

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS CONGÊNITA REGISTRADOS NO PERÍODO DE 2010 A 2020 NO ESTADO DO TOCANTINS

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS AND CONGENITAL SYPHILIS CASES REGISTERED AT THE PERIOD 2010 TO 2020 IN TOCANTINS STATE, BRAZIL

ABNER DE ALMEIDA SOUZA

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos FAPAC/ITPAC Porto
<http://lattes.cnpq.br/9122105041108792>

ANDRIELE GASPARETTO

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos FAPAC/ITPAC Porto
<http://lattes.cnpq.br/4684376572820716>

RESUMO: INTRODUÇÃO: No período estabelecido foi possível observar uma maior incidência de casos de sífilis no cenário nacional e internacional. Sífilis é uma infecção bacteriana causada por agente *Treponema pallidum*, essa pode ser adquirida por via sexual ou de forma vertical (de mãe para bebê, durante a gestação). **OBJETIVO:** Descrever o padrão epidemiológico da sífilis gestacional e congênita informado no período de 2010 a 2020, no estado do Tocantins, Brasil. **MÉTODOS:** Estudo do tipo transversal e descritivo, com dados coletados em plataforma virtual (Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN). Utilizou-se para tabulação de dados o aplicativo online TABNET, que foi desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações da base de dados do Sistema Único de Saúde e os dados foram coletados em janeiro e fevereiro de 2021. **RESULTADOS:** Sífilis gestacional: Foram notificados 2965 casos com maior número residentes na capital Palmas 24,78%. Das gestantes a maior parcela estava em faixa etária de 20 a 29 anos. Com relação à escolaridade houve um predomínio de mulheres com ensino médio completo, e uma maior prevalência em mulheres pardas no estadiamento da infecção a prevalência foi em sífilis primária. Da ocorrência sífilis congênita: Foram notificados 1941 destes casos 99,58% em menores de um ano de idade, com maior número de casos concentrados em Palmas, do total de notificações 1749 (90,10%) tiveram acompanhamento pré-natal. O esquema de tratamento foi negligenciado em 60,02% das manifestações, a maior parte das crianças diagnosticadas foram classificadas como portadoras de sífilis congênita recente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É possível afirmar que os parâmetros analisados da doença, são padrões epidemiológicos encontrados em outros estados brasileiros e em países latino-americanos. Apesar de uma abrangente cobertura de atenção básica no Tocantins, ainda existem muitos casos de subnotificação, evidenciado pelos índices registrados no intervalo analisado, possivelmente por uma deficiência de falhas no treinamento dos profissionais de saúde, no diagnóstico, tratamento e notificação.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis congênita. Sífilis gestacional, Infecções por *Treponema*. Epidemiologia. Tocantins

ABSTRACT: INTRODUCTION: In the established period, it was possible to observe a higher incidence of syphilis cases in the national and international scenario. Syphilis is a bacterial infection caused by the agent *Treponema pallidum*, which can be acquired sexually or vertically (from mother to child, during pregnancy). **OBJECTIVE:** The objective of this study is to write the epidemiological profile of gestational and congenital syphilis cases, registered between 2010 and 2020, in the state of Tocantins, Brazil. **METHODS:** Cross-sectional and descriptive study, with data collected on a virtual platform (National System of Notifiable Diseases - SINAN). The online application TABNET was used for data tabulation, which was developed by DATASUS to generate information from the Unified Health System database and the data were collected in January and February 2021. **RESULTS:** Gestational syphilis: 2965 cases were reported, with a higher number of residents in the capital, Palmas, 24.78%. Of the pregnant women, the largest portion was in the age group of 20 to 29 years. Regarding education, there was a predominance of women with complete secondary education, and a higher prevalence in brown women in the stage of infection, the prevalence of yarn in primary syphilis. Congenital syphilis: 1941 of these cases were reported 99.58% in children under one year age, with a greater number of cases concentrated in Palmas, at the total of notifications 1749 (90.10%) had prenatal follow-up. The treatment regimen was neglected in 60.02% the manifestations, most of the diagnosed children were classified as having recent congenital syphilis. **CONCLUSION:** It is possible to affirm that the analyzed parameters of the disease are epidemiological patterns found in other Brazilian states and in Latin American countries. Despite a comprehensive coverage of primary care in Tocantins, there are still many cases of underreporting, evidenced by the rates recorded in the analyzed range, possibly due to a deficiency in the training of health professionals, in diagnosis, treatment and notification. the period, probably due to the unpreparedness of health professionals in their diagnosis, treatment, and notification.

