

## COMPARAÇÃO ENTRE OS ÍNDICES DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE CATANDUVA-SP

### COMPARISON BETWEEN SYPHILIS INDEXES IN GESTATION AND CONGENITAL SYPHILIS IN CATANDUVA-SP AREA

### COMPARACIÓN ENTRE LOS ÍNDICES DE SÍFILIS EN LA GESTACIÓN Y SÍFILIS CONGÉNITA EN LA REGIÓN DE CATANDUVA-SP

Luciana Sabatini Doto Tannous\*, Carolina Jodas Pansiera\*\*, Manuela de Paula Ribeiro\*\*, Marília Storion de Oliveira\*\*, Natalia Cocenzo Contiero\*\*

#### Resumo

**Introdução:** A meta proposta pela OMS para casos de Sífilis congênita é de 0,5 casos para mil nascidos vivos. O índice brasileiro não se enquadra em tal meta apesar de ser uma moléstia infectocontagiosa passível de prevenção e tratamento. A Sífilis materna tem aumentado nas últimas décadas, o que levou à ascensão do índice de Sífilis congênita, considerada uma das principais causas de morte neonatal. **Objetivos:** Avaliar o aumento da incidência de Sífilis em gestantes e comparar a incidência de Sífilis materna e congênita entre os primeiros semestres de 2014, 2015 e 2016, além de realizar levantamento epidemiológico das gestantes no referido período estudado. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, analítico retrospectivo realizado a partir da coleta de dados referentes a prontuários de gestantes atendidas no setor da maternidade de um hospital universitário no interior de São Paulo. Considerou-se os testes não-treponêmicos (VDRL) materno e do recém-nascido como parâmetros classificatórios de Sífilis materna e provável Sífilis congênita, respectivamente. Ademais, foram avaliadas variáveis como idade materna, via de parto, óbito fetal, e se a gestante pertencia ao Sistema Único de Saúde ou a um plano particular. **Resultados:** Foram avaliadas 3000 gestantes, com um total de 2985 nascidos vivos (NV) e 15 natimortos (0,5%). A média de idade foi de 25 anos de idade (com variação de 12 anos até 49 anos). Observou-se parto cesáreo em 72% dos nascimentos, e parto vaginal em 28%. Do total de gestantes, 70% eram provenientes da rede pública de saúde e 30% da rede particular. Observou-se aumento progressivo do índice de Sífilis materna, obtendo-se os valores de 19,5, 22 e 26 casos de Sífilis materna/1000 NV nos períodos avaliados de 2014, 2015 e 2016, respectivamente. Evidenciou-se um aumento de 35% de Sífilis materna no período de 2016 em relação ao período de 2014. Notou-se uma queda na transmissão vertical quando comparado o 1º semestre de 2014 (73,6%) com o mesmo período de 2015 (54,5%), porém elevou-se novamente em 2016 (63%). Quanto aos casos de Sífilis congênita confirmados por VDRL, obtiveram-se valores de 14,5, 12 e 16 casos/1000 NV nos referentes períodos de 2014, 2015 e 2016, respectivamente. **Conclusão:** Apesar das estratégias de saúde pública e dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, os números de Sífilis materna e congênita continuam a crescer, conforme demonstrado por este estudo. Portanto, evidenciou-se a necessidade de um melhor entendimento da incidência desta moléstia infectocontagiosa nos diferentes níveis socioeconômicos da população em geral e a implantação de medidas estratégicas mais específicas e eficazes no controle desta doença, principalmente nos grupos socialmente mais vulneráveis, além das gestantes e os recém-nascidos.

