

SÍFILIS GESTACIONAL: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS NOTIFICADOS NO BRASIL

GESTATIONAL SYPHILIS: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF NOTIFIED CASES IN BRAZIL

Isadora Paes, Beatriz Nascimento Monteiro da Silva

RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O Brasil tem registrado um crescimento nos casos de sífilis gestacional e congênita na última década, sendo esta considerada uma epidemia e consequentemente um problema de saúde pública. Diante disso, o estudo tem por objetivo descrever a epidemiologia da sífilis gestacional no país, assim como identificar a relação de crescimento entre essa infecção na gestação e a sífilis congênita. As informações, fornecidas no período de 2014 a 2019, foram adquiridas por meio dos bancos de dados do Ministério da Saúde. Os parâmetros utilizados para avaliação do perfil epidemiológico foram: as regiões do país onde ocorreram notificações; idade gestacional no momento do diagnóstico; realização ou não do pré-natal. Os resultados apontam que no período investigado, aconteceram 271.796 novos casos de sífilis gestacional e 132.737 de sífilis congênita no Brasil, estando essas ocorrências distribuídas de maneira variada nas cinco regiões. A disseminação de informações a respeito de medidas contra as infecções sexualmente transmissíveis é uma ferramenta extremamente necessária para que os casos da infecção na gravidez sejam erradicados. Além disso, os achados atestam que problemas importantes na assistência pré-natal são encontrados nas regiões com as maiores incidências de sífilis congênita, demonstrando assim a necessidade de um aperfeiçoamento no acompanhamento gestacional.

Palavras-chave: Sífilis, sífilis gestacional, pré-natal, Ministério da Saúde, *Treponema pallidum*.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum*. Brazil has registered a growth in cases of gestational and congenital syphilis in the last decade, having been considered an epidemic and consequently a public health problem. Therefore, the study aims to describe the epidemiology of gestational syphilis in this country, as well as to identify the growth relationship between this infection in pregnancy and congenital syphilis. The information, provided from 2014 to 2019, was acquired through the databases of the Ministry of Health. The parameters used to assess the epidemiological profile were the regions of the country where notifications occurred; gestational age at diagnosis; performance of prenatal care or not. The results show that in the period under investigation 271.796 new cases of gestational syphilis and 132.737 of congenital syphilis occurred in Brazil, with these occurrences being distributed in a varied manner in the five regions. The dissemination of information regarding measures against sexually transmitted infections is an

extremely necessary tool for the cases of infection in pregnancy to be eradicated. In addition, the findings attest that important problems in prenatal care are found in the regions with the highest incidence of congenital syphilis, thus demonstrating the need for improvement in gestational follow-up.

Keywords: Syphilis, gestational syphilis, prenatal care, Ministry of Health, *Treponema pallidum*.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a qual é capaz de ser transmitida não somente entre adultos, mas também por via vertical, durante a gestação. Alguns casos originados por contato com sangue infectado já foram notificados, mas são considerados raros. Nos últimos anos, essa infecção voltou a ser um grande problema para a saúde pública mundial, já que o número de pessoas contaminadas tem crescido cada vez mais¹.

Um estudo epidemiológico de 2015, executado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), indicava que no ano de 2012 aproximadamente 17 milhões de pessoas estavam infectadas ao redor do mundo e outros dados fornecidos pela mesma instituição, apontavam que em 2016 existiam cerca de 900.000 gestantes com casos de sífilis ativa no mundo²⁻³. Diversas estratégias já foram propostas com o objetivo de erradicar a cadeia de contaminação. Em 2007, a OMS junto com países parceiros lançou uma iniciativa de eliminação mundial da sífilis congênita, visando acabar com a ocorrência dos casos através de diversas intervenções. Entre elas estão: melhoria no atendimento de pré-natal das mulheres grávidas, a qual levaria à uma detecção precoce da doença; tratamento de todos os parceiros sexuais; disseminação de informações sobre a necessidade do uso de preservativo durante as relações sexuais entre outras⁴. Mesmo com essas medidas, a infecção continuou se espalhando por países desenvolvidos e subdesenvolvidos, tendo a OMS lançado uma estratégia global de eliminação das infecções sexualmente transmissíveis entre os anos de 2016-2021⁵.

No Brasil, os casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita apresentaram um aumento expressivo na última década, sendo considerada em 2016 um grave problema de saúde pública. Dentre estas, a sífilis gestacional tem afetado diversas mulheres, causando impactos na saúde reprodutiva que podem levar à problemas de

infertilidade⁶. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o aumento e/ou diminuição dos casos de sífilis gestacional e congênita estão diretamente relacionados entre si, podendo levar a um entendimento de que um diagnóstico correto leva a um tratamento adequado, impedindo o processo da transmissão vertical. Buscando resolver o problema da epidemia, entre os anos de 2016 e 2017 o MS lançou uma agenda de ações estratégicas que visavam a erradicação da sífilis congênita no Brasil, por meio de atividades coordenadas com outras instituições do país⁷. O MS é responsável por liberar anualmente um boletim epidemiológico de sífilis que indica o aumento no número de casos da infecção no país, baseado nos locais onde os casos são diagnosticados, em características individuais de cada pessoa infectada, nos estágios clínicos da doença e em esquemas de tratamentos utilizados no Brasil⁸. Além da sífilis gestacional não tratada possivelmente levar a casos de sífilis congênita, essa condição também aumenta as chances de uma coinfeção com outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)⁹.

