

## Perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Ribeirão Preto - SP

**Bruna Galvão<sup>1</sup>, Aidê Amábile Coelho dos Santos Gaspar<sup>2</sup>**

<sup>1,2</sup>**Centro Universitário Barão de Mauá**

<sup>1</sup>E-Mail: [bru\\_marco@hotmail.com](mailto:bru_marco@hotmail.com), curso de graduação em Enfermagem,

<sup>2</sup>E-Mail: [aide.coelho@barao demuaua.br](mailto:aide.coelho@barao demuaua.br)

### Resumo

Este estudo tem como objetivo descrever e analisar o perfil da sífilis em gestante e congênita e sua incidência em Ribeirão Preto. Para tal foi utilizado metodologia descritiva, exploratória de abordagem quantitativa. Como resultado nota-se o aumento de forma drástica na incidência das duas variáveis no período de 2010 a 2019 relacionado com a queda na qualidade do pré-natal na cidade.

### Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre as patologias mais comuns em todo o mundo e, por afetarem a vida e saúde das pessoas tornaram-se um problema de saúde pública. Dentre elas, uma que vem ganhando bastante destaque nas últimas décadas é a sífilis. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) ocorrem 340 milhões de casos de IST no mundo por ano, entre as quais 12 milhões são de sífilis (MAGALHÃES et al., 2011).

Historicamente, essa doença tonou-se conhecida na Europa no final do século XV, e sua rápida disseminação por todo o continente transformou-a em uma das principais pragas mundiais. A origem da sífilis nos países da América ainda é controversa, mas data-se por volta de 1450, e no Brasil acredita-se que ela tenha aparecido depois da chegada de Cabral (LINS, 2014).

Segundo Azulay (1998), a partir da década de 60 houve um considerável aumento de sua incidência devido a mudanças no comportamento humano condicionado por vários fatores como: a liberdade sexual, decorrente, em parte do uso dos contraceptivos, intensidade do turismo, dentre outros.

A sífilis é uma doença crônica, infectocontagiosa sistêmica, curável e exclusiva do ser humano. É causada por uma bactéria Gram-negativa que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. Sua transmissão é predominantemente sexual através do contato íntimo sem preservativo com uma pessoa infectada, mas pode ser transmitida também, de mãe para feto no período

gestacional por via transplacentária, contato do recém-nascido com lesões maternas durante o parto e amamentação ou mais raramente transfusão sanguínea, podendo produzir, respectivamente as formas adquirida ou congênita da doença.

Tanto a forma adquirida quanto a congênita da doença podem apresentar três estágios: primário, secundário ou terciário. A sífilis primária ocorre em média de 10 a 21 dias após o período de incubação com o aparecimento do *Treponema* no ponto de inoculação. É caracterizada por lesão ulcerada, rósea, geralmente única e indolor denominada de cancro duro. Essas lesões localizam-se geralmente nos sítios genitais, porém podem acometer a região anal e oral. São lesões que tendem a cura espontânea sem deixar cicatriz (COSTA, 2016).

A fase secundária ocorre por volta de dois meses após o aparecimento do cancro duro não tratado e se caracteriza por uma reação dos tecidos a presença do *Treponema* veiculado por via hematogênica ou linfática. Apresenta máculas eritematosas arredondadas ou ovaladas, isoladas ou confluentes. Nessas fases ocorre o maior risco de transmissão (COSTA, 2016).

Após períodos de latência variados podem surgir as manifestações clínicas da sífilis terciária como: lesões nodulares, nódulo-ulceradas e gomas que podem acometer pele, órgãos, ossos e, nos casos mais graves, o sistema neurológico (COSTA, 2016).

A forma congênita da sífilis merece destaque nas políticas públicas pelo impacto direto que acarreta sobre a saúde reprodutiva da mulher e infantil já que pode ocasionar infertilidade, complicações na gravidez e parto, morte fetal, óbitos neonatais e neonatos enfermos (MOREIRA et al. 2017). Dessa forma, em 1986 a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória e, posteriormente, a sífilis em gestantes, registrando assim dados mais fidedignos (BRASIL, 2019).

A sífilis na gestação é observada em parcela significativa de mulheres e favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita. Dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) mostram que o número de notificações de sífilis na gestação aumenta a cada ano. No Brasil, em 2011 foram notificados 14.321 casos de sífilis na

gestação, já em 2015 foram notificados 33.365 casos e em 2018 esse número foi para 62.599 casos, evidenciando um aumento de 337% em apenas 7 anos (BRASIL, 2019).

Inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado com assistência a essa população é um importante fator de diminuição da incidência de infecções congênitas e morbimortalidade materno infantil. Para que tais desfechos sejam evitados é necessário que as mulheres sejam assistidas de forma integral de acordo com todas as suas necessidades a fim de evitar um comprometimento do feto e do recém-nascido (MAGALHÃES et al., 2011).

Nesse sentido fica evidente a importância de conhecer as características da epidemia de sífilis e seus agravos juntamente com os protocolos de atendimento à mulher, gestante e recém-nascido para que seja feito um planejamento adequado das ações de saúde a fim de melhorar as estratégias de promoção, prevenção, acompanhamento e até mesmo tratamento da doença nesses períodos.

## Objetivo

Descrever e analisar o perfil da sífilis gestacional e congênita de 2010 a 2019 no município de Ribeirão Preto - SP.

## Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório utilizando abordagem quantitativa.

A população do estudo foi constituída por 1105 gestantes e 449 abortos, natimortos ou recém-nascidos com diagnóstico de sífilis no período de 2010 a 2019 no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2019, último ano em que constavam os dados completos.

Segundo dados do IBGE a população estimada no último censo realizada no ano de 2010 em Ribeirão Preto era de 604.682. Estima-se que essa população atualmente já tenha ultrapassado os 711.825 habitantes (IBGE, 2011).

A coleta de dados do estudo ocorreu a partir de notificações de sífilis gestacional e congênita dos usuários residentes em Ribeirão Preto – SP nos últimos 10 anos. A partir dessas notificações, os dados foram analisados, descrevendo o perfil epidemiológico.

Dessa coleta resultaram duas planilhas, uma referente ao banco de dados de sífilis em gestante e outra ao banco de dados de sífilis congênita notificados em Ribeirão Preto no período de 01/01/2009 a 31/12/2019. A data de coleta de dados do sistema de informação de

agravos de notificação (SINAN) Net foi 08/07/2020 às 09:00 horas.

Para a amostra de dados de sífilis gestacional utilizou-se apenas gestantes residentes e que fizeram acompanhamento pré-natal em Ribeirão Preto. Para a identificação da sífilis congênita utilizamos apenas crianças nascidas no município. Não fizeram parte da amostra gestante e recém-nascidos não diagnosticados ou identificados com a doença fora do período mencionado acima.

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no software Microsoft Excel e apresentados em forma de tabelas e gráficos de distribuição de frequências, sequencialmente foram inseridos no programa Office Excel 2010 com a técnica da dupla digitação, seguida da validação. Após a validação, os dados foram transferidos para o Programa IBM-SPSS, versão 22.0 para Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Realizou-se análises descritivas de frequência simples e os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Posteriormente, estes resultados foram analisados utilizando como referencial os protocolos governamentais e planos de controle da sífilis, os boletins epidemiológicos da sífilis e as referências bibliográficas sobre a temática.

Foram considerados os preceitos éticos da Resolução número 466 de 2012. Não foi necessário enviar o projeto ao comitê de ética por tratar-se de dados secundários disponíveis publicamente provenientes das notificações de sífilis congênita e gestacional realizadas no município de Ribeirão Preto - SP, de 2010 a 2019.

## Resultados

Entre 2010 e 2019 foram notificados no município de Ribeirão Preto 1.105 casos de sífilis gestacional detectadas no primeiro, segundo ou terceiro trimestre de gestação e 449 casos de sífilis congênita divididos em nascimentos, abortos e natimortos.

Para análise, foram agrupados em uma única categoria os dados que estavam em branco e os dados denominados ignorados na ficha de notificação.

Em relação a caracterização das participantes do estudo, todas se encontravam em idade reprodutiva e, sexualmente ativas. Neste período, a maior parte das notificações de sífilis gestacional ocorreu em mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos - 70%, seguidas por aquelas na faixa etária menor ou igual a 19 anos - 16,6% e por último, mulheres na faixa etária igual ou maior que 35 anos - 12,7%, conforme mostra a Tabela 1.

Quanto à raça/cor, observou-se que do número total de gestantes notificadas 39,6% eram de raça

branca, seguido de 28,8% parda e 13,9% pretas. Considerando-se pardas e pretas o percentual foi de 42,7%. Cabe ressaltar que 17,5% dos dados foram ignorados de acordo com a Tabela 1.