**Palavras-chave:** Sífilis materna. Sífilis gestacional. Sífilis congênita. Triagem sífilis.

#### Abstract

**Introduction:** The target proposed by World Health Organization (W.H.O.) for congenital Syphilis cases is 0.5 cases per 1000 live births. Despite of Syphilis being an infectious-contagious disease that is preventable and treatable, the Brazilian index doesn't meet this goal. Maternal Syphilis has been increasing in recent decades, leading to the increase of congenital Syphilis rate, considered one of the most important causes of neonatal death. **Objectives:** To assess the increase of Syphilis incidence in pregnant women and to compare the maternal and congenital syphilis rates in the first half of 2014, 2015 and 2016, besides of conducting an epidemiological survey of the pregnant women during the related periods. **Material and methods:** It is a descriptive, cross-sectional, analytical and retrospective study performed through the data collected from medical records of the pregnant women which were attended at the maternity Department of a University Hospital in São Paulo state countryside. Maternal and newborn non-treponemal (VDRL) tests were both considered as classificatory parameters of maternal syphilis and probable congenital Syphilis, respectively. Furthermore, variables such as maternal age, delivery path, fetal death and whether pregnant woman belonged to Unified Health System or to a private healthcare plan were assessed. **Results:** Three thousand pregnant women were assessed, with a total of 2985 live births and 15 stillborn (0,5%). The mean age was 25, (ranging from 12 to 49 years). We detected C section in 72% of the deliveries, whereas 28% were normal birth. Out of all the women, 70% belonged to public health care (SUS) and 30% belonged to private health care system. There was a progressive increase of maternal Syphilis index, obtaining the values of 19.5, 22, and 26 cases of maternal Syphilis per 1000 live births, during the evaluated period of 2014, 2015 and 2016, respectively. There was a 35% increase of maternal syphilis in 2016 period when compared to the 2014 rate. We observed also a decrease in vertical transmission when we compared the first half of 2014 (73.6%) with the same period of 2015 (54.5%), however this rate increased again in 2016 (63%). As for congenital Syphilis cases, confirmed by VDRL, values of 14.5, 12, and 16 cases/ 1000 livebirths were obtained for the referred periods of 2014, 2015, and 2016, respectively. **Conclusion:** Despite the public health strategies and the Ministry of Health protocols, the maternal and congenital Syphilis rates keep still increasing, as demonstrated by this study. Therefore, we demonstrated the need of a better understanding on the incidence of this infectious-contagious disease inside the different social-economic levels of the population in general, as well as the implementation of more specific and effective strategical measures in the control of this disease, especially inside the most socially vulnerable groups, besides of the pregnant women and newborns.

**Keywords:** Maternal syphilis. Congenital syphilis. Syphilis screening. Gestational syphilis.

\*Doutora em Pediatria, docente titular da disciplina de Pediatria no curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) e Coordenadora da Unidade Materno-Infantil do Hospital-Escola Padre Albino, Catanduva-SP. Contato: luciana\_sabatini@terra.com.br

\*\*Acadêmicas do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA).

## Resumen

**Introducción:** La meta propuesta por la OMS para casos de sífilis congénita es de 0,5 casos para mil nacidos vivos. El índice brasileño no se encuadra en tal objetivo apesar de ser una molestia infectocontagiosa susceptible de prevención y tratamiento. La Sífilis materna ha aumentado en las últimas décadas, lo que llevó al ascenso del índice de Sífilis congénita, considerada una de las principales causas de muerte neonatal. **Objetivos:** Evaluar el aumento de la incidencia de Sífilis en gestantes y comparar la incidencia de sífilis materna y congénita entre los primeros semestres de 2014, 2015 y 2016, además de realizar levantamiento epidemiológico de las gestantes en el referido período estudiado. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, analítico retrospectivo realizado a partir de la recolección de datos referentes a prontuarios de gestantes atendidas en el sector de la maternidad de un hospital universitario en el interior de São Paulo. Se consideraron las pruebas no treponémicas (VDRL) materno y del recién nacido como parámetros clasificatorios de Sífilis materna y probable Sífilis congénita, respectivamente. Además, se evaluaron variables como edad materna, vía de parto, muerte fetal, y si la gestante pertenecía al Sistema Único de Salud o a un plano particular. **Resultados:** Se evaluaron 3000 gestantes, con un total de 2985 nacidos vivos (NV) y 15 nacimientos (0,5%). El promedio de edad fue de 25 años de edad (convariación de 12 años hasta 49 años). Se observó un parto cesáreo en el 72% de los nacimientos, y el parto vaginal en un 28%. Del total de gestantes, el 70% provenía de la red pública de salud y el 30% de la red privada. Se observó un aumento progresivo del índice de Sífilis materna, obteniéndose los valores de 19,5, 22 y 26 casos de Sífilis materna / 1000 NV en los períodos evaluados de 2014, 2015 y 2016, respectivamente. Se evidenció un aumento del 35% de Sífilis materna en el período de 2016 con relación al período de 2014. Se notó una caída en la transmisión vertical en comparación con el primer semestre de 2014 (73,6%) con el mismo período de 2015 (54,5%), pero se elevó nuevamente en 2016 (63%). Encuanto a los casos de Sífilis congénita confirmados por VDRL, se obtuvieron valores de 14,5, 12 y 16 casos / 1000 NV en los correspondientes períodos de 2014, 2015 y 2016, respectivamente. **Conclusión:** A pesar de las estrategias de salud pública y de los protocolos preconizados por El Ministerio de Salud, los números de sífilis materna y congénita continúan creciendo, como demuestra este estudio. Por lo tanto, se evidencio la necesidad de un mejor entendimiento de la incidencia de esta molestia infectocontagiosa en los diferentes niveles socioeconómicos de la población en general y la implantación de medidas estratégicas más específicas y eficaces en el control de esta enfermedad, principalmente en los grupos socialmente más vulnerables, además de las gestantes y los recién nacidos.