Key words: Syphilis. Congenital syphilis. Gestacional syphilis. *Treponema* Infections. Epidemiology. Tocantins

1 INTRODUÇÃO

São problemas de saúde pública, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), com uma relevância importante, sendo no mundo as doenças transmissíveis mais comuns (BRASIL, 2020). Essas descritas pela primeira vez na Europa, no final do século XVI período conhecido como Renascimento, e após muitas denominações a “nova infecção” foi denominada Sífilis em 1530 por Girolamo Fracastoro, porém só foi amplamente utilizada no século XVIII (NETO *et al.*, 2009; NUNES *et al.*, 2021).

A Sífilis que pode por via sexual ser transmitida, tem grande impacto na saúde pública porque também é uma doença transmitida de forma placentária (vertical) ou transfusão sanguínea. Na gestante, quando não é tratado ou esse for inadequado, pode-se transmitir a Sífilis congênita por via transplacentária, levando consequências

graves à gravidez em até 80% dos casos (AZEVEDO *et al.*, 2017; HOLANDA *et al.*, 2011; BRASIL, 2020).

Foi estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, por dia, ocorrem mais de um milhão de novos casos de IST's no mundo, destes novos casos a Sífilis acomete um milhão de gestantes por ano, contabilizando mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, pondo em risco mais de 200 mil crianças de morte prematura no mundo (WHO *et al.*, 2016).

Ao negligenciar a infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum* pode ocorrer aborto, nascimento prematuro, baixo peso ao nascimento ou sequelas irreversíveis como lesões cutâneas, cegueira, surdez, retardo mental, comprometimento, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, pneumonia com ou sem sofrimento respiratório, icterícia, rinite sanguinolenta, linfadenopatia generalizada e anemia. Outros achados clínicos incluem: petéquias, púrpura, hidropisia, edema, fissura peri bucal, síndrome nefrótica, convulsão e meningite (WHO *et al.*, 2016; BRASIL, 2017b; SEQUEIRA *et al.*, 2020).

A transmissão de mãe para filho da Sífilis ainda é um grande problema de Saúde Pública, sendo a infecção com maior taxa de transmissão durante o período grávido-puerperal (BRASIL, 2017a), com 34,3% aproximadamente (DOMINGUES *et al.*, 2016). Existem estimativas que dois milhões de gestantes ao ano são infectadas no mundo e aproximadamente 50% das mulheres não tratadas são transmissoras da doença ao feto, podendo ocasionar óbitos fetais e neonatal, baixo peso ao nascer infecção congênita ou prematuridade. Também pode acontecer aborto espontâneo, natimorto e morte logo após o nascimento em 40% de crianças infectadas por *T. pallidum* (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Para essa infecção congênita a notificação compulsória é obrigatória para os países pertencentes a OMS, sendo que no Brasil desde a divulgação da Portaria nº 542/1986 do Ministério da saúde (MS) (BRASIL, 2016). A notificação tem por objetivo a contenção da infecção e proporcionar o devido acompanhamento e evolução na gestante e a não notificação configura crime por parte do profissional que for negligente (LAFETÁ *et al.*, 2016; OMS, 2016; BELO *et al.*, 2021).

O tratamento é extremamente simples e de baixo custo quando o diagnosticado é feito antes do nascimento, com penicilina benzatina que é o tratamento de primeira linha. Caso o diagnóstico seja feito após o nascimento, em

decorrência das complicações que a infecção pode causar ao bebê, o custo com os tratamentos e acompanhamentos são elevados (BRASIL, 2017a).

