

A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018

The reality of syphilis in pregnant women: epidemiological analysis between 2014 and 2018

La realidad de la sífilis en gestantes: análisis epidemiológico entre 2014 y 2018

Debora Faria da Costa¹, Denise Philomene Joseph van Aanholt², Suely Itsuko Ciosak³

Como citar: Costa DF, Aanholt DPJV, Ciosak SI. A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018. REVISA. 2021; 10(1): 195-204. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p195a204>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2630-5510>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5884-2524>

Recebido: 27/10/2020
Aprovado: 19/12/2020

RESUMO

Objetivo: conhecer as gestantes com sífilis no estado de São Paulo, últimos cinco anos disponíveis. **Método:** estudo epidemiológico, quantitativo descritivo transversal, com dados secundários, com diagnósticos notificados (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) - banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, das gestantes com sífilis, período 2014-2018. **Resultados:** encontrado 44.894 gestantes com sífilis no estado de SP, com crescimento importante nos dois últimos anos, maior prevalência (53,1%) na idade de 20-29 anos, raças brancas (43,1%), ensino fundamental completo (27,9%) e médio completo (26,1%). Maior percentual de diagnósticos realizado no primeiro trimestre (49,4%) e, 3,9% das gestantes não realizaram tratamento. **Conclusão:** é um agravamento crescente, com baixa qualidade no preenchimento das fichas de notificação, prejudicando a assistência/qualidade do pré-natal, interferindo nas análises adequadas, afetando a tomada de decisão para tratamento correto. Resultados podem auxiliar em ações de educação em saúde e prevenção dos grupos vulneráveis.

Descritores: Sífilis congênita; IST; doenças sexualmente transmissíveis; doenças venéreas bacterianas; treponema pallidum.

ABSTRACT

Objective: to get to know pregnant women with syphilis in the state of São Paulo, the last five years available. **Method:** epidemiological, quantitative, descriptive cross-sectional study, with secondary data, with notified diagnoses (Information System for Notifiable Diseases) - database of the Department of Informatics of the Unified Health System, of pregnant women with syphilis, period 2014-2018. **Results:** found 44,894 pregnant women with syphilis in the state of SP, with significant growth in the last two years, higher prevalence (53.1%) at the age of 20-29 years, white races (43.1%), complete elementary school (27.9%) and complete high school (26.1%). Higher percentage of diagnoses performed in the first trimester (49.4%) and 3.9% of pregnant women did not undergo treatment. **Conclusion:** it is a growing problem, with low quality in filling out the notification forms, impairing the prenatal care / quality, interfering in the appropriate analyzes, affecting the decision-making for correct treatment. Results can assist in health education and prevention of vulnerable groups.

Descriptors: Congenital syphilis; IST; sexually transmitted diseases; bacterial venereal diseases; treponema pallidum.

RESUMEN

Objetivo: conocer mujeres embarazadas con sífilis en el estado de São Paulo, los últimos cinco años disponibles. **Método:** estudio epidemiológico, cuantitativo, descriptivo transversal, con datos secundarios, con diagnósticos notificados (Sistema de Información de Enfermedades Notificables) - base de datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud, de gestantes con sífilis, período 2014-2018. **Resultados:** se encontraron 44.894 gestantes con sífilis en el estado de SP, con crecimiento significativo en los últimos dos años, mayor prevalencia (53,1%) en la edad de 20-29 años, razas blancas (43,1%), primaria completa (27,9%) y bachillerato completo (26,1%). Mayor porcentaje de diagnósticos realizados en el primer trimestre (49,4%) y 3,9% de gestantes no recibieron tratamiento. **Conclusión:** es un problema creciente, con baja calidad en el llenado de los formularios de notificación, perjudicando la calidad / atención prenatal, interfiriendo en los análisis adecuados, afectando la toma de decisiones para el correcto tratamiento. Los resultados pueden ayudar en la educación sanitaria y la prevención de grupos vulnerables.

