLBE, C. **Conhecimento da puérpera quanto à necessidade do tratamento para prevenção da sífilis congênita**. Trabalho de conclusão de curso de Enfermagem. 38f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar. 2015.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506. fev.. 2013

MAGALHÃES, D. M. S. **Perfil sócio demográfico e antecedente obstétrico associado à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes no Distrito Federal**. 52 f. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista. 2011.

SESSP (Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo). Sífilis congênita e sífilis na

gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, ago. 2008.

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, jul./ago. 2005.

VIEIRA, A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de carapicuíba-sp: ainda uma realidade em 2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2005.

XIMENES, I. P. E. et al. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set. 2008.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole Ltda, 2012.