Existem sinais que contribuem sobre falhas em grande quantidade dos casos por parte dos profissionais de saúde na execução do protocolo da Sífilis congênita e a negligência quanto ao seu tratamento nos serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2006, BELO *et al.*, 2021). Diante da considerável e elevada disseminação da sífilis no Brasil, este trabalho tem como propósito descrever o perfil epidemiológico dos casos de Sífilis gestacional e congênita registrados no período de 2010 a 2020, no estado do Tocantins, Brasil.

2 METODOLOGIA

O estudo proposto foi do tipo transversal e descritivo, com base em dados obtidos do Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram incluídos todos os casos confirmados e residentes registrados com Sífilis gestacional e sífilis congênita no estado do Tocantins no período de 2010 a 2020.

As informações do DATASUS foram coletadas com o auxílio do tabulador TABNET. Os dados disponíveis no DATASUS são alimentados pelos municípios e estados para o Ministério da Saúde, ou seja, são oriundos das fichas de notificações compulsórias de doenças e agravos, declarações de nascidos vivos, declarações de óbitos, autorizações de internações hospitalares, entre outras fontes.

Os dados populacionais para o cálculo dos indicadores foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base em dados dos censos da população do estado (2010) e estimativas populacionais para os anos intercensitários (2011-2019) (IBGE, 2020).

Visto que os dados obtidos para a pesquisa são de domínio público, o estudo dispensa submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Foram utilizados como critérios de inclusão, os casos confirmados residentes no Tocantins. E de exclusão, casos sífilis gestacional e sífilis congênita notificados provenientes de outros estados. Os dados dos pacientes foram recolhidos a partir do seu município de residência.

As variáveis utilizadas estão registradas no sistema DATASUS em consonância com as informações da ficha de notificação de sífilis em gestante e sífilis

congenita foram: Sociodemográficas municipais: Casos confirmados de acordo com o município de residência. (maiores e menores municípios com casos registrados), Sociodemográficas maternas: Ano de início do tratamento, faixa etária, raça/ cor da pele, escolaridade, realização do pré-natal, classificação clínica da doença e evolução do caso. Os dados foram analisados e coletados pelos autores no decorrer dos meses de janeiro e fevereiro de 2021.

3 RESULTADOS

No período de 2010 a 2020 foram notificados no estado do Tocantins 2965 (Tabela 2) casos de sífilis em gestantes correspondendo a 7,53% das notificações em região norte. Vale salientar que a capital do estado Palmas, com população estimada em 2020 de 306296 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), teve maior número de notificações 735 casos (24,78%), Araguaína com população estimada em 183381 habitantes foi a segunda cidade que mais identificou, 462 casos (15,58%), Porto Nacional população estimada 53316 ocupa a terceira colocação com 117 notificações correspondendo a 3,94%. É importante enfatizar que a cidade de Porto Nacional em termos populacionais é a quarta cidade mais populosa do estado, porém, na quantidade de notificações fica a frente de Gurupi que possui uma estimativa de 87545 habitantes com 101 casos identificados (3,40%) (IBGE, 2020).

A maioria das gestantes, 1574 (53,08%), estava em faixa etária de 20 a 29 anos, seguido por 782 (26,34%) de 15 a 19 anos, 515 (17,36%) casos com idade entre 30 a 39 anos, 52 (1,75%) notificações de 10 a 14 anos e 42 (1,41%) gestantes com 40 anos ou mais (Tabela 2).

Com relação à escolaridade, houve um predomínio de mulheres com ensino médio completo, 658 com uma representação de 22,19%, seguido pelos casos onde a escolaridade foi ignorada com 601 (20,26%), de 5ª a 8ª incompleta 600 (20,23%), ensino médio incompleto ouve 514 (17,33%), com fundamental completo 248 (8,36%), 1ª a 4ª incompleta 118(3,97%), com 4ª completa 106 (3,57%), superior incompleto 56 (1,88%), superior completo 43 (1,45%) e analfabetas 21 (0,70%).