Descriptores: Sífilis congénita; IST; enfermedades sexualmente transmisibles; enfermedades venéreas bacterianas; Treponema pallidum.

ORIGINAL

Introdução

Causada por uma bactéria gram-negativa, a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), curável e exclusiva do ser humano, que possui como agente etiológico o *Treponema pallidum*. Por ser uma infecção silenciosa, possuir um quadro clínico inicial que pode ser confundido com outras enfermidades, gerar sérias consequências aos infectados e possuir umas das maiores taxas de transmissão, dentre as doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis caracteriza um grande problema de saúde pública.¹

A sífilis é dividida em quatro estágios, cada qual contendo sintomas específicos da doença. Inicialmente ocorre a sífilis primária, caracterizada pelo aparecimento de uma lesão indolor única, geralmente nos órgãos genitais, mas que pode surgir também no ânus, orofaringe, lábios ou mãos. Na sífilis secundária, o agente etiológico encontra-se alojado sistemicamente e tem como manifestações o exantema cutâneo rico em treponema. Após esse estágio, a sífilis torna-se latente, uma fase em que é evidenciado o desaparecimento das manifestações clínicas do estágio secundário e, por fim, ocorre a sífilis terciária, que pode se manifestar alguns anos depois, acometendo o sistema nervoso, cardiovascular, mucosas, tecidos e ossos.¹

A transmissão da sífilis, ocorre predominantemente pelo contato sexual, todavia, verifica-se também, a transmissão vertical para o feto ou por via transplacentária, denominada sífilis congênita, que pode ocorrer em qualquer fase gestacional e em qualquer estágio da doença e, é resultado da não testagem para sífilis durante o pré-natal ou tratamento inadequado.²

A sífilis congênita pode ser diagnosticada em dois estágios, precoce e tardia. O quadro clínico do diagnóstico precoce é caracterizado pelos sintomas de prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia, anemia, entre outros. Por outro lado, a sífilis congênita tardia é evidenciada por atraso no desenvolvimento, surdez neurológica, mandíbula curta, crises convulsivas etc.²

Além das disfunções causadas pela manifestação congênita, a sífilis na gestação pode gerar sérios problemas psicoemocionais à gestante, visto que a ocorrência de abortos, natimortos, parto prematuro e morte neonatal são frequentes.²

Durante a gravidez, são realizados diversos exames nas consultas pré-natais, em concordância ao Guia do Pré-Natal na Atenção Básica: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Dentre esses exames, o diagnóstico da sífilis é feito por testes imunológicos e exame direto, realizados no primeiro e no terceiro trimestre de gestação.³

A sífilis é uma doença curável e seu tratamento é feito com doses de Penicilina G Benzatina, de acordo com o estágio, sendo a única opção segura e eficaz para tratar gestantes, devendo ser rigorosamente seguido e respeitado, afim de que, haja garantia no sucesso do recurso terapêutico.¹

Por ser de vital importância para o desempenho da vigilância epidemiológica e consequente controle pelo sistema de saúde, a sífilis adquirida, gestacional e congênita possuem caráter de notificação compulsória, conforme a Portaria vigente do MS.⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um milhão de gestantes por ano sejam afetadas por essa doença em todo mundo, colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.⁵

Estimativas publicadas pela mesma Organização mostram que, em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais.⁶

Em 2014, a OMS estabeleceu como meta menos de meio caso de sífilis para mil nascidos vivos, o Brasil está 16 vezes acima. Em 2007, a taxa de casos era de 1,9 para cada mil crianças nascidas vivas e 10 anos depois foram verificados 8,6 casos para cada mil crianças nascidas vivas.⁷

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), em 2017 foram notificados no estado de São Paulo 4.013 casos de sífilis congênita e dentre essas, 3.347 gestantes realizaram o pré-natal.⁸ Estima-se que 25,6% dos casos de sífilis na gestação não tratadas resultem em óbitos fetais precoces ou tardios, dos casos notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 4,5% foram casos de natimortos sífilíticos e 3,9% abortos por sífilis.⁹

