

Artigo Original

Sífilis em gestantes e congênitas no estado do Tocantins: perfil epidemiológico e prevalência

Syphilis in pregnant and congenital women in the state of Tocantins: epidemiological profile and prevalence

Francisco das Chagas Teixeira Neto , Janaína Sousa Santana 

Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Palmas, TO, Brasil

Autor para correspondência

Francisco das Chagas Teixeira Neto

E-mail: frateneto@yahoo.com.br

Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

Endereço: Quadra ARSO 52, Alameda 23, Plano Diretor, CEP. 77016-045. Palmas, Tocantins, Brasil.

Como citar

Neto FCT, Santana JS. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Tocantins: perfil epidemiológico e prevalência. BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2024; 21: e40880. doi: <https://doi.org/00.00000/bepa.2024.v.21.40880>

Primeira submissão: 23/08/2024 • Aceito para publicação: 21/10/2024 • Publicação: 05/11/2024

Editora-chefe: Regiane Cardoso de Paula

Resumo

A sífilis representa um grave problema de saúde pública no Tocantins, sobretudo a sífilis em gestantes (SG) e a sífilis congênita (SC), que representam algumas das principais causas de morbimortalidade materna e infantil naquele estado. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes e congênitas, no período de 2018 a 2022, residentes no Tocantins com base nas características sociodemográficas e obstétricas. **Métodos:** estudo transversal e descritivo realizado com dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por meio do sistema operacional Tabwin. **Resultados:** no período, foram notificados 3.386 casos de sífilis em gestante e 1.473 de sífilis congênita. A taxa de prevalência de sífilis gestacional foi de 28,2% e a de incidência de sífilis congênita, de 12,2%. As mulheres notificadas com SG e com recém-nascido (RN) portador de SC eram em, sua maioria, pardas, jovens, com escolaridade média e residiam em zona urbana. **Conclusão:** diante do cenário epidemiológico, sugere-se uma análise para apontamento dos determinantes que estejam comprometendo a integralidade da linha de cuidado da sífilis no Tocantins.

Palavras-chave: sífilis em gestantes; sífilis congênita; perfil epidemiológico.

Abstract

The syphilis represents a serious public health problem in Tocantins, especially syphilis in pregnant women and congenital syphilis, representing one of the main causes of maternal and child morbidity and mortality in the State. The objective of this study was to describe the epidemiological profile of syphilis cases in pregnant and congenital women from 2018 to 2022 residents of the state of Tocantins through socio-demographic and obstetric characteristics. **Methods:** cross-sectional and descriptive study carried out with secondary data obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) through the Tabwin operating system. **Results:** during the period, 3,386 cases of syphilis in pregnant women and 1,473 cases of congenital syphilis were reported. The prevalence rate of gestational syphilis was 28.2% and the incidence rate of congenital syphilis was 12.2%. The women reported with syphilis in pregnant and and congenital syphilis were mostly mixed-race, young, with secondary education and lived in urban areas. **Conclusion:** given the epidemiological scenario, an analysis is suggested to identify the determinants that are compromising the completeness of the syphilis care line in the State.

Keywords: syphilis in pregnant women; congenital syphilis; epidemiological profile.

Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*. Se não tratada, progride por vários estágios clínicos, que se dividem em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária).¹

No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita (SC) foi instituída por meio da Portaria n. 542, de 22 de dezembro de 1986;² a de sífilis em gestantes (SG), pela Portaria n. 33, de 14 de julho de 2005;³ e a de sífilis adquirida (SA), por intermédio da Portaria n. 2.472, de 31 de agosto de 2010.⁴

Os primeiros relatos da sífilis remetem à Idade Média. Diversas figuras históricas tiveram a doença, como os escritores Molière, Goethe, Baudelaire, Dostoiévski e Oscar Wilde; os filósofos Nietzsche e Schopenhauer; os monarcas Henry VIII, Ivan, o Terrível, Eduardo VI e Elizabeth I; os pintores Durer (o primeiro a retratar a sífilis na Europa, em 1496), Van Gogh, Goya e Manet; e os músicos Beethoven, Paganini, Schumann e Schubert.⁵

Mesmo assim, é uma doença com perfil atual, representando até hoje um grave problema de saúde pública, principalmente quando nos referimos à sífilis em gestante e à congênita. A perpetuação de uma alta prevalência vem impactando negativamente a morbimortalidade, sobretudo fetal.