Sendo com maior frequência em autodeclaradas parda com amostra de 2185 (73,69%), seguido por branca 303 (10,21), preta 297 (10,01%), amarela 85 (2,86%), indígena 57 (1,92%), ignorada 38 (1,28%). Na classificação da sífilis, foram registradas

como primária 1165 (39,29%) dos casos, como secundária 258 (8,70%), como terciária 414 (13,96%), latente 715 (24,11%) e ignorado 413 (13,92%).

Neste período foram contabilizados 1941 casos congênitos da infecção. Sendo 1933 (99,58%) em menores de um ano, evidenciado na tabela 1, em Palmas 359 (18,57%), Araguaína 372 (19,24%), Porto Nacional 96 (4,96%) e Gurupi 55 (2,84%). A maioria dos casos são diagnosticados antes do sétimo dia de vida 1885 (97,11%).

Do total de infecções notificadas no período, 1749 (90,10%) fizeram o acompanhamento pré-natal, 146 (7,52%) não o realizaram e 46 (2,36%) foram ignorados (Tabela 1).

Com relação ao esquema de tratamento materno houve predomínio em manejo inadequado com 1165 (60,02%), apenas 63 (3,24%) receberam o correto, 603 (31,06%) não receberam tratamento e 110 (5,66%) foi ignorado.

O diagnóstico da criança é classificado como sífilis congênita recente, descritos anualmente em tabela 1, com representação de 1862 (95,92%), sífilis congênita tardia 6 (0,30%), aborto por sífilis 33 (1,70%) e natimorto por sífilis 40 (2,06%).

4 DISCUSSÃO

No Brasil, mais de 50 mil puérperas têm diagnóstico de sífilis, ao ano, variando de 1,1 a 11,5%, em função do acompanhamento recebido durante as consultas do pré-natal e do grau de instrução materna. O fato é que, o número aproximado é de 12 mil nascidos vivos têm a manifestação congênita da sífilis ao ano no Brasil, em contrapartida na Colômbia em estudo realizado em Bogotá e regiões nos anos 2013 e 2014 observou-se um padrão de queda de 0,04 a cada ano. (Otalora-Fajardo, 2020). Foi detectado nos últimos cinco anos aproximadamente um aumento constante do número de casos, devido a maior investigação da infecção nas gestantes e infecção congênita, com a maior e melhor cobertura e ampliação dos testes sorológicos e rápidos. Também é apontada como causa, a resistência por parte dos profissionais da saúde o uso de penicilina na atenção básica (BRASIL, 2017c).

Em concordância com os dados, no Tocantins, houve um aumento na notificação da sífilis. Das gestações ocorridas no período de 2010 a 2020, houve uma elevação importante na taxa de incidência da sífilis congênita em menores de um ano

(gráfico 1) passando de 2,4% em 2010 para 8,2% em 2019 casos/1000 nascidos vivos, é importante salientar que no ano de 2018 a detecção foi de 9%, existe uma diferença relevante entre os anos 2010 a 2019 pode ser explicado pela maior abrangência e acesso ao sistema de saúde, ainda é possível afirmar que por conta da pandemia do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) tenhamos uma queda de detecção nos dados a serem publicados para o ano de 2020. Tendo em consideração que no ano de 2015 a taxa nacional foi de 6,5 casos/1000 nascidos vivos e que a meta desejada pela Estratégia e Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita foi de 0,5 casos/1000 nascidos vivos (PADOVANI *et al.*, 2018; DOMINGUES, *et al.*, 2021), o Tocantins registrou neste período uma taxa de 11,8 casos/1000 nascidos vivos, muito superior ao esperado para o período segundo a estratégia de erradicação.

No período estabelecido para coleta de dados dentro do território tocantinense foi possível verificar que as cidades mais populosas ou as que estão próximas aos grandes centros tiveram maior número de casos, de maneira contrária os municípios menores, registraram apenas um ou nem um caso da infecção. É possível verificar que em estudos anteriores a capital Palmas teve uma estimativa de três vezes o número de subnotificação (LAFETÁ *et al.*, 2016), é possível inferir que em regiões menos populosas a notificação não é realizada. Em trabalho realizado no Recife (BELO, *et al.*, 2021) faz um alerta para os altos índices de subnotificação.