Diante do exposto, esse estudo se propõe a conhecer como está a sífilis e quem são as gestantes com sífilis no estado de São Paulo, no período de 2014 a 2018, qual a idade, escolaridade e raça das gestantes, bem como verificar a idade gestacional em que ocorreram os diagnósticos e qual esquema de tratamento foi adotado diante desses resultados. Se considerou esse período por ser os últimos cinco anos disponíveis no SINAN, através do banco de dados do DATASUS.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo descritivo transversal, com dados secundários, sendo utilizados os diagnósticos notificados no SINAN, do banco de dados do DATASUS, relativos às gestantes com sífilis no período de 2014 a 2018, considerando como os últimos cinco anos disponíveis no referido banco.

Foram coletados os dados referentes à faixa etária, idade gestacional, escolaridade, raça das gestantes e esquema de tratamento no período proposto.

Em se tratando de um estudo descritivo, a partir dos dados coletados, foram elaborados tabela e gráfico para melhor expor os resultados e elaborar as análises, assim como as discussões.

Por ser um estudo secundário, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Por meio da coleta de dados disponibilizados pelo SINAN, através do banco do DATASUS, e utilizados nesse estudo, encontramos um total de 44.894 gestantes com sífilis no estado de São Paulo, entre 2014 e 2018. Estes achados, apresentados na Figura 1, mostram que ocorreu um aumento significativo de casos ao decorrer dos anos, contudo observa-se um crescimento progressivo na ocorrência de diagnósticos de sífilis em gestantes a partir de 2016.

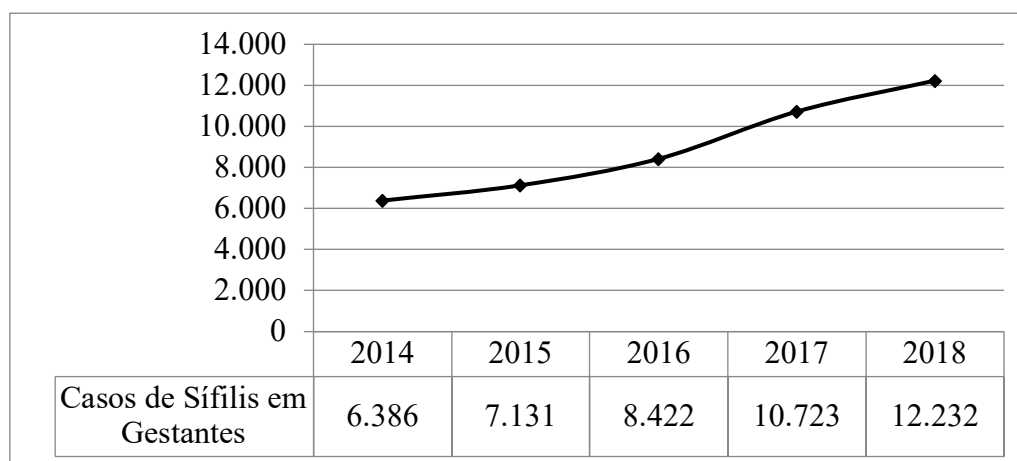


Figura 1- Evolução de casos de Sífilis em Gestantes por ano de diagnóstico, no período de 2014 a 2018, no estado de São Paulo, Brasil, 2020.

Os dados referentes à faixa etária evidenciam que o maior percentual de diagnósticos de sífilis apontado foi entre gestantes na faixa de 20 a 29 anos (53,1%), as outras faixas, 10 a 19 anos e 30 anos ou mais, ocorreram com distribuição mais ou menos semelhantes com 24,0% e 22,9%, respectivamente (Tabela 1)