No país, a assistência pré-natal é fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por convênios particulares, mas ambas essas ofertas possuem ações que são recomendadas pelo MS. Estudos nacionais intitulados “Nascer no Brasil”, que foram coordenados pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), mostravam que a transmissão de mãe para filho acontecia com indivíduos que haviam tido acesso ao pré-natal, mas com um número inadequado de consultas, com as mesmas sendo iniciadas tardiamente e realizadas de maneira precária¹⁰. O MS indica que o número mínimo de consultas de pré-natal durante a gestação deve ser de seis e que o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) deve ser realizado três vezes durante o período gestacional, sendo uma no momento da primeira consulta, o segundo por volta da 30^a semana, com o objetivo de diagnosticar precocemente a infecção, antes do parto e o terceiro no momento do nascimento¹¹. Contudo, falar sobre tratamento adequado da gestante vai muito além do cuidado com a mesma. Essas situações devem compreender também a testagem, notificação e tratamento dos parceiros sexuais, já que os mesmos acabam por ser a principal via de contaminação da mulher grávida ainda que de acordo com algumas orientações internacionais o acompanhamento desses parceiros já não é mais considerado um modo de avaliação da adequação do pré-natal¹²⁻¹³. Diversos indícios mostram que o aumento no número de casos em todas as regiões está relacionado não somente à assistência pré-natal

inadequada, mas também com a dificuldade de acesso que populações de locais mais carentes enfrentam¹⁰.

Esses dados revelam que algo está acontecendo no sistema de saúde brasileiro, fazendo com que essas mulheres não recebam diagnóstico e tratamento eficazes, causando assim a contaminação do feto durante o período gestacional e o crescimento contínuo dos casos de sífilis congênita.

Tendo em vista a situação apresentada e impactos da infecção no Brasil, o estudo tem por objetivo descrever a epidemiologia da sífilis gestacional no país, assim como identificar a relação de crescimento entre essa infecção na gestação e a sífilis congênita. A descrição do cenário será feita através da consulta de dados coletados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que estão dispostos no Boletim Epidemiológico e por dados publicados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde, relativos aos anos de 2014 a 2019.

- Analisar o perfil demográfico das gestantes infectadas, assim como o da transmissão vertical;
- Identificar o período gestacional no qual as mulheres recebem o diagnóstico da infecção;
- Caracterizar a qualidade da assistência pré-natal ofertada às gestantes nas cinco regiões do Brasil;

REFERENCIAL TEÓRICO

A origem da sífilis venérea possui diversas hipóteses. A mais conhecida é a de Colombo, que se refere ao aparecimento da infecção na Europa em meados do século XV devido à volta de Cristóvão Colombo e seus companheiros ao continente, após a descoberta das Américas. A pré-colombiana diz que evidências ósseas revelam que indivíduos europeus já apresentavam a infecção pelo *T. pallidum* antes das expedições, sendo que no continente europeu os casos eram frequentemente confundidos com hanseníase, antigamente conhecida como lepra¹⁴⁻¹⁵. Outra hipótese conhecida e discutida por paleontologistas é a unitária, a qual supõe que as treponematoses sempre estiveram presentes no mundo e que a ocorrência de cada

uma está relacionada com questões climáticas e geográficas de cada região¹⁴. Conforme visto por Peeling e colaboradores² em um artigo de revisão, estudos baseados em mutações nas sequências genômicas sugerem que o agente etiológico da sífilis venérea e da boubá tiveram um progenitor em comum no continente africano há milhares de anos, o que exclui a possibilidade da bactéria ter sido originada apenas nas Américas. No período de epidemia da doença na Europa, a mesma era tratada como uma enfermidade altamente estigmatizada e devido isso, recebeu diversas denominações relacionadas com as populações que estavam sendo infectadas pelo patógeno. O nome sífilis só começou a ser utilizado no século XVI, quando foi retirado de um poema intitulado “Syphilis Sive Morbus Gallicus” do autor Girolamo Fracastoro¹⁶.

O agente etiológico da sífilis, conhecido como *T. pallidum*, foi descoberto em 1905, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann através do material fresco de uma erupção cutânea presente na vulva de uma mulher com sífilis¹⁷.

ASPECTOS CLÍNICOS

O *T. pallidum* é um patógeno obrigatoriamente humano, que possui diversas subespécies conhecidas e responsáveis pela ocorrência de múltiplas doenças. A subespécie *pallidum* é o agente causador da sífilis venérea¹⁸. Indivíduos infectados seguem a evolução natural da doença, que pode incluir estágios distintos, com momentos assintomáticos e sintomáticos¹⁹.

Clinicamente a sífilis não tratada pode ser dividida em primária; secundária; latente; terciária e congênita nos casos de transmissão vertical¹⁸. Na sífilis primária a presença de uma única úlcera denominada cancro duro ou protossifiloma nas regiões genitais onde a bactéria penetra, ocorre cerca de três semanas após a infecção¹⁹. O período de duração da ferida pode variar de três a oito semanas, mas as mesmas desaparecem sozinhas, sem intervenção médica. O maior problema desse estágio é que as lesões podem passar despercebidas pelo indivíduo, fazendo com que a infecção prossiga para a próxima fase, sem ser notado o seu desenvolvimento¹².

A sífilis secundária é caracterizada pelo aparecimento de diversas manifestações cutâneas, ricas em treponemas que se disseminaram pelo organismo²⁰. Esse processo ocorre por volta de seis semanas a seis meses após o desaparecimento da manifestação primária¹². Essas múltiplas lesões podem ser

confundidas com outras doenças, por isso a sífilis secundária é chamada de o grande imitador²¹. Usualmente as lesões nesse estágio surgem na região da palma das mãos e planta dos pés. Se nesse estágio a sífilis não for tratada, a mesma passa para uma fase de latência, onde no início não há presença de manifestações clínicas da doença, mas os testes sorológicos conferem um resultado positivo¹.

Como dito anteriormente, a sífilis latente é a fase que apresenta características assintomáticas, mas com sorologia confirmatória²². Esse estágio pode ser dividido em sífilis latente precoce, que ocorre em até um ano após a infecção, e em sífilis latente tardia que é classificada quando a infecção perdura por mais de dois anos e consegue permanecer por até dez anos¹⁹. Depois desse longo momento de latência, a infecção pode evoluir para uma fase terciária em indivíduos que não receberam tratamento ou que tiveram acesso ao mesmo, mas de maneira inadequada²³. A ocorrência dessa etapa mais avançada pode causar danos graves ao organismo, que atingem desde o sistema cardiovascular até o sistema nervoso central (SNC) com a chamada neurosífilis²⁴.