Com relação à escolaridade 48,3% das notificações não apresentavam essa informação. As escolaridades mais frequentes foram ensino fundamental 22,4% e médio 22,6% (Tabela 1).

Quanto ao tipo de ocupação, para 70% das mulheres esse dado não constava, 21% eram donas de casa, 5,9% exerciam alguma atividade remunerada e 2,3% eram estudantes. O número de mulheres desempregadas ou que não se enquadravam nas categorias ocupacionais foi de 0,7% (Tabela1).

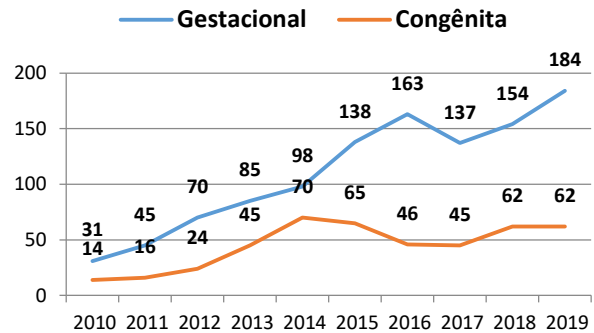
**Tabela 1 – Caracterização das gestantes notificadas com sífilis segundo a idade, faixa etária, raça, escolaridade e ocupação. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.**

Característica materna	Frequência (n)	Percentual (%)
<b>Idade categorizada por faixa etária</b>		
20 a 34 anos	779	70,5%
Menor ou igual 19 anos	183	16,6%
Maior ou igual 35 anos	140	12,7%
Ignorado	3	0,3%
<b>Raça</b>		
Branca	438	39,6%
Parda	318	28,8%
Ignorado	193	17,5%
Preta	154	13,9%
Amarela	2	0,2%
<b>Escolaridade</b>		
Ignorado	534	48,3%
Analfabeto	5	0,5%
Ensino fundamental	303	27,4%
Ensino médio	250	22,6%
Educação superior	13	1,2%
<b>Ocupação</b>		
Ignorado	774	70,0%
Dona de casa	233	21,1%
Trabalha	65	5,9%
Estudante	25	2,3%
Desempregado crônico ou não foi possível definir	8	0,7%
<b>Total</b>	<b>1105</b>	<b>100</b>

Observou-se uma evolução no número de casos da sífilis gestacional no período de 2010 a 2016, seguido de uma queda no ano de 2017 e

apresentando novamente uma crescente em 2018 e 2019. Foram notificados 31 casos no município no ano de 2010 aumentando para 184 notificações no ano de 2019. Verifica-se então que a taxa de incidência de sífilis gestacional aumentou praticamente 6 vezes em 9 anos no município de Ribeirão Preto, de acordo com a Figura 1.

**Figura 1 – Taxa de detecção de sífilis gestacional e congênita segundo ano de diagnóstico. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.**



De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2020 (BRASIL, 2020), há um aumento crescente no Brasil nas taxas de sífilis em gestantes entre os anos de 2010 a 2019, de 3,5 casos por 1000 nascidos vivos em 2010 para 20,8 casos por 1000 nascidos vivos em 2019, alcançando seu pico em 2018 com 21,5 casos por 1000 nascidos vivos. Conforme o mesmo boletim as regiões Sudeste e Sul apresentam taxas de detecção superiores a do Brasil. Embora o estado de São Paulo não esteja entre os estados com maior incidência de Sífilis gestacional, durante este período o município de Ribeirão Preto, em alguns anos, ultrapassa a média nacional.

Ao analisar a idade gestacional de detecção da sífilis, observou-se que 54,3% das mulheres foram diagnosticadas no primeiro trimestre de gestação, 23% no segundo trimestre e 19,5% no terceiro trimestre. Somando o segundo e terceiro trimestre os casos chegam a 42,5% das notificações, segundo a Tabela 2.