Tabela 1- Distribuição de casos e percentuais de Sífilis em Gestantes, segundo variáveis demográficas, diagnosticadas entre 2014 e 2018, no estado de São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Faixa Etária^a		
10 a 19 anos	10.769	24,0
20 a 29 anos	23.836	53,1
30 anos ou mais	10.288	22,9
Total	44.893	100
Raça		
Branca	19.338	43,1
Preta	5.240	11,7
Amarela	265	0,6
Parda	17.379	38,7
Indígena	91	0,2
Ignorada	2.581	5,7
Total	44.894	100
Escolaridade^b		
Analfabeto	112	0,3
Fundamental Incompleto	9.816	21,9
Fundamental Completo	12.534	27,9
Médio Completo	11.726	26,1
Superior Completo	633	1,4
Ignorado	10.072	22,4
Total	44.893	100

Idade Gestacional		
1º Trimestre	22.170	49,4
2º Trimestre	12.894	28,7
3º Trimestre	8.647	19,3
Idade Gestacional	1.183	2,6
Ignorada		
Total	44.894	100
Esquema de Tratamento ^c		
Penicilina	41.951	93,4
Outro Esquema	629	1,4
Não Realizado	1.734	3,9
Ignorado	577	1,3
Total	44.891	100

a) 1 notificação não está registrada no SINAN para essa variável, n= 44.893 (total de casos considerados para essa variável)

b) 1 notificação foi classificada no SINAN como 'não se aplica' e não foi incluída na tabela, n= 44.893 (total de casos considerados para essa variável)

c) 3 notificações não estão registradas no SINAN para essa variável, n= 44.891 (total de casos considerados para essa variável)

Em relação à variável raça, o maior número de casos foi encontrado entre gestantes referidas brancas (19.338 – 43,1%), seguidas por mulheres pardas (17.379 – 38,7%). O menor número de casos encontrado foi entre mulheres consideradas indígenas (91 – 0,2%). Ocorre ainda que há um número considerável de 2.581 (5,7%), descritos como ignorados, como pode ser visto na Tabela 1.

Verifica-se que os maiores percentuais para escolaridade se concentraram entre gestantes que possuíam o ensino fundamental completo e médio completo, 27,9% e 26,1% respectivamente. Por outro lado, temos 1,4% de gestantes com curso superior completo. Como na variável anterior, é significativo o percentual dado como ignorados (22,4%), apontado na Tabela 1.

A idade gestacional, dividida trimestralmente, teve o maior percentual de diagnósticos realizados no primeiro trimestre (49,4%). Porém uma parcela importante foi diagnosticada nos trimestres posteriores, com 28,7% no 2º trimestre e 19,3% no último trimestre da gestação (Tabela 1).

Quanto ao esquema de tratamento realizado nas gestantes com sífilis no estado de São Paulo, do total das diagnosticadas, 41.951 (93,4%) gestantes foram tratadas com no mínimo uma dose de penicilina. Tivemos 1.734 (3,9%) gestantes que não realizaram nenhum tratamento, que somados aos ignorados (1,3%), perfazem mais de 5% das gestantes diagnosticadas (Tabela 1), contribuindo para o aumento de nascimentos de portadores com sífilis congênita.

Nas duas variáveis, idade gestacional e esquema de tratamento, foram evidenciados 1.183 (2,6%) e 577 (1,3%) de ignorados, respectivamente, que contribuem para uma leitura da problemática de forma incompleta (Tabela 1).

Constatou-se ainda, que não há consonância dos dados apresentados, ao comparar os resultados dos totais das variáveis dos casos dos diagnósticos, conforme descrevemos na Tabela 1, com um diagnóstico a menos registrado no banco de dados do SINAN nas variáveis faixa etária e escolaridade e três relacionados ao esquema de tratamento.