Durante a gestação de uma mulher infectada com o *T. pallidum*, o processo de transmissão vertical pode acontecer, se essa gestante não for tratada ou se a mesma não receber a terapia adequada, dando origem a chamada sífilis congênita²⁵. A contaminação do feto também pode ocorrer por meio de contato com o canal vaginal, se existirem lesões no local e inclusive por meio da amamentação se a região das mamas apresentar feridas que contenham a bactéria¹¹. Diversos problemas, acarretados devido a infecção do feto, podem ser constatados, mas entre os mais comuns estão os casos de aborto; óbito fetal; prematuridade, levando ao acometimento de diversos órgãos; baixo peso ao nascimento; lesões ósseas e outros¹¹⁻²⁶. É de extrema importância enfatizar que os casos de sífilis congênita estão diretamente relacionados com o atendimento básico que as gestantes recebem durante o período gestacional²⁵.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

A vigilância em saúde informa que os testes de diagnósticos podem ser utilizados para seleção de indivíduos assintomáticos, quando os mesmos apresentam alguma característica de possível contaminação e para confirmação em pessoas que já manifestam sinais e sintomas. Como essa infecção apresenta estágios diferentes,

com presença ou não de manifestações cutâneas que inclusive se desenvolvem de maneiras distintas, o método de investigação deve ser escolhido baseado nas características específicas de cada fase²⁷. Como já citado, o cancro duro é a principal manifestação clínica da sífilis primária. Tendo isso em vista, os testes de diagnósticos por microscopia de campo escuro e a imunofluorescência direta podem ser realizados a partir de amostras frescas dessas lesões, para investigação da possível presença do patógeno. Nessa situação, o uso dos testes imunológicos não é muito recomendado, já que os anticorpos surgem cerca de 8 dias após o aparecimento do protossifiloma, podendo inicialmente o resultado ser não reativo²⁴. No estágio secundário, os testes sorológicos podem ser utilizados, dando origem a um resultado positivo se os indivíduos estiverem infectados, já que as proteínas de defesa estarão presentes na corrente sanguínea. A utilização da microscopia de campo escuro, que é um procedimento para a pesquisa direta da bactéria, também pode ocorrer pois como citado, as lesões ativas nessa etapa são ricas em treponemas que se alastraram por todo o organismo²⁷⁻²⁸.

De acordo com o manual técnico para diagnóstico da sífilis liberado pelo Ministério da Saúde em 2016, no estágio terciário da infecção os testes sorológicos para detecção dos anticorpos normalmente são reagentes. Além disso, como a infecção nessa fase é capaz de atingir outros órgãos, é importante que essas outras estruturas também sejam examinadas²⁷.

TERAPÊUTICA PARA SÍFILIS GESTACIONAL

Uma diretriz publicada pela OMS em 2016 demonstrava protocolos internacionais utilizados para o tratamento de gestantes com casos de sífilis ativa. Normalmente em casos de sífilis gestacional, a penicilina G é administrada conjuntamente com outros compostos, como a benzatina e procaína, para que a mesma fique retida por mais tempo na corrente sanguínea²⁹. Por isso, a aplicação intramuscular de penicilina G combinada com benzatina, no mínimo 30 dias antes do parto, é a recomendação terapêutica principal, já que a mesma é a única droga considerada eficaz contra o *T. pallidum*, tanto em situações de sífilis precoce quanto tardia. A dosagem de penicilina a ser utilizada é dependente do estágio da infecção³⁰.

Em casos de falta do antimicrobiano na localidade de tratamento ou alergia ao mesmo, quando não existir a possibilidade de dessensibilização durante a gestação,

o emprego de outros antibióticos, como a eritromicina via oral, é uma proposta vista como alternativa. Porém, um obstáculo encontrado na administração de outras drogas é a dificuldade que essas substâncias encontram para ultrapassar totalmente a barreira transplacentária³⁰.

MÉTODOS

Esse trabalho se trata de uma pesquisa explicativa com caráter qualitativo e quantitativo, através do uso de dados relacionados à sífilis gestacional, sífilis congênita e informações acerca da realização do pré-natal. Foram utilizados os bancos de dados do Ministério da Saúde: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Os dados aplicados são relativos ao período de 2014 a 2019. Esses dados foram computados e representados de forma gráfica com o auxílio do Microsoft Excel, para que fosse possível uma melhor análise e interpretação dos mesmos.

O perfil epidemiológico da infecção foi analisado considerando alguns parâmetros: as regiões do país onde os casos, de sífilis gestacional e congênita, foram confirmados; idade gestacional na qual as mulheres se encontravam no momento do diagnóstico; realização ou não do pré-natal por mulheres com filhos diagnosticados com sífilis congênita. Para a incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita em cada uma das cinco regiões do país, utilizou-se a taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos fornecida pelo Boletim Epidemiológico de 2020.

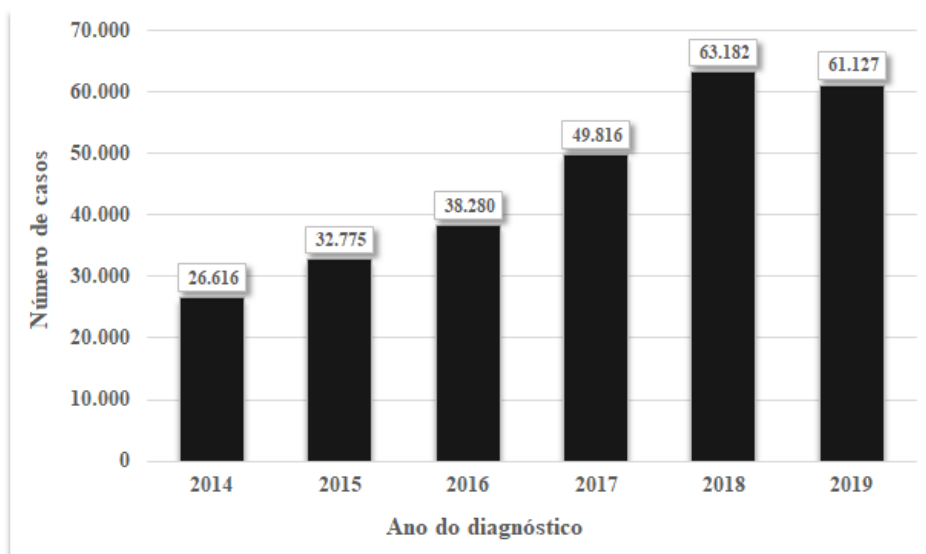
O referencial teórico foi desenvolvido por meio da consulta de materiais de fontes primárias e secundárias como artigos científicos disponíveis no PubMed, incluindo os de revisão, e informações divulgadas por órgãos oficiais, como as relativas aos protocolos de tratamento, que estão disponíveis em sites da Organização Mundial da Saúde. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos escritos em português e inglês, que estivessem disponíveis de maneira completa na base de dados anteriormente citada. Além disso, para escolha dos artigos referentes à assistência básica a gestantes foi utilizado o critério de que os mesmos não deveriam ter mais de dez anos de publicação.

