



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB**  
**Trabalho de Conclusão de Curso – TCC**  
**Artigo de Revisão Integrativa**

# **Sífilis congênita e o manejo da sífilis no pré-natal realizado pelo Sistema Único de Saúde: uma abordagem integrativa**

## **Pesquisadores:**

Profa. Alessandra de Cassia Gonçalves Moreira – Orientadora  
Fernanda de Lima Oliveira – Graduanda de Medicina

**BRASÍLIA, 2020**

# **Sífilis congênita e o manejo da sífilis no pré-natal realizado pelo Sistema Único de Saúde: uma abordagem integrativa**

## **Congenital Syphilis and the management of syphilis in prenatal care executed by the Unified Health System: an integrative approach**

### **Resumo**

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico e é transmitida, predominantemente pela via sexual ou pela via vertical, que pode gerar casos de sífilis congênita caso a gestante infectada não seja tratada adequadamente. A transmissão vertical da sífilis ainda é um problema de saúde pública a ser solucionado no Brasil, com aumentos recentes de notificações de sífilis em gestantes e nos seus conceptos.

Métodos: Revisão integrativa, com busca nas bases de dados BVS e Scielo, a partir dos descritores “Sífilis Congênita”, “Sífilis”, “Gravidez”, “Cuidado Pré-Natal”, “Diagnóstico Pré-Natal” e “Triagem Neonatal”, resultando 241 artigos na BVS e 100 artigos na Scielo. Após critérios de inclusão e de exclusão, a presente revisão foi concluída com 7 artigos dentre todos analisados, após inseridos critérios de inclusão e de exclusão, com subsequente extração dos dados mais relevantes destes.

Resultados: Os sete artigos compreenderam um período de 2016 a 2020, sendo todos referentes à realidade brasileira. Observa-se que grande parte das gestantes brasileiras com sífilis se encontram em situação de vulnerabilidade e tiveram acompanhamento pré-natal. Há necessidade de aprimorar ainda mais a qualidade da Atenção Primária à Saúde. O diagnóstico materno tardio impossibilita o tratamento adequado, sendo a janela de tratamento entre infecção e tratamento devendo ser de até 30 dias antes do parto, e está relacionado ao aumento de casos de sífilis congênita em diversos estados.

Foi possível observar que tanto na abordagem quanto no manejo da sífilis no pré-natal ainda está distante do ideal, contribuindo para o aumento da ocorrência de sífilis congênita.

DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) / palavras-chave: Sífilis Congênita; Sífilis; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Diagnóstico Pré-Natal; Triagem Neonatal.

### **Introdução**

A sífilis é uma infecção sistêmica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas. Sua transmissão ocorre, predominantemente, pela via sexual e pela via vertical. Verticalmente, é maior a frequência de transmissão intraútero, mas também pode ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa. A probabilidade de

ocorrência de Sífilis Congênita (SC) é influenciada pelo estágio da doença na mãe e pela duração da exposição fetal, sendo esta maior (cerca de 70 a 100%) quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária, podendo ser transmissível, entretanto, em qualquer estágio da doença. <sup>1</sup> A transmissão vertical da sífilis ainda é um problema de saúde pública a ser solucionado no Brasil. <sup>2,3,4</sup>

Desde 1986, a sífilis congênita é considerada uma doença de notificação compulsória pela Portaria nº 542, mas os casos suspeitos ou confirmados de sífilis na gestação só foram incluídos como agravos na Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória pela Portaria nº 33, em 2005. <sup>5,6</sup> Sendo assim, mesmo que ainda precisemos enfrentar a subnotificação, é possível perceber que os casos registrados possuem grande relevância epidemiológica. <sup>7</sup> Em 2017, o Ministério da Saúde (MS) atualizou os critérios de notificação de sífilis em gestante e a definição dos casos de SC, estabelecendo avaliação necessária apenas da história clínico-epidemiológica da mãe e/ou dos critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta, com vistas a evitar a subnotificação de casos. <sup>8</sup>

Analisando os dados disponíveis no Sistema De Informação De Agravos De Notificação (SINAN), percebe-se que houve um aumento importante de notificações de sífilis congênita, estando registrados 46.676 casos, no período de 1998 a 2008, e 168.215 casos, no período de 2009 a 2019, um aumento de 260,4%. Além disso, houve aumento de notificações de sífilis em gestantes, sendo registrados 18.942 casos de 2005 a 2008 e 305.379 casos de 2009 a 2019, um aumento de 1512,2%. <sup>9</sup> Sendo assim, observa-se que as metas da PAHO e da OMS ainda permanecem longe de serem atingidas no país. <sup>2,4</sup>