Discussão

Ao longo dos anos estudados, ocorreu um aumento significativo no número de casos de gestantes com sífilis no estado de São Paulo, tal aumento pode estar relacionado ao programa Rede Cegonha do Sistema Único de Saúde, implementado a partir de 2011⁽¹⁰⁾, que estimula a adesão e o acompanhamento da mulher desde o planejamento familiar, pré-natal, parto até o puerpério. Por outro lado, pode estar associado também à implantação na atenção básica dos testes rápidos para triagem da sífilis e dos exames reagentes (treponêmico e não treponêmico), durante o pré-natal, que auxiliam a ampliação do acesso da população para a detecção da sífilis e consequente diminuição de subnotificações.¹¹⁻¹²

O crescimento progressivo, apresentado a partir de 2016, pode ser explicado pela mudança no critério de definição de casos que passou a considerar as notificações de mulheres durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, que independente de apresentarem sintomas ou não, apresentassem algum teste reagente positivo. Até então, eram notificadas como sífilis na gestação apenas as mulheres com diagnósticos realizados durante o pré-natal.¹³

Analisando a faixa etária, evidenciou-se que a maior concentração de gestantes diagnosticadas com sífilis se encontravam entre os 20 a 29 anos, como apontam alguns estudos que reforçam essa tendência de mulheres jovens, sexualmente ativas e em fase reprodutiva.¹³ Tais achados explicitam a necessidade de informações advindas da atenção primária sobre planejamento familiar e de educação em saúde para atividades sexuais protegidas, evitando assim as IST's e as consequências relacionadas, durante e após a gestação, se não tratadas adequadamente.¹²

Os dados apresentados relativos à raça mostram que a maioria das gestantes se autodeclararam brancas e pardas, respectivamente. Esses resultados encontrados, diferem dos dados nacionais^{9,14}, em que a maior porcentagem de sífilis é visto em gestantes autodeclaradas pardas, assim como de estudos realizados em outros estados^{15,16}, como mostra o da cidade de Montes Claros-MG, em que foram encontrados maiores números de casos de sífilis em gestantes que se autorreferiram como pardas.¹⁵

Entretanto, alguns estudos, como o nosso, apontaram maior proporção de sífilis em gestantes que se autodeclararam brancas, como o de São José do Rio Preto-SP¹² e na região sul do Brasil.¹⁷ Tais achados podem ser explicados pela população de mulheres residentes nesses locais serem majoritariamente brancas.¹⁸

A menor porcentagem relacionada à raça, vista nesse estudo, foi entre as mulheres autodeclaradas indígenas e que também, pode ser em decorrência da baixa cobertura nessas localidades, por serem locais que possuem barreiras socioculturais, além das geográficas.¹⁹ Todavia, pode ser indício de subnotificações, como mostra um estudo realizado, no período de 2011 a 2014, na população indígena de Mato Grosso do Sul, onde 45 casos de sífilis gestacional, de um total de 79, não foram notificados ao SINAN, demonstrando um grande número de sub-registros.²⁰

Nossa amostra revelou maior número de gestantes com ensino fundamental completo e médio completo, semelhante a outros estudos nacionais^{12,16-17}, que contrapõem ao estudo realizado em maternidades do sistema público de saúde do Brasil, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2011, no qual foi constatado que a maioria de gestantes com sífilis havia concluído apenas o ensino fundamental.¹⁴

Apesar do nível de escolaridade da população estudada ser maior que a média e, ainda, ter encontrado gestantes com nível superior completo, parece haver uma dificuldade de acesso à rede de saúde, de informação, de diagnóstico e tratamento adequado, sendo necessário que ocorram medidas e ações de educação em saúde para este grupo de mulheres jovens e em idades fértil, considerando a vulnerabilidade existente nos grupos sociais em que vivem.¹⁹

Vários estudos expressam a alta vulnerabilidade social em que essas gestantes estão expostas e apontam ainda que, a baixa escolaridade, a faixa etária e raça, influenciam no aumento de casos e contribui para que a sífilis em gestantes e a sífilis congênita continuem sendo um grande problema de saúde pública.^{12,14,19}