**Tabela 2 – Idade gestacional em que se encontravam as mulheres no momento do diagnóstico de sífilis. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.**

Idade gestacional em que foi detectada a sífilis	Frequência (n)	Percentual (%)
Primeiro trimestre	600	54,3
Segundo trimestre	254	23,0
Terceiro trimestre	216	19,5
Ignorado	35	3,2
<b>Total</b>	<b>1105</b>	<b>100</b>

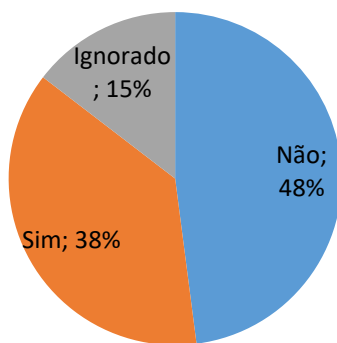
Em relação à classificação clínica no período em que foi descoberta a doença nas gestantes, nota-se que 57,9% das notificações ocorreram quando a doença se encontrava no período de latência, 13% das notificações ocorreram na fase primária da doença, 11,4% na fase terciária e 3,7% na fase secundária. Observou-se que para 13,9% das gestantes essa informação foi ignorada (Tabela 3).

Tabela 3 – **Classificação clínica da sífilis em gestantes no período de notificação da doença. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.**

Classificação clínica	Frequência (n)	Percentual (%)
Latente	640	57,9
Ignorado	154	13,9
Primária	144	13,0
Terciária	126	11,4
Secundária	41	3,7
<b>Total</b>	<b>1105</b>	<b>100</b>

Em relação ao tratamento concomitante do parceiro, nota-se que 48% não receberam qualquer tipo de tratamento para a doença e 38% receberam algum tipo de tratamento. Para 15% essa informação foi ignorada (Figura 2).

Figura 2 – **Proporção de parceiros que foram tratados concomitantemente a gestante diagnosticada com sífilis. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.**



Em relação ao motivo para o não tratamento do parceiro concomitante a gestante diagnosticada com sífilis, evidenciou-se que 48,6% deles não tiveram essa informação preenchida, 18% alegaram outro motivo para a não realização do tratamento, 11,5% dos parceiros tiveram sua sorologia não reagente, não necessitando de qualquer tratamento, 10,5% não tiveram mais contato com a gestante, 10,4% dos mesmos não compareceram à unidade de saúde para o tratamento ou se recusaram a tratar e 1% deles não foi comunicado ou convocado a unidade de saúde para o tratamento, segundo a Tabela 5.

Tabela 5 – **Motivo para o não tratamento do parceiro concomitantemente a gestante diagnosticada com sífilis. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.**

Motivo para o não tratamento do parceiro	Frequência (N)	Percentual (%)
Informação não preenchida	537	48,6
Outro motivo	199	18
Parceiro com sorologia não reagente	127	11,5
Parceiro não teve mais contato com a gestante	116	10,5
Parceiro foi comunicado ou convocado à unidade de saúde para tratamento, mas não compareceu ou recusou o tratamento	115	10,4
Parceiro não foi comunicado ou convocado à unidade de saúde para tratamento	11	1
<b>Total</b>	<b>1105</b>	<b>100</b>

Comparando as taxas de detecção de sífilis em gestantes com as taxas de incidência de sífilis congênita no município de Ribeirão Preto neste mesmo período, observa-se que o número de notificações da sífilis congênita é menor do que da sífilis gestacional, totalizando 449 notificações segundo a Figura 1.

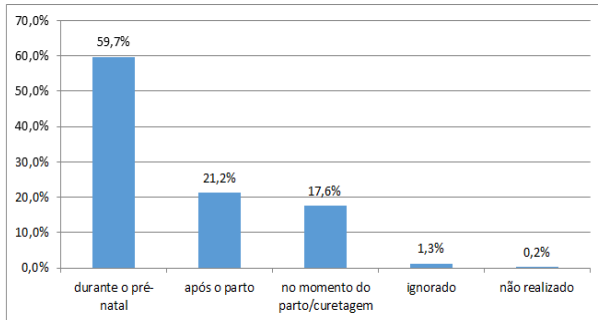
Apesar dos números serem inferiores aos da sífilis gestacional percebe-se que houve uma evolução dos casos no período de 2010 a 2014 com um aumento de 5 vezes em sua incidência. Já no período de 2015 a 2017 o número de notificações volta a cair, porém observa-se um aumento no ano de 2018 que se mantém no ano de 2019, atingindo quase o pico máximo desses últimos 10 anos, ocorrido no ano de 2014, quando foram notificados 70 casos da doença no município de acordo com a Figura 1.