Em 2016 foram 37.436 casos notificados no território nacional de sífilis em gestantes, com predomínio em região sudeste. Quando se observar os estados brasileiros individualmente, os que tiveram maior número de notificação foram Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2016; CARDOSO *et al.*, 2018; CAVALCANTE *et al.*, 2017). No ano de 2018 o estado do Ceará é citado como uma das regiões que mais notificou casos de sífilis congênita, em fortaleza no período foram 827 casos. (ARAUJO *et al.*, 2021)

Os dados sociodemográficos mostram para uma melhoria importante nas condições de vida da população tocantinense na últimas década, tais como: diminuição da extrema pobreza, aumento do desenvolvimento humano municipal e diminuição da desigualdade de renda, o estado ainda apresenta padrões endêmicos da doença, padrão apresentados em demais trabalhos que reafirmam o intervalo de idade (20-39 anos), escolaridade (Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio

completo) é a mais frequentemente afetada e tonalidade de pele (parda) (tabela 2), os achados descritos em estudo realizado no Recife (Pernambuco) são semelhantes aos encontrados no Tocantins, em outros países como por exemplo, no Uruguai os parâmetros sociais também se assemelham. (CARDOSO *et al.*, 2018; CAVALCANTE *et al.*, 2017; DOMINGUES *et al.*, 2016; IBGE, 2020; LAFETÁ *et al.*, 2016; SEQUEIRA *et al.*, 2020; MACEDO *et al.*, 2020).

Os resultados de sífilis congênita 1941 casos não se assemelham quando comparados aos encontrados para a sífilis gestacional 2965 casos, inclusive em seus municípios tanto em notificação quanto subnotificação. Em 2016 foram notificados 20.474 casos de sífilis congênita no território nacional tendo uma maior notificação os estados Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul e Pernambuco. Em Santa Catarina foram registrados em 2009, (56) casos e em Natal-RN (311) no intervalo dos anos 2004 a 2007 de sífilis congênita em ambas as regiões. Em estudo realizado em Guarapuava - PR em 2014 foram notificados (40) casos de sífilis em gestantes, destes casos apenas (12) dos recém-nascidos (30%) foram diagnosticados com sífilis congênita. Em Mato Grosso do Sul em estudo realizado em gestantes indígenas foram registrados 316 casos de sífilis gestacional no período compreendido entre 2011 a 2014 destes montante 69 casos os recém-nascidos tiveram a infecção na forma congênita. Em 2016 o estado de Pernambuco registrou uma incidência de sífilis congênita de 11,8 casos por 1000 nascidos vivos, superando a média nacional de 6,5 casos por 1000 nascidos vivos. No Recife, a taxa relativa de sífilis congênita foi de 29,1 casos por 1000 nascidos vivos, a maior do estado em 2016. (BRASIL 2016; SOARES *et al.*, 2017, TIAGO *et al.*, 2017; BELO *et al.*, 2021).

O Tocantins é um dos estados que possui a maior proporção de casas cadastrados em unidades de estratégias de saúde da família, com mais de 90% com cobertura, a capital Palmas também com mais de 90%, o que possibilita os bons números de mães que realizaram o pré-natal no decorrer da gestação 1749 (90,10%), porém, pouco mais da metade obteve o diagnóstico durante as consultas de pré-natal 1044 (53,78%), no momento do parto ou curetagem foi uma quantidade elevada visto que o acesso ao pré-natal é amplo 732 (37,71%). No ano de 2015, no Caribe e na América latina, 83% das grávidas foram testadas para sífilis no decorrer do acompanhamento pré-natal e 84% dos casos positivos foram tratados. De acordo com os dados no ano de 2016, 81% das gestantes brasileiras que tiveram filhos com a

infecção congênita, tiveram acesso às consultas e exames durante o período gravídico. Quando verificado o momento de diagnóstico apenas 57% foram diagnosticados no decorrer do acompanhamento gestacional, 31,1% no momento do parto ou curetagem, 7,4% após o nascimento e 0,5% não teve diagnóstico, outro problema é a quantidade de gestantes que foram negligenciadas neste casos foram 4% que a informação foi ignorada durante o acompanhamento gestacional. (BRASIL, 2017a).