RESULTADOS

De acordo com o Boletim Epidemiológico de sífilis, entre os anos de 2014 e 2019 ocorreram 271.796 novos casos de sífilis gestacional e 132.737 de sífilis congênita no país, o que demonstra um aumento frequente da doença a cada ano.

O entendimento sobre a evolução da distribuição dos casos de sífilis em gestantes no Brasil, dentro do período escolhido como amostragem, é permitido por meio da verificação dos dados apresentados na figura 1. Através dessa análise, observa-se que no ano de 2016 foram notificados 5.505 casos a mais que em 2015. Em 2018, foram comunicados 13.366 a mais que em 2017. Contudo, em 2019 foram comunicados 2.055 casos a menos que em 2018, o que possivelmente indica que as ações de saúde realizadas e incentivadas pelo MS estão apresentando um impacto na epidemia identificada no país em 2016. No momento da liberação do Boletim Epidemiológico de 2020, os dados referentes a esse ano de publicação ainda estavam incompletos. Sendo assim, não foi possível incluir o mesmo nesse estudo.

Figura 1 - Casos de sífilis gestacional no Brasil notificados no período de 2014 a 2019.

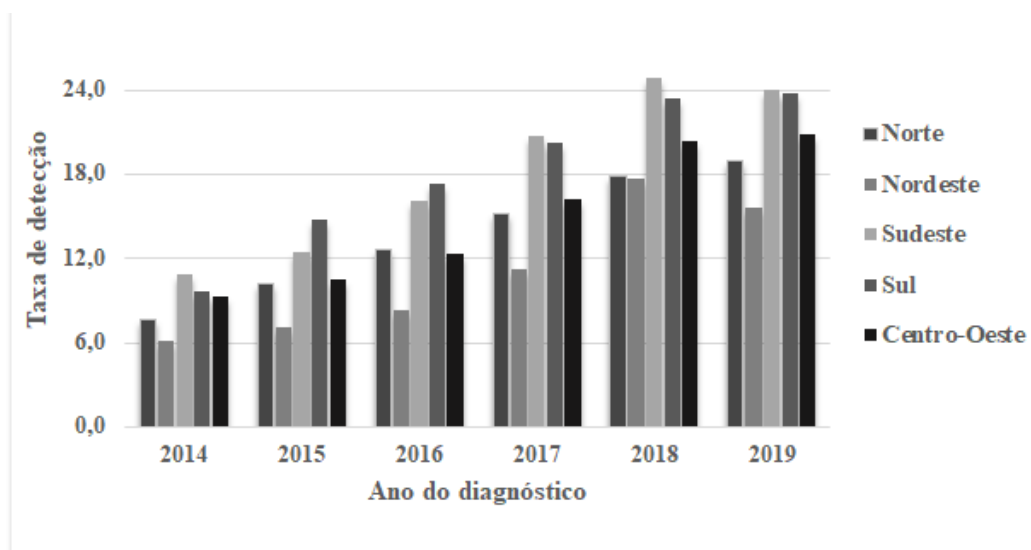


Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2020b.

Os números absolutos de notificações de cada região não podem ser utilizados para a verificação da qualidade de saúde, já que não levam em conta o tamanho da população dessas localidades. Diante disso, os elementos utilizados para a demonstração da incidência de sífilis gestacional em cada uma das cinco regiões do

país é a taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos, apresentada na figura 2. Em 2014, o Sudeste apresentava a maior ocorrência, com uma taxa de 10,9 sendo seguida por 9,7 apresentada pelo Sul. Já em 2015 e 2016 a região sul assumiu o primeiro lugar com proporções de 14,8 e 17,3 na devida ordem dos anos apresentados, sendo que o Sudeste ficou em segundo lugar com taxas de 12,5 e 16,1. A avaliação de 2017 e 2018 permitiu entender que a região sudeste voltou a apresentar as maiores taxas com cerca de 20,7 e 24,8 respectivamente. Nos anos investigados, o Norte e Centro-Oeste apresentaram incidências de 7,7 e 9,3 (2014), 10,2 e 10,5 (2015), 12,6 e 12,3 (2016), 15,2 e 16,2 (2017), 17,9 e 20,3 (2018). Examinando o ano de 2019 de maneira individual, é possível constatar que as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste exibem sua maior taxa de detecção dentro do tempo avaliado. De acordo com o exposto, o Nordeste é o território brasileiro que apresenta as menores taxas de gestantes com sífilis quando se considera o número de nascidos vivos nessa região no espaço de tempo utilizado como amostra.

Figura 2 - Taxa de detecção (a cada 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis, de acordo com a região de residência e ano de diagnóstico.