A idade gestacional em que é realizado o diagnóstico de sífilis é um importante dado, já que quanto mais tardio o diagnóstico, maior a chance da ocorrência de sífilis congênita e outras consequências para as gestantes e o conceito, já mencionadas nesse estudo. Os resultados apresentados para essa variável mostraram que 49,4% dos diagnósticos foram realizados no primeiro trimestre, sendo esse valor satisfatório e semelhante aos dados nacionais.¹³ A precocidade dos exames é de vital importância, pois o índice de gestantes contaminadas tem sido alarmante, como apontou um estudo realizado em Guarapuava-PR entre 2014 e 2015, em que foi encontrado 24 mulheres, num total de 27 gestantes, com diagnósticos para sífilis no primeiro trimestre de gestação.²¹

Chamou atenção que uma porcentagem significativa, mostrou o diagnóstico para sífilis em gestantes no segundo (28,7%) e terceiro (19,3%) trimestres, resultados preocupantes pelas consequências no feto e que se assemelham ao estudo realizado em Palmas-TO, em que foi detectado 36,8% e 35,1% de diagnósticos tardios, realizados respectivamente no segundo e terceiro trimestre de gestação.¹⁶

O tratamento adequado e seguro para sífilis gestacional, segundo o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de sífilis², é realizado com Penicilina. Nesse estudo, a maioria dos casos de sífilis em gestantes foram tratadas com no mínimo uma dose de penicilina, porém não há informações se o tratamento foi adequado para cada idade gestacional e fase da sífilis. Houve ainda, um percentual significativo de grávidas que não realizaram nenhum tratamento. Esse achado é reproduzido em outro estudo feito com gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis na cidade Curitiba, PR, onde 8,8% delas, também, não realizaram tratamento.²²

A partir desses dados, devem ser questionadas as razões para esse tratamento não ter sido realizado nessas gestantes. Um estudo realizado sobre a relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica identificou que um percentual significativo dos profissionais não administrava penicilina, sendo que apenas 22,71% dos municípios da região Sudeste o tratamento protocolado. Possivelmente, tal dado esteja relacionado com o receio dos profissionais da atenção básica às reações anafilática e à escassez estrutural para lidar com possíveis complicações advindas.²³

As variáveis idade gestacional e esquema de tratamento são importantes para averiguar a qualidade da assistência pré-natal, uma vez que o diagnóstico e o tratamento são realizados nas unidades de atenção primária. Falhas nesse processo resultam em abortos, prematuridade, óbitos, crianças com sífilis congênita, gerando desgastes psicossociais, físicos e emocionais para os

envolvidos, além de maior tempo de hospitalização e maiores custos com a saúde.

A qualidade da assistência pré-natal pode ser notada também, pela qualidade dos registros e notificações, fato não evidenciado nesse estudo. O preenchimento da ficha de notificação de forma incompleta acarreta em graves consequências, visto que a falta de dados inviabiliza ter real precisão da situação da sífilis em gestante nestes grupos populacionais. A baixa qualidade dos registros e as subnotificações de sífilis gestacional dificultam a prevenção de sífilis congênita e possibilita o aumento da curva de casos, consequentemente faz com que essa IST, continue sendo um agravo à saúde pública.

Cabe ainda ressaltar que, os dados registrados no SINAN e disponibilizados pelo DATASUS ainda que possibilitem ter um panorama do agravo, inviabilizam um maior detalhamento da situação de sífilis em gestantes, uma vez que não foi possível o cruzamento entre as variáveis e com isso, a análise pode ter apresentado alguns vieses na interpretação.

Conclusão

Através desse estudo, foi possível evidenciar que a Sífilis ainda continua muito presente na população e expõem diretamente a vulnerabilidade social existente no país. Os resultados mostraram uma casuística crescente, principalmente nos últimos anos e que a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis eram jovens, de 20 a 29 anos, em fase sexual e reprodutiva ativas. Também se evidenciou que mais de 50% das mulheres haviam cursado ensino fundamental e médio, completos e, analisando raça, em sua maioria, eram autodeclaradas brancas, tendo em vista o perfil populacional encontrado no local deste estudo.