**Palabras clave:** Sífilis materna. Sífilis gestacional. Sífilis congénita. Síntesis de sífilis.

## INTRODUÇÃO

Sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria gram-negativa, de morfologia espiral, denominada *Treponema pallidum*. O tempo médio de incubação, período subclínico até o surgimento dos primeiros sinais e sintomas é de, em média, vinte dias. A partir do contágio, a doença é dita como recente e subclassificada em primária, secundária e latente, quando se apresenta com até um ano de evolução. Após um ano decorrido, a Sífilis passa a ser classificada como tardia<sup>1</sup>.

A transmissão de Sífilis ocorre por intermédio do contato íntimo, transfusão de sangue e via placentária. Este tipo de transmissão, também designada como transmissão vertical, ocorre, sobretudo, quando a grávida se encontra no período recente da doença e entre as 16<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semanas de gestação. A taxa de transmissão nos períodos primário e secundário da doença (Sífilis recente) varia entre 70% e 100%. Já para o período terciário da doença (Sífilis tardia), a taxa de transmissão é reduzida para aproximadamente 30%. Caso ocorra a transmissão para o feto, há o desenvolvimento de Sífilis Congênita<sup>2,3</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que o teste sorológico de triagem para detecção da Sífilis (*Veneral Disease Research in Laboratory* - VDRL) seja realizado no primeiro e terceiro trimestres da gestação. A Sífilis na gestação é considerada quando há evidência clínica de Sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado

de testes treponêmicos, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem. Assim que houver positividade do Teste Não Treponêmico e/ou Treponêmico deve-se iniciar o tratamento imediato não só da gestante, como de seu parceiro<sup>4,5</sup>.

Por se tratar de um problema de saúde pública, a Sífilis Congênita passou a ser classificada como uma Doença de Notificação Compulsória desde 1986. Para maior controle de sua transmissão vertical, em 2005, a Sífilis na Gestação também passou a ser de Notificação Compulsória<sup>6</sup>. Em 2006, o MS, visando reduzir a incidência de Sífilis Congênita, implantou o programa de saúde "Rede Cegonha" que, em seu aspecto do pré-natal, oferece teste rápido não treponêmico para triagem da Sífilis materna<sup>7</sup>.

A região das Américas apresenta a segunda maior prevalência de Sífilis na gestação. No Brasil, o número de casos notificados de Sífilis Gestacional tem aumentado a cada ano em todas as regiões do país. Assim como os casos de Sífilis Congênita que alcançou a incidência de 6,5 casos para cada 1000 nascidos vivos em 2015 comparado à taxa de 4,7 casos no ano de 2013<sup>8-11</sup>.