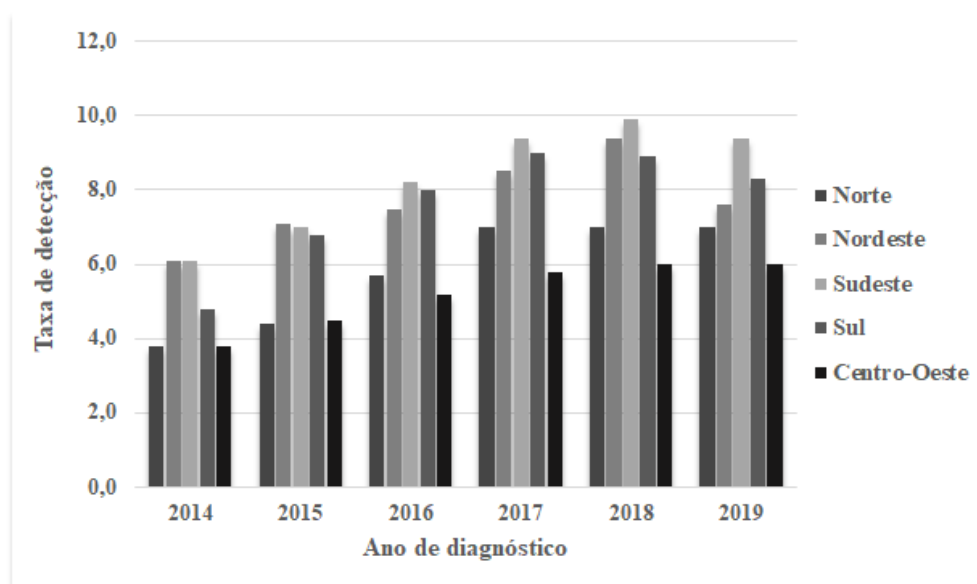


Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2020b.

Para avaliar a influência da realização de uma assistência pré-natal adequada na situação da transmissão vertical, foi considerada a taxa de detecção dos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, que está contemplada na figura 3. Ao comparar a ocorrência da transmissão do microrganismo durante a gestação no

ano de 2014, é possível constatar que ambas as regiões nordeste e sudeste apresentam uma taxa de 6,1 a cada 1.000 nascidos vivos, sendo seguidas pelo Sul com 4,8, pelo Norte e Centro-Oeste com 3,8. No ano seguinte, o Nordeste ultrapassou as outras localidades, exibindo uma taxa de 7,1. A região sudeste ficou em segundo lugar com 7,0 sendo seguida pelo Sul, Centro-Oeste e Norte, com taxas de 6,8, 4,5 e 4,4 respectivamente. Já nos próximos anos, a região Sudeste foi a localidade que apresentou as maiores taxas de detecção (8,2 em 2016, 9,4 em 2017, 9,9 em 2018 e 9,4 em 2019), tendo logo em seguida o Sul (8,0 em 2016, 9,0 em 2017, 8,9 em 2018 e 8,3 em 2019). Com relação ao processo de transmissão da bactéria durante o período gestacional em todo o espaço de tempo investigado, a região Centro-Oeste retratou as menores incidências em comparação com os outros territórios.

Figura 3 - Taxa de detecção dos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano de diagnóstico.

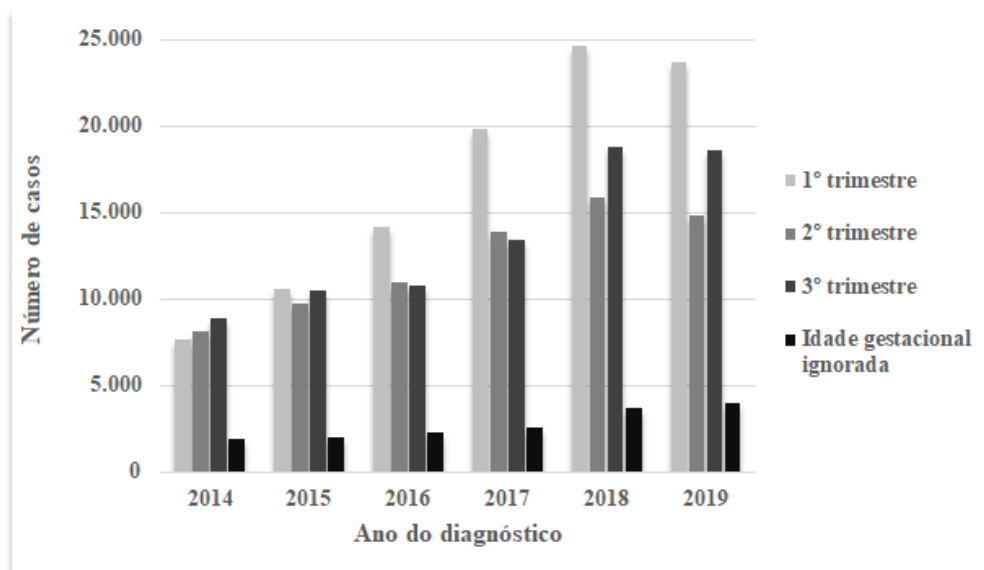


Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2020b.

O número de gestantes com sífilis, segundo a idade gestacional e ano de diagnóstico é apresentado na figura 4. No intervalo de tempo investigado, 100.536 gestantes foram diagnosticadas no primeiro trimestre (7.692 em 2014, 10.562 em 2015, 14.210 em 2016, 19.803 em 2017, 24.627 em 2018 e 23.642 em 2019) e outras 73.478 mulheres receberam o mesmo no segundo trimestre (8.164 em 2014, 9.764 em 2015, 11.003 em 2016, 13.896 em 2017, 15.863 em 2018 e 14.788 em 2019). Já as investigações realizadas no terceiro trimestre ocorreram em 80.772 mulheres

grávidas (8.860 em 2014, 10.468 em 2015, 10.754 em 2016, 13.397 em 2017, 18.740 em 2018 e 18.553 em 2019). Essa figura indica que grande parte das gestantes são diagnosticadas no primeiro trimestre, mas que ao mesmo tempo, os diagnósticos feitos no terceiro trimestre crescem a cada ano.