Em relação à idade gestacional em que foram realizados os diagnósticos, foi visto que ocorreram majoritariamente no primeiro trimestre, apesar de terem porcentagens significativas nos outros trimestres. Quanto ao esquema de tratamento, como preconizado pelos protocolos vigentes, foi realizado, em mais de 90% dos diagnósticos, com doses de penicilina, porém não há informações se o tratamento foi adequado para cada idade gestacional e fase da sífilis.

Considerando as consequências para os envolvidos, são necessárias ações mais pontuais e direcionadas para cada extrato da população, pois a prevenção, o diagnóstico e o tratamento são realizados na atenção primária.

O auxílio fundamental para o conhecimento desses dados para intervenções futuras, são as notificações e os registros. Uma baixa qualidade no preenchimento desses instrumentos, tendo informações ignoradas ou apresentadas de forma incompleta, além de prejudicar a assistência, é um indício de uma qualidade defasada de pré-natal, o que interfere numa análise apropriada e consequente tomada de decisão, quanto à busca de portadores da sífilis, seus comunicantes e as instituições, do tratamento correto.

Vale lembrar que o diagnóstico da Sífilis é simples, rápido e de fácil acesso à população nas redes de atenção básica à saúde, assim como, o seu tratamento é eficaz, quando realizado adequadamente e de baixo custo, o que não justifica estes resultados encontrados, necessitando maior envolvimento de todos os órgãos de saúde, profissionais, desde a academia, para uma educação efetiva, buscando orientar, prevenir, encaminhar e controlar esta IST, que levam a

consequências tão graves e, que, apesar de novas doenças emergentes, continuam a existir em nosso meio.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília; 2015. 1-121 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Brasília; 2019. 1-269 p. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1553350612460767>
3. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Guia do pré-natal na atenção básica. 2018;15. Available from: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>
4. Brasil. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário of da União. 2016;(32).
5. World Health Organization. Los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis. OMS; 2015;1-32. Available from: <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=gtp-01-sp>
6. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS One. 2019;14(2):e0211720.
7. Batalha E. Sífilis é epidemia [Internet]. Radis. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019. Available from: <https://radis.ensp.fiocruz.br/>
8. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Brasília; 2017.
9. Domingues RMSM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita y factores asociados a la transmisión vertical de la sífilis: datos del estudio Nacer en Brasil. Cad Saude Publica. 2016;32(6): e00082415.
10. Portal da Saúde - SUS. Rede Cegonha. Portal da Saúde - Rede Cegonha; 2016 Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php
11. Ministério da Saúde. Nota técnica conjunto n.391/2012/SAS/SVS/MS. Realização do teste rápido da sífilis na Atenção Básica no âmbito da rede cegonha; 2012. p. 5. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf
12. Maschio-Lima T, Machado IL de L, 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 Saúde Matern Infant. 2019;19(4):865-72.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017.

Bol Epidemiológico 2017;48, n.36(2358-9450):41. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>

14. Cunha ARC da, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. Rev Panam Salud Pública. 2015;38:479-86.
15. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016;19:63-74.
16. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. Epidemiol e Serviços Saúde. 2017;26:255-64.
17. Padovani C, Oliveira RR de, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26.
18. IBGE. Censo demográfico. 2010; Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
19. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal M do C. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. Rev Saude Publica. 2014;48:766-74.
20. Tiago ZS, Picoli RP, Graeff SV-B, Cunha RV da, Arantes R. Underreporting of gestational, congenital and acquired syphilis among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2011-2014. Epidemiol e Serviços Saúde. 2017;26:503-12.
21. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza V de A. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2017;17(4):781-9.
22. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. Rev Saúde Pública do Paraná. 2018;1(1):47-58.
23. Figueiredo DCM de, Figueiredo AM de, Souza TKB de, Tavares G, Vianna RP de T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad Saude Publica. 2020;36:e00074519.

Autor de Correspondência

Debora Faria da Costa
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419. CEP: 05402-000. Cerqueira César, São Paulo, São Paulo, Brasil.
debora.f.c@usp.br