O aumento do número de casos de sífilis no país, seja adquirida, seja congênita ou na gestação, parece estar correlacionado, em parte, à elevação nos números de testagem (disseminação dos testes rápidos), à diminuição do uso de preservativos, à redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, mas também à assistência pré-natal e ao parto inadequadas. <sup>1,10,14</sup>

Há estudos que associam a SC a situações socioeconômicas menos favoráveis, indicando maior risco quando há relação com a pobreza, infecção pelo HIV, abuso de drogas, subutilização do sistema de saúde, gestantes adolescentes, raça/cor não branca, baixa escolaridade, história de infecções sexualmente transmissíveis (IST), história de sífilis em gestações anteriores, múltiplas parcerias sexuais e baixa renda. <sup>7,10</sup>

O diagnóstico da Sífilis na Gestação é simples e é preconizado para todo Pré-Natal pelo Ministério da Saúde (MS). Recomenda-se iniciar a investigação por um teste treponêmico, como o Teste Rápido para Sífilis, que é o mais disponível nacionalmente, sendo o diagnóstico confirmado por um teste não treponêmico, como o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) ou o RPR (*Rapid Plasma Reagin*). O VDRL é o representante mais comum entre os testes não treponêmicos, além de permitir quantificar os títulos dos anticorpos para acompanhamento da efetividade do tratamento. <sup>1,7,11</sup>

A SC pode ser prevenida quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente em cerca de 97% dos casos, visto que essa doença é considerada curável. O tratamento materno adequado é considerado pelo MS<sup>1</sup>, como o realizado com Penicilina Benzatina, tendo início do tratamento até 30 dias antes do parto, sendo o esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis e respeitando o intervalo recomendado entre as doses. As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, devendo ser tratados com, no mínimo, uma dose de Penicilina Benzatina. <sup>1,12,13</sup> No entanto, desde 2017, não se considera mais o tratamento adequado das parcerias na definição de casos de SC. <sup>8</sup>

A sífilis na gestação pode implicar em desfechos desfavoráveis como aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias. Portanto, como a infecção prévia não confere imunidade protetora, tornando a reinfeção possível a cada nova exposição, deve-se intensificar a frequência do rastreamento dessa doença durante a gestação para tentar prevenir esses desfechos. <sup>1,7,14</sup>

A SC, em si, é uma condição que pode ser evitada. Já que a abordagem da população geral é complicada, a assistência pré-natal adequada é essencial para prevenir casos da doença. É imperativo que a triagem de sífilis na gestante seja feita no tempo correto, associada à notificação compulsória da situação, tratamento adequado e rápido da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is). Dessa forma, a SC pode até ser considerada um evento sentinela que avalia a qualidade do cuidado pré-natal no âmbito do Sistema Universal de Saúde (SUS) brasileiro. <sup>1, 6,8,13,14</sup>

O presente estudo propôs-se a compilar e analisar dados relevantes sobre o manejo e a abordagem da sífilis no pré-natal, tomando como desfecho desfavorável o diagnóstico de Sífilis Congênita em neonatos de mulheres atendidas pelo SUS durante os seus cuidados pré-natais.

## **Métodos**

Este estudo é uma revisão integrativa, sendo compilados artigos selecionados para apresentar dados atualizados sobre o assunto em questão de forma clara e objetiva.

Foi realizada busca bibliográfica no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), contemplando, portanto, as bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), no período de 2015 a 2020, utilizando-se os seguintes descritores na língua portuguesa e inglesa: “Sífilis Congênita”, “Sífilis”, “Gravidez”, “Cuidado Pré-Natal”, “Diagnóstico Pré-Natal” e “Triagem Neonatal”. Tais descritores foram combinados de formas diferentes entre si em cada banco de dados, mas de formas semelhantes entre cada base.

Foram incluídos os artigos disponíveis na íntegra, escritos em língua inglesa e/ou em língua portuguesa, que tratavam de situações que contemplavam o manejo e a abordagem da sífilis no pré-natal e o desfecho de sífilis congênita no âmbito da saúde pública brasileira, no período de 2015 a 2020. Os critérios de exclusão foram artigo em duplicidade, não conter algum dos descritores utilizados, não corresponder ao objetivo desse estudo, não atender ao critério de relevância ao tema e não citar a sífilis congênita como desfecho desfavorável na sífilis na gestação.