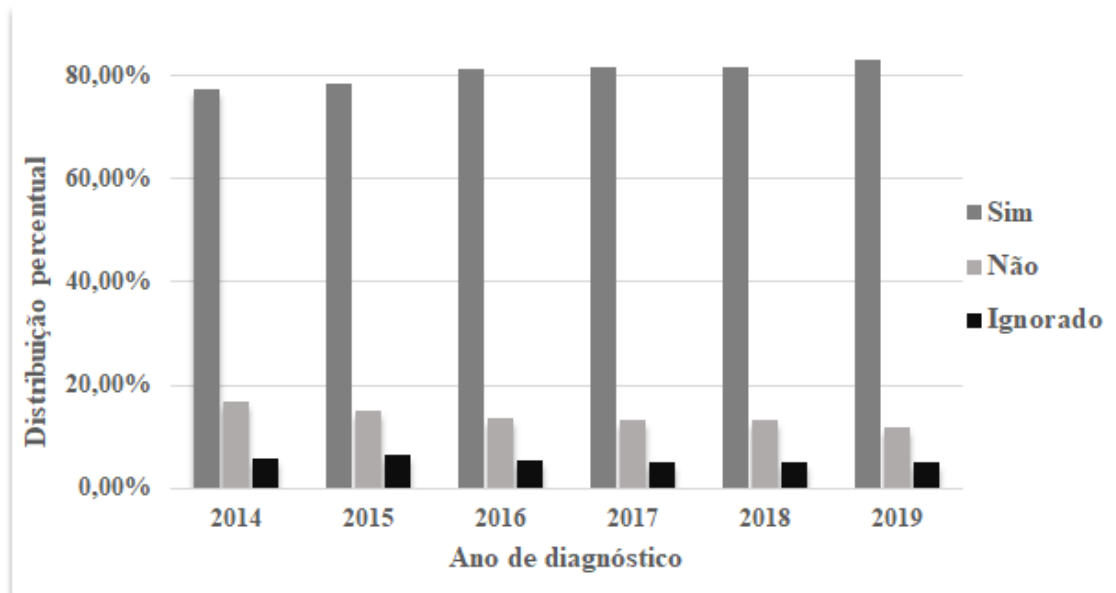
Figura 4 - Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional e ano de diagnóstico.



Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2020b.

Dados sobre a realização do pré-natal de acordo com o relato feito por mães de crianças nascidas com sífilis congênita são apresentados na figura 5. Da mesma forma que nas figuras anteriores, o período de análise está compreendido entre 2014 e 2019. De acordo com as informações demonstradas, o número de gestantes que alegam terem realizado o pré-natal durante o período da gestação cresce a cada ano, mas esse número não é compatível com o crescimento exacerbado dos casos de sífilis congênita e óbitos em menores de um ano, que acabam por ser consequências derivadas da infecção não diagnosticada na gestante. No ano de 2014 cerca de 77,5% das mulheres confirmaram o cumprimento desse atendimento e até 2019 essa porcentagem teve uma ampliação para 83,1%.

Figura 5 - Distribuição percentual segundo informação de realização de pré-natal da mãe de acordo com o ano de diagnóstico da sífilis congênita.



Fonte: Adaptado do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), 2020.

DISCUSSÃO

O presente estudo exhibe um compilado de dados referentes aos casos notificados de sífilis gestacional e congênita, demonstrando a relevância da necessidade de mais atenção e investimento no combate à essa epidemia, com a finalidade de elaborar uma melhoria na saúde pública do país nos próximos anos.

Através deste estudo, é possível observar que nos últimos anos, vasta literatura acerca de sífilis tem sido publicada, já que como dito anteriormente essa infecção ressurgiu como um problema global. Especificamente sobre a situação da sífilis gestacional no Brasil, é notável que dados são divulgados com certa frequência pelos órgãos competentes. É de extrema importância relatar que determinadas bibliografias e dados numéricos analisados neste estudo demonstraram que o número de mulheres grávidas infectadas e de crianças nascidas com sífilis congênita cresceu de maneira desordenada entre 2014 e 2018. Contudo, os dados fornecidos pelo Boletim Epidemiológico de 2020 apresentam uma diminuição na notificação dos casos totais referentes à 2019. Existem algumas possíveis explicações para essa redução e entre

elas estão: divulgação de materiais informativos e educativos, tendo como objetivo comunicar a população sobre métodos de prevenção e sinais que indiquem uma infecção; planejamentos estratégicos realizados pelo MS, por meio da integração entre os sistemas de vigilância de todos os níveis do governo; ampliação da cobertura de testagem e tratamento nos estados e municípios com maior ocorrência de casos.

É relevante comunicar que a taxa de detecção, apresentada nas figuras 2 e 3, foi elaborada pelo Ministério da Saúde a partir do número total de nascidos vivos de cada localidade nos anos investigados. Sendo assim, o resultado apresentado por cada uma das regiões é fundamentado em seu aumento populacional anual. A notificação compulsória de sífilis em gestantes é obrigatória no Brasil desde julho de 2005, mas os critérios de definição dos casos foram alterados em 2017, com o objetivo de diminuir a subnotificação. A partir desse ano, os casos identificados como sífilis gestacional são aqueles onde as mulheres recebem a constatação da doença durante o pré-natal, parto ou puerpério³³. Essa alteração na classificação da infecção fez com que o Ministério da Saúde relatasse que o aumento ocorrido entre 2017 e 2018 pode ter acontecido devido às mudanças citadas anteriormente.

A taxa de sífilis congênita é extremamente alta na região nordeste, sudeste e sul, ainda que métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento sejam disponibilizados pelo SUS. Mesmo com esse aumento constante, em um estudo, publicado na revista de saúde pública da USP, Leal e colaboradores³⁴ constataram que a região sudeste, juntamente com a sul e centro-oeste, foram as que mais se adequaram com relação ao início precoce do pré-natal e número ideal de consultas. Já Figueiredo³⁵ em um estudo qualitativo, analisou e comparou a incidência de sífilis gestacional e congênita em municípios das cinco regiões do país. Os autores perceberam que dentre todos os municípios, os da região centro-oeste apresentavam uma incidência de sífilis gestacional maior que a de sífilis congênita, o que indicava que o atendimento do pré-natal estava sendo realizado da maneira correta, com os exames de rotina sendo executados, levando ao diagnóstico e ao tratamento apropriado da infecção, diminuindo assim a taxa de transmissão vertical. A validação dessas informações pode ser feita por meio da observação da taxa de sífilis congênita no Centro-Oeste, apontada na figura 3, que é evidentemente menor entre todos os territórios. Em contrapartida, os resultados apresentados pelos municípios das regiões nordeste e sudeste indicavam maiores incidências de sífilis congênita, o que pode ocasionar dois pensamentos distintos. A primeira concepção é de que as ocorrências da infecção na