Ainda que a Sífilis seja uma doença passível de prevenção e tratamento, em sua forma congênita é considerada como uma das principais causas de morte neonatal<sup>12</sup>. Logo, tendo em vista que o Brasil ainda não se encontra dentro da meta estipulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que objetiva ser menor que 0,5 caso para cada 1000 nascidos vivos<sup>2</sup>, e tendo em mente

o fato da maternidade do Hospital Padre Albino (HPA) atender gestantes de toda a região de Catanduva-SP, além das gestantes referenciadas de todo o estado de São Paulo, o levantamento da incidência da Sífilis Materna e Sífilis Congênita se fez essencial para nos situar quanto à realidade do cenário atual desta importante e alarmante doença.

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Avaliar o aumento da incidência de Sífilis em gestantes atendidas na maternidade do Hospital Padre Albino em Catanduva-SP, durante o primeiro semestre de 2014 e nos períodos equivalentes dos anos de 2015 e 2016.

### Objetivos Específicos

Comparar a incidência de Sífilis Materna e Sífilis Congênita e as possíveis alterações nestes índices entre o período do primeiro semestre de 2014 com os períodos equivalentes nos anos seguintes, de 2015 e 2016.

Realizar levantamento epidemiológico das gestantes com Teste Não Treponêmico (VDRL) reagentes atendidas na maternidade do Hospital Padre Albino, Catanduva-SP no referido período estudado.

## MÉTODO

A pesquisa é do tipo descritiva, transversal, analítica retrospectiva. Os dados demográficos e epidemiológicos coletados correspondem aos períodos de primeiro de janeiro de 2014 a 30 de junho de 2014, primeiro de janeiro de 2015 a 30 de junho de 2015 e primeiro de janeiro de 2016 a 30 de junho de 2016. As variáveis avaliadas foram a idade materna, a via de parto cesárea ou vaginal, óbito fetal, e se gestante pertencia ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou era conveniada a um plano particular. Estes dados foram coletados a

partir de prontuários médicos do setor da Maternidade do HPA, no município de Catanduva-SP. Assim também foram coletados os dados epidemiológicos referentes às sorologias de VDRL maternos realizados no momento da internação das gestantes, bem como os VDRL dos recém-nascidos. Após a coleta das informações, realizou-se a análise estatística descritiva e inferencial dos dados coletados nos três períodos considerados neste estudo e foram comparados quanto ao aumento da incidência de Sífilis Materna e Sífilis Congênita na população estudada usando o programa estatístico Excel 2016.

Fizeram parte dos critérios de inclusão todas as gestantes que deram à luz na Maternidade do HPA, independentemente do tipo de plano de saúde, particulares ou SUS. Após o cálculo da incidência total de Sífilis Materna e Sífilis Congênita, foram estratificados os casos em gestantes provenientes do SUS e gestantes provenientes dos atendimentos médicos particulares e convênios que apresentaram Sífilis durante a gestação.

Foram introduzidos no estudo todos os recém-nascidos vivos que nasceram na Maternidade do HPA no respectivo período do estudo.

## RESULTADOS

No presente estudo foram avaliadas 3.000 gestantes atendidas na Maternidade do HPA, com um total de 2.985 recém-nascidos vivos (NV) sendo que 15 bebês foram natimortos (0,5%). As gestantes tinham em média 25 anos de idade (com variação de 12 anos até 49 anos), a via de parto cesariana foi realizada em 2/3 dos nascimentos (72%) e a via vaginal em apenas 28%, talvez essa diferença seja justificada pelo fato da maternidade em questão ser referência em gestantes de alto risco (Tabela 1). A maioria das gestantes, aproximadamente 70%, era proveniente da rede pública de saúde e 30% da rede particular e convênios.