Com a combinação destes descritores, foram identificados 241 artigos na BVS e 100 artigos na Scielo. Após filtragem inicial por meio dos critérios de inclusão citados anteriormente, obteve-se 23 artigos da BVS e 28 artigos da Scielo. Inicialmente, analisaram-se os títulos, os objetivos e os resumos dos 51 artigos selecionados. Foram selecionados 21 artigos para serem lidos na íntegra (7 da BVS e 14 da Scielo), e selecionados 7 artigos de interesse para este estudo. A seleção e extração dos dados dos artigos selecionados foi baseada na relevância para o tema estudado.<sup>15</sup>

## **Resultados**

Os sete artigos selecionados para o presente estudo estão representados no quadro 1. Compreenderam um período de 4 anos (entre 2016 a 2020), sendo todos referentes à realidade brasileira. Dos artigos, dois (28,57%) foram publicados no ano de 2016<sup>16,17</sup> e dois (28,57%), em 2019<sup>20,21</sup>.

Em relação ao idioma de publicação, cinco artigos (71%) foram escritos em língua portuguesa<sup>16,17,18,19,20</sup> e apenas dois (28%) em língua inglesa<sup>21,22</sup>, mas todos foram realizados no Brasil, sendo dois (28%) deles nacionais<sup>16,22</sup> e cinco (71%) deles contemplam, individualmente, regiões específicas do país.

No que se refere a metodologia, todos os artigos selecionados são artigos originais, dos quais apenas um (14%) adotou abordagem prospectiva<sup>16</sup>, sendo os demais (86%) retrospectivos, com uso de bancos de dados nacionais, como SINASC, SINAN, SIM e Boletins Epidemiológicos e/ou em bancos de dados específicos do local de estudo, como prontuários<sup>17-22</sup>. O estudo prospectivo utilizou um questionário para a coleta dos dados em 266 hospitais do país inteiro<sup>16</sup>.

**Quadro 1** - Distribuição dos artigos por título, autor, ano da publicação, população e local

<b>Título</b>	<b>Autor/Ano/Local</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>População</b>
Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil <sup>16</sup>	Domingues et al., 2016, Brasil.	Prospectivo de base hospitalar, com dados de seus respectivos prontuários eletrônicos e Cartões de Pré-Natal, e dados do SINAN.	Gestantes com sífilis na gestação, sem desfecho sífilis congênita (n = 162) Gestantes com desfecho sífilis congênita (n = 84)
Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle <sup>17</sup>	Lafetá et al., 2016, Montes Claros (MG).	Retrospectivo, com dados de prontuários eletrônicos de 3 maternidades e do SINAN.	Casos de sífilis gestacional (n=93) e casos de sífilis congênita (n=54).
Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos <sup>18</sup>	Soares et al., 2017, Guarapuava (PR).	Retrospectivo, com informações provenientes de bancos de dados dos hospitais e do SINAN.	Gestantes com sífilis (n=40) e conceptos infectados até um ano após o nascimento (n=12).
Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil <sup>19</sup>	Reis et al., 2018, Rio de Janeiro (RJ).	Retrospectivo, com informações provenientes do SINAN, SINASC e IBGE.	Casos de SC em menores de 1 ano (n=6.274).
Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita <sup>20</sup>	Conceição et al, 2019, Caxias (MA).	Retrospectivo, com informações provenientes do SINAN e do SINASC.	Mulheres com sífilis gestacional (n=149) e RNs com sífilis congênita (n=18).
Sífilis na gestação: a realidade em um hospital público <sup>21</sup>	Torres et al., 2019, Uberaba (MG).	Retrospectivo, com dados de prontuários eletrônicos do hospital em questão.	Mulheres com sífilis gestacional (n=268) e RNs com sífilis congênita (n=227).
Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras <sup>22</sup>	Benzaken et al., 2020, Brasil.	Retrospectivo, com informações provenientes do SINASC, SINAN, SIM e Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2018.	Nascidos vivos do período (n=659.095).

**Quadro 2** – Resultados e conclusões por autor

<b>Autor/Ano</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusões</b>
Domingues et al., 2016 <sup>16</sup>	- Incidência de SC = 3,51 por mil nascidos vivos. - Dos casos notificados ao SINAN, 4% foram natimortos e 3% abortos por sífilis.	- Além da transmissão vertical elevada, 33% dos RNs com diagnóstico de SC apresentaram desfechos negativos.