gravidez que foram notificadas não receberam o tratamento adequado e a segunda ponderação indica que possivelmente alguns casos de ambas as regiões não chegaram a ser comunicados. Uma questão importante a ser discutida com relação a descoberta dos autores é a situação retratada pela região sul. O artigo relata que o Sul, juntamente com o Centro-Oeste apresenta maiores incidências de sífilis gestacional, o que de acordo com os autores indica que a maior parte desses casos são tratados, tendo assim uma diminuição na transmissão do microrganismo durante a gestação. Essa descoberta pode ser confirmada por meio da observação dos números de sífilis gestacional e congênita exibidos por essa mesma região nas figuras 2 e 3. Contudo, a taxa de detecção da transmissão vertical no Sul é bem maior que a apresentada pela região Centro-Oeste, demonstrando assim a necessidade de uma maior averiguação acerca da mesma e seu cenário com a assistência pré-natal fornecida. Conectando ambos os trabalhos mencionados e os dados indicados, é possível chegar ao entendimento de que é imprescindível que o acesso absoluto ao pré-natal seja alcançado em todas as vertentes e não somente em alguns aspectos, para que seja possível o combate da epidemia.

Uma revisão de literatura executada por Blencowe e parceiros³⁶ apresentava uma análise de diversos trabalhos publicados que revelavam a importância da detecção e tratamento da sífilis materna, como estratégia para impedir a ocorrência de sífilis congênita. O estágio da doença no qual a mãe se encontra e o tempo de exposição do feto são condições que influenciam diretamente na ocorrência ou não da transmissão vertical. O grupo identificou que em uma situação ideal a descoberta da infecção e a terapêutica devem ser realizadas preferencialmente antes das 28 semanas de gestação, já que nessas circunstâncias o tempo de exposição do feto ao *T. pallidum* é menor. Os dados descritos na figura 4 deste trabalho evidenciam uma grande frequência de detecção durante o primeiro trimestre da gestação a partir de 2015, acabando por ser o momento ideal em concordância com o observado no estudo de Blencowe³⁶. Diante do exposto, é possível perceber que a atenção primária à saúde (APS) no Brasil tem conseguido atuar na detecção precoce da infecção, promovendo uma maior oportunidade de tratamento para essas gestantes, o que se torna um mecanismo necessário para o controle da transmissão de mãe para filho. No entanto, o cenário atual demonstra que mesmo os casos de sífilis gestacional sendo diagnosticados na época ideal, eles possivelmente não estão sendo tratados da forma apropriada, levando ao aumento da incidência de sífilis congênita apontado na figura

3. Por outro lado, os dados disponíveis na figura 4 também revelam que os diagnósticos realizados apenas no terceiro trimestre apresentaram um crescimento brando nos últimos anos, sendo necessário que eles sejam monitorados para que não se tornem obstáculos na eliminação da transmissão. Ainda nessa mesma figura, é possível observar que em determinados casos esse fator não é adicionado à ficha de notificação, demonstrando ser um cenário que necessita de cuidado, para que a qualidade da informação seja aperfeiçoada. O Ministério da Saúde explica que mesmo que essa variável ainda seja ignorada atualmente, ela já foi muito mais desconsiderada nos anos iniciais da notificação obrigatória, tendo em 2008 um preenchimento em 8,7% dos casos, mas reduzindo para 5,8% em 2018⁶. Ademais, essa variável é um assunto significativo que precisa ser relatado já que a mesma pode ser de grande auxílio para a vigilância epidemiológica; monitoramento da qualidade do atendimento à gestante; criação de medidas de prevenção e controle dessa infecção.

Além do diagnóstico precoce nos casos de mulheres que já possuíam a doença antes da gravidez, é pertinente entender que a sífilis é uma infecção que também pode ser adquirida durante todo o período gestacional, o que demonstra a importância da realização dos exames laboratoriais de repetição preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde em 2000. Polgiane³⁷ executou um estudo epidemiológico com 360 mulheres que haviam realizado o pré-natal no sistema público de saúde do município de Vitória, objetivando avaliar o desempenho dos conteúdos oferecidos à população de acordo com os critérios propostos pelo PHPN. Os autores constataram que menos de 50% das mulheres iniciaram o acompanhamento ainda no primeiro trimestre e que cerca de 70% tiveram acesso a seis ou mais consultas. A avaliação muda de perspectiva quando se examina as informações referentes aos exames de repetição. Durante a observação, os autores perceberam que cerca de 80% das participantes haviam realizado o primeiro VDRL, mas que no momento da repetição do mesmo, por volta da 30^a semana de gestação, esse número reduziu para apenas 41%. Os elementos apresentados evidenciam uma problemática envolvida no processo de cobertura eficiente dos casos de sífilis gestacional, principalmente quando se fala sobre uma infecção adquirida durante a gestação.