No período de 2018 a junho de 2022, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 299.005 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,3% eram residentes da região Sudeste, 22,4% da região Nordeste, 14,5% da região Sul, 10% da região Norte e 7,8% da região Centro-Oeste.⁶

Quando consideramos a sífilis congênita, no mesmo período analisado, foram notificados 114.837 casos, a maioria dos quais (44%) residia na região Sudeste, seguida por: Nordeste (28,9%), Sul (13,2%), Norte (8,5%) e Centro-Oeste (5,4%).⁶

No estado do Tocantins foram notificados pelo Sinan 3.386 casos de sífilis em gestantes, de 2018 a 2022, a maioria na Região de Saúde Capim Dourado, com 1.143 casos (33,7%), seguida da Região Médio Norte, com 794 casos (23,4%); Bico do Papagaio, com 489 casos (14,4%); Cerrado Araguaia, com 294 casos (8,7%); Ilha do Bananal, com 221 casos (6,5%); Região de Saúde Amor Perfeito, com 205 casos (6,1%); Cantão, com 175 casos (5,2%); e a região do sudeste do estado, com 65 casos (2%).

No mesmo período, foram notificados 1.473 casos de sífilis congênita no estado, a maioria (35,2%) residindo na Região de Saúde Médio Norte, com um total de 519 casos, seguida pela Região de Saúde Capim Dourado, com 458 casos (31,1%); Bico do Papagaio, com 173 casos (11,7%); Ilha do Bananal, com 130 casos (8,8%); Cerrado Araguaia, com 74 casos (5,1%); Região de Saúde Amor Perfeito, com 86 casos (5,8%); Cantão, com 32 casos (2,2%); e a região do sudeste do estado, com apenas 1 caso, representando 0,1% do total de casos notificados no período.

Embora a transcendência dada à sífilis não seja equivalente a sua magnitude e relevância epidemiológica, faz-se necessária a publicação de estudos que demonstrem a sua influência no cenário epidemiológico de um território, para que se possa enxergá-la como um grave problema de saúde pública para todo o país, e que se reproduz no estado do Tocantins.

Considerando, ainda, sua elevada incidência, o tratamento eficaz e de baixo custo, o fácil acesso ao diagnóstico, o impacto dessa doença na saúde pública e a necessidade de seu controle, procurou-se descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de SG e de SC, no período de 2018 a 2022, no estado do Tocantins, para identificar possíveis falhas na integralidade da assistência e cuidado prestados à gestante com o propósito de nortear estratégias junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS), para melhora da qualidade dos serviços de saúde ofertados.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado a partir da consulta de base de dados secundários obtidos no Sinan por meio do sistema operacional Tabwin, no Tocantins. O estado tem 139 municípios, distribuídos em 8 Regiões de Saúde, onde reside uma população de 1.607.363 pessoas, conforme estimativa de 2021.¹

As fichas de notificação compulsória consistem em um formulário padronizado com informações sociodemográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde. A tabulação dos dados foi realizada pelo Tabwin 32. O *software* Microsoft Excel 2010 foi utilizado para entrada e análise de dados.

O Tocantins é um estado brasileiro da região Norte. Com uma área territorial de 277.423,627 km², faz fronteira com os estados do Pará, Maranhão, Piauí, Bahia, Goiás e Mato Grosso. Tem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,699 e uma renda mensal *per capita* de R\$ 1.379,00.²

Foram incluídos todos os casos de SG e SC registrados no Sinan, nos anos de 2018 a 2022, que atenderam ao critério de definição de caso confirmado segundo o Ministério da Saúde (MS). Para o cálculo da prevalência de SG, utilizou-se o número total de notificações durante o período de 2018 a 2022 dividido pelo número total de gestações do mesmo período e multiplicado por 1.000. O número de gestações foi obtido por meio do somatório do número de nascidos vivos e natimortos no período, excluindo-se os abortos.