	<p>- Taxa de transmissão vertical = 34%.</p> <p>- Maior ocorrência do desfecho SC: faixa etária materna de 20 a 34 anos, menor a escolaridade materna e prevalência de infecção materna pelo HIV.</p> <p><u>Mulheres com SG:</u></p> <p>- Maioria da cor parda ou preta, menor escolaridade, viviam em menor nº com companheiro, menos trabalho remunerado e maior proporção de fatores de risco para prematuridade;</p> <p>- Maior prevalência de infecção pelo HIV;</p> <p>- Mulheres com transmissão vertical da infecção apresentaram início mais tardio da assistência PN, menor proporção de nº adequado de consultas, menor realização de uma ou duas sorologias para sífilis e menor registro de sorologias reagentes no cartão de PN;</p> <p>- Maioria realizou acompanhamento PN em unidades públicas de saúde.</p> <p><u>RNs com diagnóstico de SC:</u></p> <p>- Apresentaram três vezes mais sintomas, foram internados em proporção muito mais elevada (93%), seja em UTI ou em outros setores do hospital, e tiveram 2 a 3 vezes mais desfechos negativos, como o óbito.</p>	<p>- Há maior risco de transmissão vertical em mulheres Co infectadas pela sífilis e pelo HIV, necessitando de um cuidado PN adequado, mas apresentaram os piores indicadores desta assistência.</p> <p>- Apenas 26% dos desfechos adversos associados à SG foram evitados pela assistência PN.</p> <p>- Mais de 90% das mulheres incluídas no estudo receberam assistência PN, evidenciando a baixa capacidade deste cuidado para a identificação e tratamento das gestantes com sífilis.</p> <p>- Falhas na implementação das medidas de controle precisam ser superadas para alcance dos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis.</p>
<p>Lafeté et al., 2016.<sup>17</sup></p>	<p>- Baixa notificação: apenas 6% dos casos de sífilis em gestantes e 24% dos casos na forma congênita.</p> <p><u>Quanto às gestantes com SG:</u></p> <p>- 43% realizaram o nº mínimo de 6 consultas; 48% iniciaram o acompanhamento 1º trimestre.</p> <p>- A maioria das gestantes apresentou diagnóstico tardio no momento do parto ou da curetagem (62%);</p> <p>- 33% não recebeu nenhum tratamento, e a totalidade foi considerada inadequadamente tratada, principalmente devido ao não tratamento do parceiro (98%).</p> <p><u>Dos RNs de mães com SG:</u></p> <p>- 25% dos RNs não foram testados para sífilis e 6% não havia informação sobre rastreamento de sífilis.</p> <p>- Dos RNs testados para sífilis com VDRL registrado: 27% foram positivos; 23%, negativos; e 16% destes foram abortamentos ou natimortos.</p> <p>- Com relação aos demais exames complementares para investigação de SC (hemograma, radiografia de ossos longos e exame de líquido): em 45% dos casos nenhum desses exames foi realizado.</p> <p><u>Dos RNs com SC:</u></p> <p>- Apenas 51% desses foram medicados conforme orientação do MS durante a internação.</p> <p>- 88% foram assintomáticos, 88% não apresentava coinfeção e 77% foram classificados como AIG.</p> <p>- Maior nº de gestantes não realizou tratamento (35%) e a maioria possui diagnóstico tardio (92%); enquanto, entre os não infectados, 19% das gestantes não realizaram tratamento e 77% apresentaram diagnóstico tardio.</p>	<p>- Observa-se subnotificação dos casos de sífilis, fator fundamental para a identificação da magnitude do problema.</p> <p>- Embora a maioria das gestantes tenha feito o mínimo recomendado de seis consultas de PN, com início no 1º trimestre, a ocorrência de diagnóstico tardio foi muito elevada.</p> <p>- Nenhuma gestante foi considerada adequadamente tratada, visto que, o tratamento/ orientação da parceria sexual não foram valorizados.</p> <p>- Foram observadas falhas graves no cuidado pós-natal de RNs de gestantes portadoras de SG, onde 25% não foram testados para sífilis e, entre os portadores de SC, menos da metade realizou os exames complementares recomendados.</p> <p>- Há deficiência importante na triagem e manejo da doença em RNs de mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação.</p> <p>- Deficiências graves observadas no manejo da sífilis no PN e nos cuidados pós-natais do RN precisam ser corrigidas. Para isso, as políticas de controle da doença, precisarão envolver investimento em medidas que melhorem a identificação, tratamento e acompanhamento, bem como a notificação de casos no município.</p>
<p>Soares et al., 2017.<sup>18</sup></p>	<p>- Identificou-se 40 casos de gestantes com sorologia positiva para a doença (1%). No mesmo período e local, foram notificados no Sinan 5 casos (12%).</p> <p><u>Quanto ao perfil das gestantes com SG:</u></p> <p>- 75% tinha entre 20 a 34 anos; 60% com mais de 8 anos de estudo; 80% convive com o parceiro; 75% do lar; 15% com histórico de aborto e 2% de natimorto; 62% múltiparas; 80% sem tratamento prévio para sífilis; 62% foram classificadas como alto risco gestacional e 62% com mais de sete consultas de pré-natal;</p>	<p>- Houve falhas na detecção de SG e, mesmo quando detectada, a doença não foram tratada de forma adequada.</p> <p>- Houve descumprimento do protocolo de atenção ao PN quanto à testagem de sífilis.</p> <p>- Houve subnotificação dos casos detectados.</p> <p>- Apesar da maioria das mulheres no estudo terem iniciado o PN no 1º trimestre, apenas 62% realizou mais de 7 consultas, o que denota</p>