Referente ao período em que foi diagnosticada a sífilis materna, 59,7% foram diagnosticadas durante o pré-natal, 21,2% após o parto e 17,6% no momento da realização do parto ou curetagem. Cabe ressaltar que 1,3% das notificações tiveram a informação do momento do diagnóstico ignorada e que 0,2% das notificações



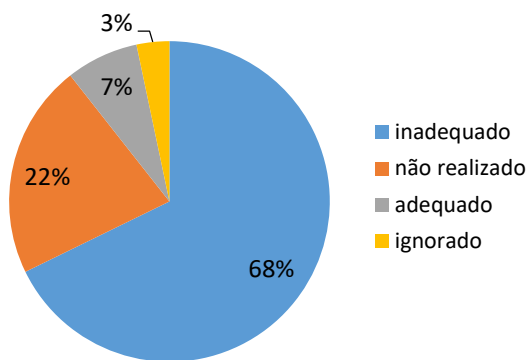
não ocorreram em nenhum desses períodos (Figura 3).

Figura 2 – Momento do diagnóstico da sífilis materna. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.



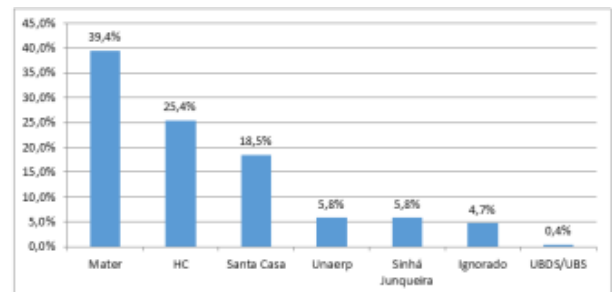
Quanto ao tratamento a que foi submetida a gestante após o diagnóstico de sífilis, observa-se que 68% foi considerado inadequado e 22% das gestantes não realizaram qualquer tipo de tratamento. Apenas 7% dessas mulheres receberam um tratamento adequado e 3% das notificações tiveram essa informação ignorada, de acordo com a figura 4.

Figura 3 – Esquema de tratamento materno a que foram submetidas as gestantes que tiveram seus filhos/fetos diagnosticados com a sífilis congênita. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.



Em relação ao local de nascimento das crianças diagnosticadas com sífilis congênita, observou-se que o Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER teve o maior índice dessas ocorrências com 39,4% das notificações. Em segundo lugar vem o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – HC com 25,4%, seguido de 18,5% na Santa Casa, 5,8% na maternidade Cidinha Bonini – Unaerp e 5,8% na maternidade Sinhá Junqueira. Observou-se que 4,7% do total de notificações tiveram essa informação ignorada de acordo com a Figura 5.

Figura 4 – Coeficiente de nascimento por sífilis congênita segundo o serviço de saúde. Ribeirão Preto, 2010 a 2019.



## Discussão

Em relação às características sociodemográficas, observou-se que, a maioria das gestantes se encontravam na faixa etária de 20 a 34 anos e eram pardas ou negras, coincidindo com o estudo de Padovani, Oliveira e Peloso (2018). Referente à escolaridade e ocupação os estudos mostram que a maioria das gestantes apresenta uma baixa escolaridade e não exerce ocupação remunerada (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; DOMINGUES *et al.*, 2013). No entanto, não foi possível correlacionar com esse estudo já que 48,3% desta informação não estava preenchida, se tornando esse, um fator limitante para esta variável.

A incidência de sífilis na gestação em Ribeirão Preto teve um aumento gradual e significativo de praticamente 5 vezes nos últimos 9 anos, com uma porcentagem de 2,8% em 2010 passando para 16,7% em 2019. Esse aumento é compatível com o encontrado em outros estudos (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2013). A preocupação se eleva ao comparar os dados do município com os dados nacionais que apontam uma queda de 3,3% no ano de 2019 (BRASIL, 2020).

Essas informações demonstram que novos estudos devem ser realizados a fim de elucidar as causas desse aumento, considerando que, esta é uma região com alto índice de desenvolvimento humano e cobertura pré-natal. Essa informação traz uma preocupação ainda maior visto que, grande parte das pessoas infectadas desconhece que essa é uma infecção sexualmente transmissível, podendo assim, contaminar seu parceiro e, caso esteja gestante, o bebê por transmissão vertical.

Entre os casos de sífilis gestacional, destaca-se que mais da metade das notificações no presente estudo ocorreram no primeiro trimestre da

gestação, assim como no estudo de Domingues et al., (2013). Já o período clínico da doença no momento do diagnóstico, para a maioria dessas gestantes ocorreu no período de latência, havendo divergência com outros estudos em que, a maioria das gestantes receberam o diagnóstico na fase primária da doença (DOMINGUES et al. 2013). Isso pode demonstrar uma falha nos programas de promoção e prevenção a Infecções Sexualmente Transmissíveis e nos cuidados a saúde feminina em Ribeirão Preto.