**Tabela 1** - Análise das características demográficas das gestantes internadas no HPA

Semestre Avaliado	Via de parto Normal (N) Cesárea (C)	Idade das Gestantes (anos)	Total de RN Vivos	Total de RN Vivos do SUS	Óbitos fetais
1º semestre 2014	N: 274 (28%) C: 697 (72%)	13 a 49 (média 25.5)	967	662 (68.5%)	4
1º semestre 2015	N: 278 (28%) C: 720 (72%)	13 a 44 (média 25.9)	992	685 (69%)	6
1º semestre 2016	N:278(26,5%) C: 768 (73.5%)	12 a 47 (média 26)	1041	740 (71%)	5

Ao analisarmos a incidência de Sífilis nas gestantes que deram à luz na Maternidade do HPA, observa-se um aumento progressivo dos casos de Sífilis do primeiro semestre de 2014 para o primeiro semestre de 2016. Durante o primeiro semestre de 2014 nasceram vivos 967 bebês e 19 destas mães apresentaram VDRL positivo, sendo notificadas com Sífilis na Gestação. Esses dados nos mostram que para cada 1000 recém-nascidos vivos tiveram 19,5 casos de Sífilis Materna. A taxa de transmissão vertical foi de 73,6%, ou seja, 14 bebês vieram com VDRL positivo, uma incidência de 14,5 recém-nascidos com Sífilis Congênita para cada 1000 nascidos vivos. Essa incidência torna-se maior no primeiro semestre de 2015, quando chega a 22 casos de gestantes com Sífilis para cada 1000 nascimentos de bebês NV e 12 destes bebês nasceram com Sífilis Congênita, uma transmissão vertical de 54,5%.

Os dados referentes ao primeiro semestre de 2016 servirão para nos alarmar ainda mais sobre a epidemia de Sífilis que assola nossa região, pois a incidência de Sífilis na gestação foi ainda maior, com 26 casos para cada 1000 nascidos vivos (Tabela 2), evidenciando um aumento de 35% dos casos de Sífilis em gestantes de 2014 para 2016. Mesmo ciente desses números já elevados em 2014, observa-se um aumento mais expressivo dos casos de Sífilis em gestantes entre 2015 e 2016 quando comparado com o aumento entre 2014 e 2015, fato preocupante, pois nos remete a questionar a efetividade e a adesividade desta população às medidas de saúde pública para prevenção da Sífilis.

Quanto à transmissão vertical da Sífilis, notamos uma queda quando comparamos o 1º semestre de 2014 (73,6%) com o mesmo período de 2015 (54,5%), porém se eleva novamente em 2016 (63%). Tal fato pode estar relacionado com a falta de penicilina que sofremos em 2015, porém mais estudos deverão ser realizados que corroborem para essa afirmativa.

**Tabela 2** - Incidência de gestantes com sífilis na gestação e incidência de recém-nascidos com sífilis congênita

Semestre Avaliado	Sífilis na Gestação (Nº casos: 1000NV)	Sífilis Congênita (Nº casos: 1000NV)	Transmissão Vertical (%)
janeiro-junho 2014	19 (19,5:1000NV)	14 (14,5:1000NV)	73,6%
janeiro-junho 2015	22 (22:1000NV)	12 (12:1000NV)	54,5%
janeiro-junho 2016	27 (26:1000NV)	17 (16:1000NV)	63%

Ainda em relação à população de gestantes estudadas, cerca de 70% pertenciam ao SUS e 30% eram provenientes do atendimento prestado por convênios médicos ou particulares. Todos os casos notificados de Sífilis nas gestantes atendidas na Maternidade do HPA pertenciam ao SUS. Não foi notificado nenhum caso de Sífilis Materna ou Sífilis Congênita nas gestantes de particulares e/ou convênios. Mais uma vez teremos que questionar o atendimento às gestantes no SUS, sua adesividade ao pré-natal, o tratamento adequado desta gestante e do parceiro diante da Sífilis para melhorar esses nossos índices.

Com o presente estudo conseguimos verificar o aumento da incidência de Sífilis nas gestantes e nos recém-nascidos em nossa maternidade, sendo que as variáveis que poderiam estar direta ou indiretamente relacionadas a esse aumento expressivo merecem ser investigadas e diagnosticadas para adotarmos estratégias mais específicas de controle desta doença, principalmente nos grupos populacionais socialmente mais vulneráveis, que são os mais afetados pela Infecção Treponêmica e que mais se beneficiariam destas intervenções.