	<p>- 90% iniciaram PN no 1º trimestre;  - 77% das gestantes realizou o 1º exame VDRL durante o 1º trimestre: destas, 55% realizou apenas um exame;  - 67% foram tratadas para a SG, e 52% de seus parceiros não foram tratados;  <u>Dos 40 RNs de mães com sífilis:</u>  - 30% tiveram SC e, destes, 2% óbito fetal, 5% mal formações e 22% necessitaram de internação hospitalar.</p>	<p>falta de continuidade do cuidado, comprometendo as ações de controle da sífilis.  - Baixa proporção de tratamento dos parceiros, apesar de ser um dado acima do esperado para o Brasil (12%).  - Toda gestante com SG deve ser estratificada como alto risco, o que ocorreu em apenas 62% das mulheres deste estudo, uma falha importante do processo de cuidado no PN.</p>
<p>Reis et al., 2018.<sup>19</sup></p>	<p>- 73% das gestantes com desfecho de SC tinham, pelo menos, 1 consulta de pré-natal e 18% (1.112 gestantes) não tiveram acesso adequado ao pré-natal.  - Quanto ao momento do diagnóstico materno: 44% foram no momento do parto ou curetagem, 5% após o parto e 1% não teve diagnóstico.  - 86% dos casos de gestantes foram consideradas com tratamento inadequado ou não realizado.  - Em apenas 11% dos casos notificados de SC o(s) parceiro(s) sexual(is) foi(ram) tratado(s).  - Ocorreram 120 óbitos neonatais (2%), 364 abortos (6%) e 315 natimortos (5%).</p>	<p>- Há influência das deficiências relacionadas à assistência ao PN na persistência de elevados índices de SG e de SC.  - O indicador “proporção de nascidos vivos cuja mãe fez sete consultas ou mais no PN” foi considerado um componente importante para a explicação das taxas de transmissão vertical da sífilis.  - As condições de vida também influenciaram na transmissão vertical da sífilis.</p>
<p>Conceição et al, 2019.<sup>20</sup></p>	<p><u>Nos casos de SC, a caracterização do perfil materno apontou:</u>  - 27% entre 20 e 24 anos; 61% pardas e 38% tinham menos de 8 anos de estudos; 83% tiveram o acompanhamento PN; 33% foram diagnosticadas na internação para o parto e/ou curetagem;  - O tratamento materno foi preenchido como adequado em 72% das fichas de notificação.  <u>Entre os RNs portadores de SC:</u>  - 77% tinham idades entre 1 e 28 dias; 61% do sexo masculino; 55% da raça parda e 55% tinham a forma assintomática;  - Na evolução dos casos, 83% sobreviveram; 5% foram natimortos e os demais 11% tiveram sua evolução ignorada.  <u>Nas fichas de notificação, foram marcadas como ignoradas:</u>  - 175% das características dos parceiros das gestantes com SG; 105% das características maternas dos casos notificados de SC; e 225% das características aos casos de SC notificados.</p>	<p>- Há fragilidade da assistência PN no manejo da sífilis devido ao diagnóstico tardio, tratamento inadequado e não realização do tratamento do parceiro, sendo estes pontos fundamentais para evitar a transmissão vertical.  - Observou-se fragilidade no preenchimento das fichas de investigação, o que comprometeu o diagnóstico da real situação desses agravos.</p>