A taxa de detecção de SG foi obtida pela razão do número de casos detectados em um determinado ano de notificação pelo número de nascidos vivos no mesmo local e ano multiplicado por 1.000. A incidência de SC foi calculada pelo número total de casos notificados no período estudado pelo número de nascidos vivos no mesmo período multiplicado por 1.000. O número de nascidos vivos foi obtido do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

As características estudadas de acordo com as informações da ficha de notificação de sífilis em gestante e congênita foram:

- a. Características sociodemográficas maternas: idade (em anos: 10 a 14; 15 a 19; 20 a 34; 35 a 49); raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorada/branca); escolaridade (analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 4ª série completa do Ensino Fundamental; 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino Fundamental completo; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Ensino Superior incompleto; Ensino Superior completo; ignorado); zona de residência (urbana, rural, periurbana).
- b. Características obstétricas: momento do diagnóstico materno (1º; 2º; 3º trimestre ou idade gestacional ignorada); classificação clínica da doença (primária; secundária; terciária; latente; ignorada/em branco); teste treponêmico – TT (reativo; não reativo; não realizado; ignorado/em branco); teste não treponêmico – TNT (reativo; não reativo; não realizado).
- c. Características de tratamento: esquema de tratamento prescrito à gestante (penicilina G benzatina 2.400.000 UI; penicilina G benzatina 4.800.000 UI; penicilina G benzatina 7.200.000 UI; outro esquema; não realizado; ignorado/em branco); tratamento do parceiro (sim; não; ignorado/em branco).
- d. Características clínicas e laboratoriais do recém-nascido: titulação de VDRL (*venereal disease research laboratory*) em sangue periférico (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco); titulação de VDRL em líquido (reagente; não reagente; não realizado; ignorado/em branco); alteração do exame dos ossos longos (sim; não; não realizado; ignorado/em branco); evolução do caso (vivo; óbito por sífilis congênita; óbito por outras causas; natimorto; ignorado/em branco).

O estudo foi realizado com dados secundários de acesso público, garantindo-se o sigilo e o anonimato de todos os participantes, cujos registros foram analisados conforme princípios de confidencialidade de informações recomendados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012, dispensando-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

No estado do Tocantins, de 2018 a 2022, foram notificados 3.386 casos de SG. Nesse período, o número de casos oscilou entre 617 (18%) e alcançou seu ápice em número absoluto de notificações em 2022, com 764 casos (23%). Em relação à taxa de detecção da doença em gestantes, observou-se uma tendência de crescimento, partindo de 29 casos/1.000 nascidos vivos no primeiro ano da série histórica analisada, em 2018, para 33,9 casos/1.000 nascidos vivos, em 2022 (Tabela 1).

Em relação à SC, em todo o período avaliado foram notificados 1.473 casos: 2018 foi o ano que apresentou a maior taxa de incidência (14,8%) e 2020 o que obteve a menor incidência, com 10%. A partir de então, percebe-se uma tendência de aumento da incidência, alcançando 12,9% no último ano avaliado (Tabela 1).

Tabela 1. Casos de sífilis em gestantes, de sífilis congênita, taxa de detecção da sífilis em gestante e taxa de incidência da sífilis congênita, segundo o ano de diagnóstico. Tocantins, Brasil, 2018-2022.

	2018	2019	2020	2021	2022
Sífilis em gestantes (SG)					
N ¹	721	617	639	645	764
%	21	18	19	19	23
Tx SG ²	29	25,7	27,2	27,7	33,9
Sífilis congênita (SC)					
N ³	369	292	240	280	292
%	25	20	16	19	20
Tx SC ⁴	14,8	12,1	10,2	12	12,9

Fonte: elaborada pelo autor, 2023.

¹Número total de casos de sífilis em gestantes corresponde a 3.386;

²Taxa de detecção de sífilis em gestantes;

³Número total de casos de sífilis congênita corresponde a 1.473;

⁴Taxa de incidência da sífilis congênita.

A taxa de prevalência de SG, de 2018 a 2022, foi de 28,2%; a taxa de incidência de SC, no mesmo período, foi de 12,2%.

Em relação à idade das gestantes com sífilis, prevaleceu a faixa etária dos 20 aos 34 anos, com 2.242 pessoas (66,2%). Quanto à raça/cor da pele, 2.512 (74,2%) se declararam pardas. No item escolaridade, 979 gestantes (28,8%) haviam concluído o Ensino Médio. Na variável zona de residência, observou-se que a maioria, 3.040 (89,8%), residia na zona urbana ([Tabela 2](#)).

Tabela 2. Características sociodemográficas das gestantes com sífilis, segundo notificações, Tocantins, Brasil, 2018-2022.