## DISCUSSÃO

A Sífilis permanece como um relevante problema de saúde pública no Brasil e em outros países,

principalmente os da América Latina. Tendo em vista que se trata de uma moléstia infectocontagiosa com transmissão vertical, torna-se necessário uma intervenção imediata para reduzir ao máximo a possibilidade de contágio fetal e suas complicações<sup>13</sup>.

Dados epidemiológicos recentes chamam atenção para o aumento da incidência tanto Materna quanto Congênita da Sífilis, o que pode ser apontado como uma falha na qualidade da assistência ao pré-natal, apesar das diversas ações estabelecidas ao longo do tempo pelo MS, como o uso de protocolos de atendimento específico às gestantes com diagnóstico de Sífilis estabelecido em todo território nacional, na tentativa de combater esse avanço<sup>13</sup>.

Quando não diagnosticada e/ou não tratada adequadamente, a Sífilis Congênita pode resultar em prematuridade, desenvolvimento de sintomas da doença no bebê com complicações severas, além de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal<sup>14</sup>. O não diagnóstico correto é uma limitação na comparação dos dados, já que dificulta a inclusão de casos de abortamento por Sífilis. Em base de dados nacionais, casos de abortos e natimortos por Sífilis Congênita são subnotificados, o que limita uma análise mais precisa<sup>15</sup>.

A meta estabelecida pela OMS é de 0,5 casos de Sífilis Materna para cada 1000 nascidos vivos. Segundo o boletim epidemiológico de 2016 divulgado pelo MS, entre os anos 2014 e 2015 houve um aumento da Sífilis em gestantes brasileiras de 20,9%<sup>8</sup>. Tal evidência se confirma com os resultados obtidos neste estudo, o qual registrou um aumento de 16% da Sífilis Materna no período equivalente e foi piorando esses índices para 23% de 2015 para 2016.

A incidência de bebês com Sífilis Congênita no Brasil em 2015 foi de 6,5 casos para cada 1000 nascidos vivos (NV), ou seja, 13 vezes maior do que o preconizado pela OMS e 170% a mais do que registrado em 2010, antes desta epidemia<sup>11</sup>. Em nossa região, esses valores são ainda mais assustadores, pois nossa incidência em 2014 foi de 14,5 casos para cada 1000NV, caiu para 12 casos em 2015 e aumentou novamente em 2016, chegando a 16 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Esses dados nos colocam 32 vezes acima do idealizado pela OMS, seguindo a tendência epidemiológica nacional<sup>11</sup>.

Conforme foi confirmado por nota informativa emitida pelo MS em 2015<sup>16</sup>, o desabastecimento nacional

de penicilinas, em decorrência da falta de matéria-prima específica para a sua produção no mercado global, poderia justificar a falha no tratamento adequado para Sífilis, acarretando o aumento na incidência desta moléstia no período subsequente, em 2016, e contribuído para elevar casos de Sífilis Materna e, por conseguinte, elevar o número de casos de Sífilis Congênita.

No Brasil, os casos registrados de Sífilis em gestantes nos últimos cinco anos foram de 3,7 para 11,2 casos a cada 1.000 NV, um aumento de 202%. Ao longo de 2013 a taxa de detecção da doença em mulheres grávidas era de 7,4 infectadas para cada 1.000 NV. Já em 2014, apenas nos primeiros seis meses, a taxa de detecção foi cerca de 9,7 casos em gestantes para cada 1.000 NV<sup>17</sup>. Em nosso serviço, os dados obtidos são ainda mais alarmantes, pois no primeiro semestre de 2014 tivemos 19,5 casos de Sífilis Materna para cada 1000NV; em período semelhante de 2015 esse número foi para 22 gestantes que deram à luz em vigência da Sífilis para cada 1.000 NV, e no respectivo período de 2016 tornou-se ainda mais alarmante, chegando à incidência de 26 casos para cada 1.000 NV.