<p>Torres et al., 2019.<sup>21</sup></p>	<p>- De 2007 a 2016, houve 268 (1%) casos de sífilis (21.7 em cada 1,000 gestações).  - De 221 nascidos vivos de mulheres com SG, 164 (74%) foram diagnosticados com SC.  <u>Entre as gestantes com SG:</u>  - 38% tiveram diagnóstico no 2º trimestre e 32%, no 3º trimestre;  - 98% foram consideradas com sífilis latente, sem sinais clínicos ou sintomas da doença;  - 65% tiveram tratamento inadequado ou não foram tratadas durante o PN;  - 19% dos parceiros foram adequadamente tratados;  - 25% dos nascimentos prematuros;  - Das 84 pacientes consideradas com PN adequado (≥ 6 consultas), houve 41 (48%) casos de SC;  - 32% dos PN foram considerados inadequados, dos quais 56% dos RN evoluiu com SC.  <u>Quanto aos RNs com SC (74%):</u>  - A maioria teve diagnóstico materno tardio, sendo 86% no 3º trimestre da gestação;  - Dos RNs com Apgar &lt; 7, 74% tinham SC;</p>	<p>- Gestantes com sífilis, costumam ser jovens, com níveis educacionais baixos, sendo a maioria a 1ª gestação e com diagnóstico de IST associada.  - O Cuidado PN inadequado parece contribuir para falha na detecção de IST e sífilis.  - Quantidade de consultas de PN adequado não foi capaz de evitar a ocorrência de SC.  - O PN inadequado associou-se à maior ocorrência de SC.  - O tratamento inadequado da SG levou à maior ocorrência de SC.  - O tratamento dos parceiros continua sendo um desafio, devido à baixa aderência destes ao tratamento correto.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 27% dos prematuros nasceram de gestantes com tratamento inadequado para SG durante o PN, comparado aos 13% de prematuros em pacientes adequadamente tratadas;</li> <li>- Quando a mãe era adequadamente tratada, menor eram as taxas de SC (23%) quando comparados aos não tratados (35%).</li> </ul>	
Benzaken et al., 2020. <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A incidência média nacional de SC foi de 9%, e a de SG, foi de 14%.</li> <li>- O nº médio de consultas de PN em todos os casos foi de 7.</li> <li>- Apenas 2% das gestantes não realizou PN.</li> <li>- 79% dos casos analisados tiveram PN considerado adequado.</li> <li>- Dados mostram que a chance de o PN ser inadequado é de: 2,1 vezes maior em gestantes &lt; 20 anos, 2,4 vezes maior em mulheres com etnia não-branca, 1,9 vezes maior em mulheres sem parceiro e 2,8 vezes maior em mulheres com &lt; 4 anos de estudo.</li> </ul> <p><u>Em gestantes com SG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 31% tem menos de 20 anos e 10% tem escolaridade &lt; 4 anos.</li> <li>- 17% não realizaram PN, 7 vezes maior do que a taxa geral registrada no SINASC.</li> </ul> <p><u>Em gestantes com desfecho de SC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 24% tem menos de 20 anos e 8% tem escolaridade &lt; 4 anos.</li> <li>- Recife, Palmas, Florianópolis e Rio de Janeiro tiveram as maiores taxas de SC causando morte fetal, variando de 6% a 17%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algumas capitais do Sul e do Nordeste apresentaram maior incidência de SC do que de sífilis na gestação, o que pode refletir a falta de detecção da doença e do seu tratamento adequado no PN ou na notificação de SG.</li> <li>- Há grande vulnerabilidade social associada à sífilis, principalmente quanto à faixa etária e escolaridade materna.</li> <li>- Cidades como Porto Alegre, que possui alta taxa de PN adequado (83%) mostra uma alta taxa de detecção de SG (22%) e uma taxa ainda maior de SC (29%), provavelmente, associada com maior quantidade de diagnósticos e notificação de casos, refletindo melhor a realidade nacional.</li> <li>- Os dados epidemiológicos mostraram similaridade entre as mulheres com PN inadequado e as que tiveram SG, o que nos faz ter uma ideia da importância da atuação das equipes de saúde em populações mais vulneráveis.</li> </ul>