Características sociodemográficas	N=3.386	%
Faixa etária (anos)		
10 a 14	42	1,2
15 a 19	891	26,3
20 a 34	2.242	66,2
35 a 49	211	6,3
Raça/Cor da pele		
Branca	344	10,2
Preta	318	9,4
Amarela	154	4,5
Parda	2.512	74,2
Indígena	24	0,7
Ignorado/branco	34	1
Escolaridade		
Analfabeto	8	0,2
1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental	68	2
4ª série completa do Ensino Fundamental	61	1,8
5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	542	15,9
Ensino Fundamental completo	275	8,1
Ensino Médio incompleto	622	18,4
Ensino Médio completo	979	28,8
Ensino Superior incompleto	88	2,6
Ensino Superior completo	73	2,5
Ignorado	670	19,8
Zona de residência		
Urbana	3.040	89,8
Rural	310	9,2
Periurbana	5	0,1
Ignorada/em branco	31	0,9

Fonte: elaborada pelo autor, 2023.

Considerando as características obstétricas, em relação ao momento do diagnóstico, observamos que é no primeiro trimestre (37,4%; n=1.265) que a maioria dos casos é descoberta; em tese, um diagnóstico oportuno. Foram diagnosticados no terceiro trimestre 33,5% (n=1.135) das gestantes com sífilis. No segundo trimestre, ocorreram 27,7% dos diagnósticos (n=940) e 1,4% (n=46) dos diagnosticados tinham idade gestacional ignorada (Tabela 3).

Quanto à classificação clínica da doença, 34,3% (n=1.163) foram classificadas como sífilis primária; 6,2% como secundária (n=211); 15,7% (n=531) como terciária e 26% (n=880) como latente. A variável ignorado/em branco registrou 17,8% (n=601) do total de notificações (Tabela 3).

Tiveram o TT reativo 71,6% (n=2.424) das gestantes, 5,3% (n=179) não reativo e 18,6% (n=630) não realizaram, além de 4,5% (n=153) de ignorados/em branco. Em relação ao TNT, 74,3% (n=2.514) das gestantes tiveram resultado reativo, 4,7% (n=161) tiveram resultado não reativo, 15,2% (n=515) não realizaram o TNT e a variável ignorado/em branco registrou 5,8% (n=196) do total (Tabela 3).

Em relação ao tratamento, foram prescritos penicilina G benzatina 2.400.000 UI para 15,8% (n=535) das gestantes e o esquema de penicilina G benzatina 4.800.000 UI para 1,9% (n=65) das gestantes. Já para 18,7% (n=635) foi prescrito o esquema de 7.200.00 UI de penicilina G benzatina; para 1,3% (n=44), foi utilizado outro esquema; 41,3% (n=1.402) das gestantes não foram tratadas; e, em 21% dos casos (n=705), foi registrado ignorado ou em branco ([Tabela 3](#)).

Avaliando o tratamento dos parceiros, observamos que 49,7% (n=1.683) deles não foram tratados. Com informação ignorada ou em branco, temos 17,2% (n=583) dos casos e apenas 33% (n=1.120) deles receberam algum tipo de tratamento ([Tabela 3](#)).

Tabela 3. Características obstétricas das gestantes com sífilis, segundo notificações, Tocantins, Brasil, 2018-2022.

Características obstétricas	N=3.386	%
Momento do diagnóstico materno		
Primeiro trimestre	1.265	37,4
Segundo trimestre	940	27,7
Terceiro trimestre	1.135	33,5
Idade gestacional ignorada	46	1,4
Classificação clínica da doença		
Primária	1.163	34,3
Secundária	211	6,2
Terciária	531	15,7
Latente	880	26
Ignorada/em branco	601	17,8
Teste treponêmico (TT)		
Reativo	2.424	71,6
Não reativo	179	5,3
Não realizado	630	18,6
Ignorado/em branco	153	4,5
Teste não treponêmico (TNT)		
Reativo	2.514	74,3
Não reativo	161	4,7
Não realizado	515	15,2
Ignorado/em branco	196	5,8
Características de tratamento		
Esquema de tratamento prescrito à gestante		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	535	15,8
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	65	1,9
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	635	18,7
Outro esquema	44	1,3
Não realizado	1.402	41,3
Ignorado/em branco	705	21
Tratamento do parceiro		
Sim	1.120	33,1
Não	1.683	49,7
Ignorado/em branco	583	17,2

Fonte: elaborada pelo autor, 2023.

Entre os nascidos vivos notificados com SC, 90,1% (n=1.325) tiveram TNT no sangue periférico reagente. Tivemos, ainda, um total de 3,5% (n=51) com resultado não reagente, além de 3,9% (n=57) que não realizaram o TNT e 2,6% (n=40) na variável ignorado/em branco (Tabela 4).