Para entender todo o processo de atenção à gestante é importante lembrar que esse atendimento detém diversas temáticas que devem ser atendidas para que

não aconteçam desfechos desfavoráveis para a mãe e filho. Dentre esses aspectos essenciais está a realização do esquema de tratamento de acordo com diretrizes recomendadas. Alguns materiais liberados pelo Ministério da Saúde em 2016 demonstraram que cerca de 56,5% das mulheres grávidas diagnosticadas com a infecção foram tratadas de maneira indevida, 27,3% dessas não receberam nenhum tipo de intervenção terapêutica, a informação referente ao tratamento em 12,1% dos casos notificados foi ignorada e somente 4,1% dessas mulheres foram tratadas corretamente, através da aplicação de penicilina G associada com benzatina³⁸. Um segundo elemento fundamental no processo de atenção à gestante é a identificação e tratamento dos parceiros contaminados, visando a interrupção da cadeia de transmissão da doença, evitando assim infecções ou até mesmo uma possível reinfecção durante o período gestacional, acabando por invalidar os procedimentos de monitoramento realizados com as mulheres grávidas. Um estudo descritivo elaborado por Campos³⁹ teve como propósito investigar o perfil de desenvolvimento do cuidado com os companheiros de gestantes diagnosticadas positivamente. As mulheres com sífilis gestacional selecionadas para essa pesquisa foram submetidas a diversas perguntas referentes aos parceiros sexuais. Ao avaliar as respostas, os autores detectaram que 75% dos parceiros foram informados do diagnóstico, mas que apenas cerca de 42% receberam o recurso terapêutico apropriado. Para completar as informações apresentadas, dados levantados pelo DCCI (Figura 5) indicam que uma parcela das mulheres que haviam realizado o pré-natal tivera os filhos infectados pelo microrganismo, levando a ocorrência de novos casos da sífilis congênita. Essa situação apontada pelo DCCI tem potencial de ser explicada pela temática apresentada acerca do tratamento das gestantes e dos parceiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que os casos de sífilis gestacional e congênita apresentaram um crescimento significativo entre os anos de 2014 e 2018 em todo o Brasil, estando amplamente disseminados nas cinco regiões, mas com incidências variadas de acordo com a área investigada. O aumento no número de ocorrências, nesses cinco anos, pode ter ocorrido devido à ampliação no sistema de notificações, além da extensa propagação do microrganismo na população. Diante disso, a vigilância epidemiológica continua sendo uma importante ferramenta para o

rastreamento dos casos, sendo o constante monitoramento uma importante estratégia para a erradicação da infecção.

Da mesma forma, esses achados apontam possíveis falhas na cobertura apropriada dos procedimentos concedidos à população, que foram corroboradas com o auxílio dos trabalhos utilizados na discussão. Sendo assim, aperfeiçoar o acompanhamento e aprofundar os estudos referentes à assistência pré-natal é de grande interesse, uma vez que a mesma aparenta ser um dos principais obstáculos para que se impeça a contaminação da gestante e conseqüentemente o contágio do feto.

Entretanto, também foi possível constatar que em 2019 a infecção não teve um avanço como nos anos anteriores. Essa redução pode ter ocorrido devido as diversas estratégias de saúde, anunciadas e realizadas pelo MS e outras instituições, que tinham como objetivo principal melhorar a disponibilidade de informações sobre medidas preventivas contra infecções sexualmente transmissíveis assim como a testagem, diagnóstico e tratamento das gestantes, reduzindo assim os casos de sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

1. Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, Philip S. Syphilis in the modern era: An update for physicians. *Infect Dis Clin North Am.* 2013;27(4):705–22.
2. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen X-S, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Prim.* 2017; 3:1–21.
3. 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):1–17.
4. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008.
5. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021. Geneva: WHO; 2016a.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 2019. Brasília (DF): 2019.

7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília (DF): 2017.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018. Brasília (DF): 2018.
9. Luppi CG, Gomes SEC, Silva RJC da, Ueno AM, Santos AMK dos, Tayra Â, et al. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2018;27(1):1–12.
10. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Filha MMT, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30 (Suppl 1):S85–100.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso. Brasília (DF): 2006.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília (DF): 2020a.
13. Figueiredo DCMM 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(3):1–12.
14. Melo FL de, Mello JCM de, Fraga AM, Nunes K, Eggers S. Syphilis at the crossroad of phylogenetics and paleopathology. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010;4(1): 1 – 11.
15. Tampa M, Sarbu I, Matei C, Benea V, Georgescu SR. Brief History of Syphilis. *J Med Life*. 2014;7(1):4–10.
16. Hackett CJ. On the origin of the human treponematoses: Pinta, Yaws, Endemic Syphilis and Venereal Syphilis. *Bull World Health Organ*. 1963;29(1):7–41.
17. Souza EM de. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. *An Bras Dermatol*. 2005;80(5):547–8.
18. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111–126.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília (DF): 2010.
20. Reinehr CPH, Kalil CLPV, Reinehr VPH. Secondary syphilis: The great imitator can't be forgotten. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(6):481–3.

21. Oliveira FL de, Silveira LKC de B, Nery JA da C. As diversas apresentações da sífilis secundária. Relato de casos. Rev da Soc Bras Clínica Médica. 2012;10(6):550–3.
22. Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajano AJB. Sífilis na gravidez. Rev HUPE. 2014;13(3):88–94.
23. Costa CV da, Santos IAB dos, Silva JM da, Barcelos TF, Guerra HS. Sífilis Congênita: Repercussões e desafios. Arq Catarinenses Med Assoc Médica Bras. 2017;46(3):194–202.
24. Kalinin Y, Neto AP, Passarelli DHC. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. Odonto. 2015;23(45–46):65-76.
25. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Franke C, Krume, et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. Rev Epidemiol e Control Infecção. 2013;3(1):28–30.
26. Feitosa JA da S, Roriz CH da R, Costa FS. Artigo de revisão: Sífilis congênita. Rev Med e Saúde Brasília. 2016;5(2).
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília (DF): 2016a.
28. World Health Organization. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Geneva: WHO;2013.
29. Tortora GJ, Case CL, Funke BR. Doenças do sistema reprodutivo. In: Microbiologia. 12a ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2017. p. 760.
30. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016b.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2020. Brasília (DF): 2020b.
32. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. [acessado 2020 Nov 21]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota informativa N°. 2, de 19 de setembro de 2017. Apresenta a alteração dos critérios de definição dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2017.
34. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN da. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. Rev Saude Publica. 2020; 54:1–12.

35. Figueiredo DCMM 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(3):1–12.
36. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(Suppl. 3): 1-16.
37. Polgliane RBS, Leal M do C, Amorim MHC, Zandonade E, Neto ET dos S. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2014;19(7):1999–2010.
38. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016. Brasília: 2016b.
39. Campos AL de A, Araújo MAL, Melo SP de, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2012;34(9):397–402.