Quanto ao distrito de maior notificação da doença, detectou-se uma lacuna nesta variável já que, praticamente a metade dessa informação foi preenchida com ignorado, porém, a outra metade dos dados revelaram que, dos 5 distritos que dividem o município de Ribeirão Preto, o com apresentou maior número de notificações neste período foi o Distrito Norte, reforçando as características sociodemográficas desse estudo em que, a população mais vulnerável é constituída de mulheres pardas ou negras na faixa etária dos 20 a 34 anos. É relevante ressaltar que o Distrito Sul vem em segundo lugar em número de notificações, demonstrando um aumento entre a população com melhor condição socioeconômica, assim é pertinente que sejam elaborados novos estudos no intuito de enriquecer essa discussão.

Com relação ao esquema de tratamento a que são submetidas as gestantes com sífilis, sabe-se que, de acordo com o protocolo do Programa Estadual IST Aids (Programa Estadual IST/Aids – SP) ele depende do período em que a doença se encontra. O tratamento adequado é feito com administração de penicilina G benzatina, intramuscular com esquema terapêutico nas doses totalizadas de 2.400UL para a sífilis primária, 4.800UL para sífilis secundária ou latente recente e 7.200UL para sífilis terciária ou latente tardia ou com duração ignorada (SÃO PAULO, 2021).

O presente estudo demonstrou que quase 95% das gestantes receberam algum desses 3 tratamentos. Em contapartida quase 6% dessas mulheres receberam outro ou nenhum tipo de tratamento, sugerindo que, mesmo tendo uma elevada cobertura de pré-natal no município, muitas delas não estão recebendo tratamento ou não estão sendo tratadas adequadamente. Cabe ressaltar que a penicilina G benzatina, no período gestacional é a única medicação capaz de prevenir a transmissão vertical e tratar a sífilis congênita.

O tratamento prescrito ao parceiro é feito da mesma forma que o da gestante, ou seja, de acordo com o período em que a sífilis se encontra. Neste estudo, ao se comparar o esquema de tratamento prescrito ao parceiro nota-se que um pouco mais da metade deles

receberam algum dos três tratamentos com a penicilina G benzatina, e que quase 49% deles receberam outro ou nenhum tipo de tratamento. Essa não exposição ao tratamento também fica evidenciada no estudo de Padovani, Oliveira e Pelloso (2018). Segundo Nonato, Melo e Guimarães (2015) mesmo estando estabelecidos protocolos assistenciais e sendo recomendado pela OMS uma identificação e tratamento de mais de 80% dos parceiros de gestante com sífilis com pelo menos 1 dose de penicilina G benzatina, observa-se uma dificuldade na captação e adesão desses parceiros ao tratamento da doença favorecendo a não recidiva desta gestante, o que pode estar acontecendo também na cidade de Ribeirão Preto.

Esse estudo evidenciou uma falha em precisar os motivos para o não tratamento do parceiro, pois, praticamente metade dos dados não foram preenchidos. No mais, informações como: outros motivos, sorologia não reagente, não tiveram mais contato com a gestante, não compareceram a unidade de saúde, e, se recusaram a fazer o tratamento foram as principais respostas presentes nas fichas de notificação assim como também foram encontradas em outros estudos (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). Cabe ressaltar que ocorre grande risco de reinfecção da mulher caso o parceiro não seja tratado concomitantemente a ela e adequadamente.

Com relação à sífilis congênita, o presente estudo demonstra que houve um aumento também gradual e expressivo em sua incidência nos últimos anos no município, atingindo seu pico em 2014, apresentando uma queda em 2015, 2016 e 2017, porém, se elevando novamente em 2018 e 2019. De acordo com o estudo, a maioria das crianças que nasceram com a doença são filhas de mães que tiveram o diagnóstico durante a gestação, corroborando com os dados de Padovani, Oliveira e Pelloso (2018). A preocupação se eleva quando se compara os dados do município com os dados do estado de São Paulo e do Brasil, já que, ao contrário de Ribeirão Preto, apresentaram uma queda nos casos de sífilis congênita registradas no ano de 2018 e 2019, respectivamente (SÃO PAULO, 2019; BRASIL, 2021).