Legenda do quadro 2: PN: Pré-natal; RN: recém-nascido; SC: sífilis congênita; SG: sífilis na gestante/sífilis gestacional/sífilis materna; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; HIV: vírus da imunodeficiência humana.

## Discussão

A análise dos artigos incluídos nesse estudo, em concordância com demais estudos acerca do tema proposto<sup>11,23-25</sup>, possibilita perceber que a meta de eliminação da sífilis congênita proposta pela OMS<sup>4</sup>, estabelecida até 2015, ainda está longe de ser alcançada. Todos os estudos aqui incluídos correspondem a artigos publicados após 2015 e observa-se que o índice de subnotificação permanece um dos maiores contribuidores para não alcançarmos tal meta, visto que não se conhece os números reais de casos de sífilis em gestantes e em neonatos no país.<sup>16-22</sup>

O Sistema de Saúde brasileiro precisa enfrentar alguns desafios para conseguir reduzir as taxas de sífilis no país, que podem ser interpretadas como uma ocorrência epidemiológica nacional<sup>21</sup>. O aumento na incidência de SC pode ser interpretado como um aumento nos casos notificados, assim como no aumento de casos novos<sup>11</sup>. Ainda assim, os estudos evidenciam a subnotificação, um número crescente de casos em

gestantes, além da persistência da transmissão vertical, podendo-se inferir que o problema seja ainda maior do que é possível medir por meio dos Sistemas de Informação brasileiros.  
16-25

Os dados disponíveis sugerem que a sífilis não afeta apenas um grupo específico, sendo fundamental que a prevenção seja realizada para a população em geral. Ainda assim, observa-se que grande parte das gestantes brasileiras com sífilis se encontram em situação de vulnerabilidade, incluindo maior prevalência entre adultas jovens, com ensino médio incompleto, com miscigenação étnica e baixa renda familiar. Entretanto, os estudos apontam que a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis possuíam algum acompanhamento pré-natal.<sup>16-22</sup>

Há necessidade de aprimorar ainda mais a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente porque a atenção à saúde materna e infantil tem maior peso dentro das consultas em Unidades Básicas de Saúde no país.<sup>26</sup> Uma variável que expressa a importância da continuidade do cuidado de gestantes com sífilis, característica central da APS, é a “proporção de nascidos vivos cuja mãe fez sete consultas ou mais no PN”, sendo esta considerada um componente importante para a explicação das taxas de transmissão vertical da sífilis.<sup>16,17</sup>

Dessa forma, o período gestacional é uma fase propícia para uma maior vulnerabilidade, mas também possibilita o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção à saúde e de inclusão familiar. A assistência à gestante inclui a captação precoce da mulher para início do PN, a atenção durante o puerpério, a identificação de fatores de risco, o diagnóstico e o tratamento precoce de afecções, tais como a sífilis, além de disponibilizar vacinações, atividades educativas e realização de exames preconizados com acesso aos resultados em tempo adequado.<sup>26,27,28</sup> Dentre os exames preconizados pelo MS<sup>7,27</sup>, estão o Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR na primeira consulta de PN, sendo que tais exames devem ser repetidos próximo à trigésima semana de gestação.

As estatísticas dos estudos nacionais<sup>16-25,28</sup>, no entanto, indicam que o diagnóstico de sífilis na gestação é feito, predominantemente, no terceiro trimestre de gestação. Mesmo nos casos de diagnóstico mais precoce, a alta quantidade de registros incompletos ou incorretos da triagem pré-natal nas Cadernetas da Gestante e a realização inadequada

do tratamento, reflete as inadequações técnicas durante o cuidado à gestante, juntamente à testagem tardia. <sup>1,11</sup>

Dados apresentados corroboram com os dados nacionais ao indicar que uma porcentagem significativa das gestantes apenas recebe o diagnóstico de sífilis na gestação nos momentos iniciais da assistência ao parto ou durante a curetagem, já nas maternidades.<sup>16-25</sup> O diagnóstico materno tardio impossibilita o tratamento adequado, pois a janela de tratamento entre infecção e tratamento deve ser de até 30 dias antes do parto, gerando aumento de casos de sífilis congênita em diversos estados brasileiros<sup>11</sup>.

O estudo realizado por Domingues et al<sup>16</sup>, exemplifica o impacto da assistência PN na redução de eventos adversos relacionados à sífilis (26%), quando analisados os cenários de triagem da sífilis durante o PN e tratamento adequado e precoce de gestantes. Dentre as consequências da SG aponta-se a prematuridade, a morte fetal, abortamentos, baixo peso do RN ao nascer, a sífilis congênita e a elevada proporção de internações hospitalares, seja em UTI neonatal ou em outros setores. <sup>16-25</sup>

Portanto, para o enfrentamento da sífilis, idealmente, todos os fetos mortos e os abortamentos deveriam ser investigados para sífilis, assim como suas mães. Além disso, todos os neonatos de gestantes com sífilis devem ser investigados para SC, sendo que a prioridade é preservar o bem-estar do RN, devendo-se realizar investigação invasiva apenas de neonatos cuja mãe não tenha realizado tratamento algum ou que tenha realizado tratamento inadequado. <sup>16-25</sup>

De acordo com os dados encontrados, observa-se a necessidade de uma educação permanente, atualizada e bem direcionada dos profissionais de saúde, a fim de qualificar a vigilância da SG e SC, com o intuito de instituir identificação precoce de casos, com sua devida notificação aos sistemas nacionais, tratamento oportuno e acompanhamento puerperal e pós-natal efetivos. <sup>16,18,22</sup> Ainda que as falhas dos serviços de saúde estejam evidentes na transmissão vertical da sífilis, não se pode ignorar a relevância das condições de vida nesse processo. Portanto, é essencial que o planejamento em saúde leve em consideração todos esses aspectos para aprimorar a resposta ao problema.<sup>17</sup>

Todos os artigos supracitados<sup>16-22</sup> relacionam a Sífilis Congênita como um desfecho desfavorável da Sífilis na Gestação, dentre outras, por causa das falhas na assistência ao pré-natal, principalmente precário em populações vulneráveis, que têm menos acesso aos sistemas de saúde, e, portanto, são menos assistidas.