Já em relação ao TNT no líquido, apenas 2,2% (n=33) dos nascidos vivos com SC tiveram resultado reagente. Com resultado não reagente foram 58% (n=854). Tivemos, ainda, 32,9% (n=484) que não realizaram o exame no líquido e 6,9% (n=102) com informações de ignorado/branco (Tabela 4).

O Raio X de ossos longos não foi feito em 23,3% (n=344) dos RN. Apenas 3,9% (n=58) apresentaram alterações nos ossos longos. A grande maioria, 63,8% (n=940), não apresentaram alterações em ossos longos e tivemos, ainda, 9% (n=131) na variável ignorado/em branco (Tabela 4).

Em relação à evolução dos casos, 96% (n=1.409) permaneceram vivos, 0,9% (n=13) foi a óbito por SC e 0,9% (n=13) foi a óbito por outras causas. Não identificamos natimortos, e 2,2% (n=38) foram registrados na variável ignorados/em branco (Tabela 4).

Tabela 4. Características clínicas/laboratoriais dos RNs com sífilis congênita, segundo notificações, Tocantins, Brasil, 2018-2022.

Clínicas/laboratoriais do RN	N=1.473	%
Titulação de VDRL (TNT) em sangue periférico		
Reagente	1.325	90
Não reagente	51	3,5
Não realizado	57	3,9
Ignorado/em branco	40	2,6
Titulação de VDRL (TNT) em líquido		
Reagente	33	2,2
Não reagente	854	58
Não realizado	484	32,9
Ignorado/em branco	102	6,9
Alteração de exame nos ossos longos		
Sim	58	3,9
Não	940	63,8
Não realizado	344	23,3
Ignorado/em branco	131	9
Evolução do caso		
Vivo	1.409	96
Óbito por sífilis congênita	13	0,9
Óbito por outras causas	13	0,9
Ignorada/em branco	38	2,2

Fonte: elaborada pelo autor, 2023.

Discussão

Convém lembrar que potenciais limitações do estudo referem-se à procedência dos dados analisados, obtidos de fontes secundárias, que podem conter informações imprecisas devido à subnotificação parcial, em razão da atualização constante dos bancos, e, ainda, à imprecisão no momento de preenchimento dos registros e formulários.

Observou-se no estado do Tocantins um aumento da taxa de detecção de SG no período estudado, alcançando o valor de 33,9 casos por mil nascidos vivos em 2022. Esta taxa é bem superior à realidade nacional – a taxa de detecção de SG do Brasil em 2021 (último ano com dados definitivos) foi de 27,1 por mil nascidos vivos – e também superior à taxa de detecção de SG da região Norte, que é de 26,6 por mil nascidos vivos.⁶

A taxa de prevalência de SG de 2018 a 2022, no estado do Tocantins, foi de 28,2%, enquanto no mesmo período no país foi de 23,8% e na região Norte de 21,1%.⁶ Como é possível observar, a SG tem um caráter persistente e as altas taxas de incidência vêm se perpetuando ao longo dos anos.

Valores de incidência da SC apresentaram um comportamento de queda até o ano de 2020, porém, desde então, voltou a tendência de crescimento no número de notificações, alcançando a taxa de 12,9 casos a cada mil nascimentos no estado, em 2022. O Brasil registrou no último ano de dados definitivos, 2021, a taxa de 9,9 casos de SC a cada mil nascimentos, e a região Norte, uma taxa de incidência de SC de 7,7 no mesmo período, conforme dados publicados em Brasil.⁶

As mulheres com sífilis são de maioria parda, jovens, concluíram o Ensino Médio e residem na zona urbana. A taxa de detecção de SG, no Tocantins, de 2018 a 2022, aumentou aproximadamente 27%, resultado semelhante ao crescimento dos casos encontrados no país no mesmo período, que foi de 26%, enquanto na região Norte esse crescimento foi bem superior, quase 48%.⁶

Embora a maioria das gestantes tenham sido diagnosticadas no primeiro trimestre da gestação, em torno de 37,4% (n=1.265), é preocupante o grande número de diagnósticos feitos somente no terceiro trimestre, 33,5% do total, o que representa 1.135 gestantes com diagnóstico tardio de sífilis em sua gestação. Essa constatação contraria a orientação do Ministério da Saúde, que “preconiza a testagem para sífilis na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre”.⁸

É importante apontar que 34,3% (n=1.163) das gestantes notificadas foram classificadas como sífilis primária e 6,2% (n=211) como sífilis secundária; além disso, devemos acrescentar que 17,8% (n=601) tiveram a classificação ignorada e/ou em branco. Esse cenário gera bastante preocupação, pois é sabido que a transmissão vertical acontece mais frequentemente na fase intrauterina da gestação, embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa.