Ao compararmos as incidências de Sífilis Materna na gestação e Sífilis Congênita notamos um expressivo aumento na incidência de Sífilis nas gestantes quando comparados com o aumento de Sífilis Congênita no mesmo período de avaliação. Uma limitação específica deste estudo foi o difícil acesso aos prontuários de gestantes com assistência médica particular, sendo necessária uma busca pelos casos de notificação compulsória registrados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HPA para confirmação de que não houve diagnóstico de Sífilis nas gestantes provenientes dos atendimentos particulares e/ou convênios. Esse fato também gera preocupação com esta população específica de gestantes, pois podemos estar diante de subnotificações por falhas na investigação diagnóstica para Sífilis nas mesmas, uma vez que nem sempre os protocolos são seguidos à risca por profissionais da rede privada de atendimento à saúde.

## CONCLUSÃO

Para 2016, o governo brasileiro trabalha com a projeção de que as notificações de Sífilis em gestantes cheguem a quase 42 mil casos no país, enquanto as infecções por Sífilis Congênita deverão superar 22 mil casos

entre menores de um ano<sup>15</sup>. Em razão deste crescimento epidemiológico alarmante dos casos de Sífilis é necessário um atual e melhor entendimento sobre a sua incidência nos diferentes níveis socioeconômicos da população em geral e, mais especificamente, nas gestantes atendidas não apenas na rede pública de saúde, onde os protocolos já são estabelecidos pelo MS, mas também sejam igualmente exigidos nas redes particulares/convênios, em todas as regiões do Brasil.

Apesar das atuais políticas de saúde pública e das estratégias utilizadas, esses números continuam

crescendo cada vez mais e acometendo um grande número de bebês, conforme demonstrado neste trabalho. Não obstante a isso, ainda temos que lidar com a falta de abastecimento da Penicilina Cristalina e/ou Penicilina Procaína usadas no tratamento de escolha para os bebês que nascem com Sífilis.

Enfim, estamos diante de uma doença descrita pela primeira vez há 500 anos, porém que ainda nos desafia e está cada vez mais em evidência nos dias de hoje.

## REFERÊNCIAS

1. Mello JLC, Maciel AC, Linhares FAC, Pinto IF. Sífilis: ainda uma grande simuladora: revisão. *Ped Moderna*. 2014; 71 (9):303-5.
2. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(5):766-74.
3. Carvalho IS, Brito RS. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(2):287-94.
4. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):768-72.
5. Matthes ACS, Lino APS, Costa CA, Mendonça CV, Bel DD. Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. *Pediatr Mod*. 2012; 48(4):149-54.
6. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1):147-57.
7. Bagatini CLT. Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica no Rio Grande do Sul [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
8. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico de sífilis. Brasília: MS; 2015. [Internet] [citado em 20 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/88>
9. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013; 10(2):e100139.
10. Ministério da Saúde (BR). Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
11. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico. [Internet] [citado em 06 abr. 2017]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst\\_aids\\_boletim\\_de\\_sifil\\_1\\_pdf\\_32008.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf)
12. Serafim AS, Moretti GP, Serafim GS, Niero CV, Rosa MI, Pires MMS, et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2014; 47(2):170-8.
13. Furtado TRP. Sífilis congênita: um desafio à saúde pública. [especialista]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
14. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Maternal and congenital syphilis: a persistent challenge. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(6):1109-20.
15. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(6):e00082415.
16. Ministério da Saúde (BR). Nota informativa conjunta nº 109/2015/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS. [Internet] [citado em 06 abr. 2017]. Disponível: <http://www.soperj.org.br/novo/imageBank/MS-BR-Nota-109-USO-DE-PENICILINA-EM-GESTANTES-E-CRIANCAS.pdf>
17. Brito AS, Moraes MHM, Silva RM, Cândido RL, Guimarães RK. Cartilha com informações de saúde sobre a sífilis gestacional: elaboração e implementação. *Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem*. 2016; 2(1):1-5.

Recebido em: 15/03/2017

Aceito em: 29/07/2017