Embora o número de casos de SG e SC esteja aumentando, provando a persistência da transmissão vertical de sífilis na população, verifica-se grandes exemplos de subnotificação de casos, dificultando ainda mais a realização de estratégias de saúde específicas para as populações que correm maior risco.

## **Conclusões**

Essa revisão integrativa mostra que a realidade brasileira tanto na abordagem quanto no manejo da sífilis no pré-natal ainda está distante do ideal, tendo em vista a dificuldade de acesso de populações mais vulneráveis e a grande quantidade de falhas no cuidado PN ofertado. Diante desse cenário, que permanece preocupante há mais de uma década, é possível que continue havendo aumentos significativos nas transmissões verticais de sífilis, ocasionando desfechos indesejáveis, tais como a sífilis congênita. Observa-se, portanto, a necessidade de realizar mais estudos acerca do assunto, além de intensificar e medir estratégias de impacto e controle em saúde pública, visando a erradicação da SC no país.

Assim, deficiências graves observadas no manejo da sífilis no PN e nos cuidados pós-natais do RN precisam ser urgentemente corrigidas. Para o enfrentamento do problema, as políticas de controle da sífilis precisarão envolver investimento em medidas que melhorem a identificação, o tratamento e o acompanhamento dos portadores, bem como o aprimoramento na notificação de casos em todo o país.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
2. Pan American Health Organization. Plan of action for the elimination of congenital syphilis, Washington, D.C. PAHO; 2 May 1995. 17 pp. Document CE116/14.
3. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, et al. (2019) Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLOS ONE 14(7): e0219613. PLOS ONE. 2019 Feb 27; 14(2): e0219613. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219613>. Access on 17 Jan. 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219613>.
4. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2008.
5. Brasil. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827, 1986.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria no 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, p.111, 15 jul. 2005. Seção 1.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em 16 de janeiro de 2020.
8. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS. Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita do Guia de Vigilância da SVS/2017. Disponível em: [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf). Acesso em 19 de janeiro de 2020.
9. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. TABNET – DATASUS SINAN. INDICADORES E DADOS BÁSICOS DA SÍFILIS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, 1998 a 2019. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> Acesso em 19 de Janeiro de 2020.
10. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004 Sep;16(3):168-75.
11. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2019. Número Especial | Out. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília, 2014.
14. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 2013; 47:147-57.
15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8: 102-6.
16. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016; 32(6): e00082415. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

- 311X2016000605002&lng=en>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2020. Epub June 01, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
17. Lafetá KRG, Martelli JH, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2016 Mar; 19 (1): 63-74. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lng=en)>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
  18. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2017 Dec; 17 (4): 781-789. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000400781&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400781&lng=en)>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>.
  19. Reis GJ, Barcellos C, Pedroso MM, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018; 34(9): e00105517. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000905010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905010&lng=pt)> Acesso em: 23 de fevereiro de 2020. Epub 06-Set-2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00105517>.
  20. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Oct; 43 (123): 1145-1158. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000401145&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401145&lng=en)>. Acesso em: 23 de março de 2020. Epub Mar 09, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>.
  21. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2019 Feb; 41 (2): 90-96. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032019000200090&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019000200090&lng=en)>. Access: march 23th of 2020. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676569>.
  22. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020; 36 (1): e00057219. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000105011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105011&lng=en)>. Access: february 23th of 2020. Epub Dec 20, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00057219>.
  23. Conceição HN, Câmara JTP, Mourão B. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. 123, pp. 1145-1158. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 20 de março de 2020.
  24. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2019 Dec; 19 (4): 865-872. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292019000400865&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000400865&lng=en). Access on: march 20th de 2020. Epub Jan 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>.
  25. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Jun; 23 (6): 1915-1928. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt)>. Acesso em: 20 de março de 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.
  26. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Portaria SES-DF N° 342 de 28.06.2017, publicada no DODF N° 124 de 30.06.2017.
  27. Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
  28. Figueiredo DC, Moreira M de et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00074519, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de março de 2020. Epub Mar 23, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074519>.