O presente estudo aponta ainda que, quase 40% dos diagnósticos da sífilis congênita foram realizados no parto, após o parto ou curetagem, demonstrando um número bem mais elevado do que do estudo de Padovani, Oliveira e Pelloso (2018). Essa informação induz a questionar a qualidade e eficiência do pré-natal no município e do tipo de tratamento ao qual estão sendo submetidas essas gestantes e seus parceiros.

Quanto ao esquema de tratamento ao qual foram submetidas essas gestantes, que deram à luz a bebês com sífilis congênita, este estudo mostra

que a maioria delas teve seus tratamentos considerados inadequados ou não fizeram qualquer tipo de tratamento assim como no estudo de Silva et al., (2019). Um número um tanto quanto questionável considerando que a cobertura de pré-natal em Ribeirão Preto é alta, podendo sugerir uma baixa efetividade das ações preventivas da sífilis congênita no município.

Assim como a gestante, os dados desse estudo mostram que a maioria dos parceiros não fez qualquer tipo de tratamento ou tiveram esse dado ignorado na ficha de notificação, influenciando a possibilidade de novas reinfecções por parte desta gestante e demonstrando uma possível resistência ao tratamento por parte desses parceiros tal como no estudo de Silva et al., (2019). É necessário que haja um entendimento da importância do tratamento do parceiro concomitante ao da gestante tanto para o governo, quanto para os profissionais de saúde e os pais dessas crianças no intuito de erradicar a sífilis congênita no município.

Referente à unidade de saúde em que essas mães que deram à luz a bebês diagnosticados com sífilis congênita, realizaram seu pré-natal, observa-se que a maior parte dessa informação foi ignorada nas fichas de notificação, negligenciando essa variável e trazendo uma lacuna para este estudo. Com essa quantidade expressiva de dados ignorados este estudo sugere possíveis sub-registros e desinformação dos profissionais que efetuaram essas fichas de notificação sobre a importância dos dados das fichas de notificação do SINAN. Como peça fundamental desse cenário os profissionais de saúde devem se conscientizar em relação a sua atuação e se responsabilizar pela qualidade da assistência prestada a essa população com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Em relação ao local de nascimento ou de ocorrência do aborto ou natimorto dessas crianças diagnosticadas com sífilis congênita no município durante o período relacionado, este estudo mostra que, praticamente 90% dos partos ocorreram em hospitais da rede pública do sistema único de saúde (SUS) sugerindo que essa população é mais vulnerável e exposta a esse tipo de infecção, exigindo assim, mais atenção e estratégias inovadoras e diferenciadas para uma maior abrangência e adesão dessas populações aos programas de prevenções de ISTs e controle da sífilis gestacional e congênita. Verificou-se nesse estudo que a maioria das crianças obteve desfecho favorável em relação ao nascimento pelo fato de sobreviverem à doença, assim como no estudo de Domingues et al., (2016), porém é possível constatar que para 5% o desfecho ocorreu de forma trágica com aborto, natimorto ou óbito o que é inaceitável pensando

na facilidade do tratamento, na oferta da medicação sem custo pelo SUS e pelo fato de Ribeirão Preto ser uma região desenvolvida e apresentar cobertura de pré-natal.

## Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram que existe uma urgência na tomada de decisões referente ao problema exposto visto que, houve um aumento drástico de mais de 400% tanto na incidência da sífilis em gestantes quanto na incidência da sífilis congênita no município de Ribeirão Preto no período de 2010 a 2019. Apesar dessa crescente ser proporcional não é possível afirmar que o aumento da sífilis congênita seja totalmente correlacionado com as informações adquiridas das fichas de notificação das gestantes, pois o sistema de banco de dados não é interligado e, por questões éticas, não foi possível adquirir os nomes dos pacientes envolvidos na pesquisa.

Este trabalho apresentou algumas limitações derivadas do fato do sistema de banco de dados não ser interligado e também pela ausência de informações vindas de dados que não foram preenchidos pelos profissionais da área da saúde, ou que tiveram respostas inconclusivas, dados esses que seriam de grande relevância para a realização de estratégias de medidas de controle da doença no município. Entre as variáveis que ficaram sem conclusão encontra-se escolaridade, ocupação, distrito de maior notificação da sífilis em gestantes e o motivo para o não tratamento do parceiro tanto nas fichas de sífilis em gestante quanto nas fichas de sífilis congênita.