A probabilidade da ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior (em torno de 70% a 100%) quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária.⁸

O aumento do diagnóstico de SG nem sempre é garantia de tratamento oportuno e consequente redução nas taxas de SC. A existência de uma variação regional do acesso ao tratamento da sífilis na atenção básica, com menor disponibilidade de penicilina, terá como provável consequência o aumento na incidência da SC.⁹

O tratamento prescrito a mais da metade dessas gestantes (18,7%, n=635) é o preconizado para sífilis latente, tardia ou latente, com duração ignorada, em que não se observa sinal ou sintoma clínico, e para sífilis terciária, considerada rara e que, quando se manifesta, aparece na forma de inflamação e destruição tecidual do sistema nervoso e cardiovascular.¹⁰ Com base nesses dados, observa-se que o tratamento não condiz com a fase clínica da doença, o que reflete a dificuldade dos profissionais de saúde em fazer o diagnóstico de acordo com a fase clínica e prescrever o tratamento adequado.

Essa dificuldade dos profissionais de prescrever o protocolo terapêutico correto para o tratamento da SG não é, infelizmente, restrita ao estado do Tocantins. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro com profissionais pré-natalistas da rede pública dos serviços de saúde, verificaram-se diversas barreiras relacionadas ao conhecimento e à familiaridade com os protocolos assistenciais, dificuldades na abordagem às infecções sexualmente transmissíveis (IST), questões dos usuários e contexto organizacional. Profissionais com mais acesso a treinamentos e manuais técnicos apresentaram melhor desempenho.¹¹

Em um estudo de revisão integrativa,¹² foram encontradas lacunas do conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao manejo da sífilis, tanto em nível nacional quanto internacional. Como exemplos, podemos citar a Colômbia, onde o desconhecimento foi evidenciado no tratamento da sífilis na gestação; os Estados Unidos, em que um estudo revelou que profissionais realizavam de maneira equivocada a administração da penicilina benzatina para o tratamento da sífilis; e o Paquistão, onde médicos especialistas e clínicos gerais apresentaram falhas de conhecimento técnico, o que prejudica o manejo adequado das IST, incluindo a sífilis.

Além disso, é realmente preocupante o alto índice de gestantes não tratadas, 41,3% (n=1.402), que, somado ao índice daquelas sem informações sobre o tratamento (21%, n=705), demonstra que mais de 60% do total de gestantes com diagnóstico de sífilis, caso o registro no momento da notificação esteja correto, não receberam nenhum tratamento.

Em relação ao diagnóstico, a quantidade de mulheres notificadas com SG com TNT reagente foi de 74,3% (n=2.514), muito similar à quantidade de mulheres que testaram reagente também no TT, ou seja, 71,6% do total (n=2.424). Isso confirma que essas mulheres tiveram acesso aos dois tipos de teste necessários para o diagnóstico de SG.¹³

Na amostra estudada, apenas 33% (n=1.120) dos parceiros foram tratados. O percentual reduzido de parceiros tratados se assemelham, lamentavelmente, aos resultados de diversos estudos realizados em outros estados do país,¹⁴ demonstrando que o não tratamento é a regra, e não a exceção.

Nos últimos 10 anos, no Brasil, houve um aumento progressivo na taxa de incidência de SC, passando de 3,3 casos para cada mil nascidos vivos em 2011 para 9,9 casos para cada mil nascidos vivos em 2021.⁶ Já no estado do Tocantins, identificou-se uma redução na taxa de incidência de SC de 14,8 casos por mil nascimentos em 2018 para 12,9 casos para cada mil nascidos vivos no ano de 2022 ([Tabela 1](#)).

Porém, o cenário estadual ainda está bem longe da meta de eliminação da SC proposta pela OMS em 2008 para América Latina e Caribe e incorporada pelo Ministério da Saúde de 0,5 caso ou menos para cada mil nascidos vivos até o ano de 2015.¹⁵

Quanto ao seguimento do recém-nascido (RN) com SC, quase a totalidade (90%, n=1.325) obteve TNT reagente em sangue periférico. Já o TNT do líquido (32,9%, n=484) e o raio X de ossos longos (23,3%, n=344) não foram realizados em mais de um terço desses recém-nascidos. Além disso, não temos informações quanto à realização do TNT em líquido em 7% (n=102) nem de raio X de ossos longos em 9% (n=131) desses RN, o que contribui para a queda da qualidade diagnóstica para o agravo e aponta para falha na assistência prestada em ambiente hospitalar, uma vez que, para a definição do diagnóstico da SC, são necessários os seguintes exames: amostra de sangue (hemograma, perfil hepático e eletrólitos); avaliação neurológica (punção líquórica: células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos); raio X de ossos longos; e avaliação oftalmológica e audiológica. Além disso, deve-se realizar o TT para sífilis aos 18 meses para seguimento e controle de cura da sífilis congênita.¹³

Quase a totalidade dessas crianças (96%, n=1.409) permaneceu viva, embora ainda tenham sido registrados 13 óbitos por SG (0,9% do total) e mais 13 óbitos (0,9% do total) por outras causas.

Conclusão

A descrição do perfil epidemiológico da gestante com sífilis possibilita a identificação da população mais vulnerável. Além disso, o estudo possibilitou a exposição de problemas no manejo clínico e seguimento do agravo. Essas constatações possibilitarão um direcionamento das autoridades sanitárias locais quanto ao processo de tomada de decisão, sobretudo no momento de eleger as prioridades das políticas públicas em saúde a serem executadas.

Além da descrição e consequente divulgação do perfil epidemiológico, o estudo possibilitou a observância de alguns problemas que comprometem a assistência prestada

à gestante com sífilis no estado do Tocantins, sobretudo a dificuldade no diagnóstico precoce da doença, o tratamento adequado, a inclusão do parceiro no pré-natal e, ainda, a falta de seguimento dessa gestante e do próprio RN após o parto na maternidade de referência e após a alta pela Atenção Primária à Saúde do território adscrito de residência. Como recomendação sugere-se análise para apontamento dos determinantes que estejam comprometendo a integralidade da linha de cuidado da sífilis no estado.

Referências

1. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília (DF); 2022.
2. Ministério da Saúde. Portaria n. 542, de 22 de dezembro de 1986. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial Nº 608Bsb, de 28 de outubro de 1979, a SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS e a SÍFILIS CONGÊNITA. Diário Oficial da União. 22 dez. 1986.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças, a 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. 14 jul. 2005.
4. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.472 de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. 31 ago. 2010.
5. Brito JS, Tavares M, Garcia IS, Lisboa PHM, Reis CGC, Faria PPR, et al. Sífilis: a história de um desafio atual. Uniatenas [Internet]; 11 (3): 01-10.
6. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis. Brasília (DF); 2022.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Cidades: 2022 [acesso em 20 jun. 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/panorama>.
8. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília (DF); 2022.
9. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Caderno de Saúde Pública. 2020; 36 (3).
10. Lafetá KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2016; 19 (1): 63-74.
11. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18 (5): 1341-1351.

12. Câmara LS, Silva LR, Guerra BCO, Monnerat IC, Martina CJ, Veras RC, et al. Conhecimento técnico dos profissionais de saúde quanto ao manejo da sífilis e a sua relação com a Educação Permanente em Saúde. *Research, Society and Development*. 2021; 10 (2): 2-14.
13. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília (DF); 2022.
14. Dallé J. Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual [dissertação]. [Porto Alegre (RS)]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. Capítulo 2.3.7, Tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis; p. 25-26.
15. Organização Mundial da Saúde. Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: fundamento lógico e estratégia para a ação. Geneva; 2008.

Contribuição dos autores

Teixeira Neto FC contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Santana JS contribuiu na coleta dos dados junto aos bancos oficiais e consolidação dos mesmos. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e Integridade..

Preprint

O manuscrito não foi previamente publicado em servidores preprint.

Aprovação dos autores

Os autores participaram efetivamente do trabalho, aprovam a versão final do manuscrito para publicação e assumem total responsabilidade por todos os seus aspectos, garantindo que as informações sejam precisas e confiáveis.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse de natureza política, comercial e financeira no manuscrito.

Financiamento

Os autores declaram que não houve fontes de financiamento.