As análises apontaram que, de acordo com as variáveis idade, raça e cor das gestantes, somado ao fato de 90% dos partos ocorrerem na rede pública SUS, a população mais vulnerável e suscetível a esse tipo de infecção no município são mulheres pardas ou negras, na faixa etária dos 20 a 34 anos e com nível socioeconômico baixo.

Constatou-se também que a maioria das gestantes diagnosticou a doença logo no primeiro trimestre da gestação evidenciando que elas têm iniciado o pré-natal precocemente, porém, a descoberta da doença ocorreu quando a mesma já se encontrava em seu período de latência demonstrando uma provável falha na promoção a saúde da mulher e aos programas de prevenção de IST.

O estudo evidenciou que a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis receberam algum tratamento com a penicilina G benzatina, porém, aponta que praticamente 40% dos diagnósticos da sífilis congênita ocorreram apenas no

momento do parto e que a maioria dessas mães tiveram seu tratamento considerado inadequado sugerindo que o pré-natal no município vem perdendo sua eficiência e qualidade. Foi constatado também que praticamente metade dos parceiros dessas mulheres não recebeu nenhum tratamento para a doença podendo estar diretamente relacionado com a recidiva das gestantes e o aumento significativo dos casos de sífilis congênita.

No cenário deste estudo destaca-se a importância de atividades informativas com os profissionais da área da saúde no intuito de aumentar significativamente o preenchimento de todas as informações das fichas de notificação para que seja possível diagnosticar falhas no sistema e, desta forma, planejar novas políticas públicas.

Além disso, para reduzir a prevalência da sífilis na gestação e consequentemente da sífilis congênita é fundamental que existam medidas de ampliação do trabalho da prevenção de ISTs e a promoção em saúde feminina a essa população mais vulnerável juntamente com o aumento da realização do pré-natal do parceiro no intuito de conscientizar essas pessoas quanto à importância do autocuidado e os riscos da prática sexual insegura.

Visando melhorar a qualidade do pré-natal no município é necessário que ocorra o envolvimento de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais capacitados que foquem na captação precoce da gestante e seu parceiro e que desenvolvam ações de promoção e prevenção a saúde, orientação sexual e reprodutiva e rastreiem periodicamente o casal no intuito de detectar qualquer sinal de infecção ou reinfeção.

## Referências

AZULAY, D. R. & AZUALY, M. M. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: SHECHTER, M. & MARANGONI, D.V. **Doenças Infeciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**, Brasília: Ministério da saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019> Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2020**, Brasília: Ministério da saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020> Acesso em: 26 mar. 2021

BRASIL.. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros 2020**. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> Acesso em: 26 mar. 2021

COSTA, D. A. G. **Principais temas para provas de residência médica**. Infectologia. v. 2. São Paulo: Medcel, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-57, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. LEAL, M.C. A incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1-12, 2016.

IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama> Acesso em: 01 mar. 2020.

IBGE, 2011. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ribeirao-preto> Acesso em: 18 mar. 2020

LINS, S. D. M. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia. 2014. 72 f. Tese de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, 2014. Disponível em: <[http://www.btdt.ufr.br/tde\\_arquivos/6/TDE-2014-07-14T120900Z-166/Publico/CynthiaDantasdeMacedoLins.pdf](http://www.btdt.ufr.br/tde_arquivos/6/TDE-2014-07-14T120900Z-166/Publico/CynthiaDantasdeMacedoLins.pdf)>. Acesso em: 27 fev. 2020.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comun. ciênc. saúde**, v. 22, sup. esp. 1, p. 43-54, 2011.

MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 2 e:48949, 2017.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 4, p. 681-694, out-dez 2015.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região



sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e. 3019, 2018.

SÃO PAULO, Secretaria do Estado de São Paulo. **Sobre o Programa Estadual DST/Aids: Princípios, Diretrizes e Valores**, 2021 Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/crt/sobre-o-programa-estadual-dstaidsp> Acesso em: 26 mar. 2021.

SÃO PAULO, Secretaria do Estado de São Paulo. **Estado de SP registra queda no número de casos de sífilis congênita**, 2019. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/estado-de-sp-registra-queda-no-numero-de-casos-de-sifilis-congenita/> Acesso em: 26 mar. 2021.

DOMINGUES, R. M. S. et al. A incidência congênita e fatores associados a transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

SILVA, I. M. D. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. **Rev. de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, p. 604-13, mar. 2019.