Embora o tratamento preconizado pelo MS seja simples, o manejo adequado é feito com Penicilina Benzatina sua dose é estabelecida conforme a classificação da infecção, no Tocantins apenas 63 (3,24%) gestantes receberam o de maneira adequada, em estudo realizado no Recife (MACÊDO *et al.*, 2020) 70,5% obtiveram atendimento adequado. Em 2021 (NUNES *et al.*, 2021) adverte que no Brasil 20% das parturientes recebem os cuidados adequados.

Tabela 1 – Sífilis congênita. Dados descritos ano a ano – Tocantins (2010 a 2020).

Sífilis congênita em menores de um ano	Total (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
Casos	1933	67	91	94	132	159	229	248	287	282	238	106
Taxa de detecção	-	2,7	3,6	3,9	5,5	6,4	9,1	10,4	11,5	11,1	9,3	-

Realização de pré-natal	Total (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
Sim	1749 (90,11)	61 (3,14%)	88 (4,53)	83 (4,28)	112 (5,77)	130 (6,70)	194 (9,99)	227 (11,70)	263 (13,55)	267 (13,76)	231 (11,90)	93 (4,79)
Não	146 (7,52)	5 (0,26)	2 (0,10)	9 (0,46)	19 (0,98)	26 (1,34)	27 (1,39)	18 (0,93)	16 (0,82)	13 (0,67)	5 (0,26)	6 (0,31)
Ignorado	46 (2,37)	2 (0,10)	1 (0,05)	2 (0,10)	3 (0,15)	3 (0,15)	9 (0,46)	4 (0,21)	9 (0,46)	3 (0,15)	3 (0,15)	7 (0,36)

Esquema de tratamento materno	Total (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
Adequado	63 (3,25)	1 (0,05)	6 (0,31)	6 (0,31)	9 (0,46)	8 (0,41)	7 (0,36)	7 (0,36)		10 (0,52)	5 (0,26)	4 (0,21)
Inadequado	1165 (60,02)	44 (2,27)	58 (2,99)	49 (2,52)	61 (3,14)	86 (4,43)	143 (7,37)	167 (8,60)	190 (9,79)	177 (9,12)	143 (7,37)	47 (2,42)
Não Realizado	603 (31,07)	21 (1,08)	24 (1,24)	35 (1,80)	54 (2,78)	50 (2,58)	71 (3,66)	59 (3,04)	88 (4,53)	78 (4,02)	80 (4,12)	43 (2,22)
Ignorado	110 (5,67)	2 (0,10)	3 (0,15)	4 (0,21)	10 (0,52)	15 (0,77)	9 (0,46)	16 (0,82)	10 (0,52)	18 (0,93)	11 (0,57)	12 (0,62)

Diagnóstico Final	Total (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
Sífilis congênita recente	1862 (95,93)	63 (3,25)	90 (4,64)	87 (4,48)	121 (6,23)	144 (7,42)	212 (10,92)	244 (12,57)	280 (14,43)	281 (14,48)	235 (12,11)	105 (5,41)
Sífilis congênita tardia	6 (0,31)	1 (0,05)			2 (0,10)			1 (0,05)	1 (0,05)		1 (0,05)	
Aborto por sífilis	33 (1,70)	2 (0,10)	1 (0,05)	4 (0,21)	5 (0,26)	7 (0,36)	10 (0,52)	1 (0,05)	3 (0,15)			
Natimorto por sífilis	40 (2,06)	2 (0,10)		3 (0,15)	6 (0,31)	8 (0,41)	8 (0,41)	3 (0,15)	4 (0,21)	2 (0,10)	3 (0,15)	1 (0,05)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Tabela 2 – Sífilis gestacional. Dados descritos ano a ano – Tocantins (2010 a 2020).

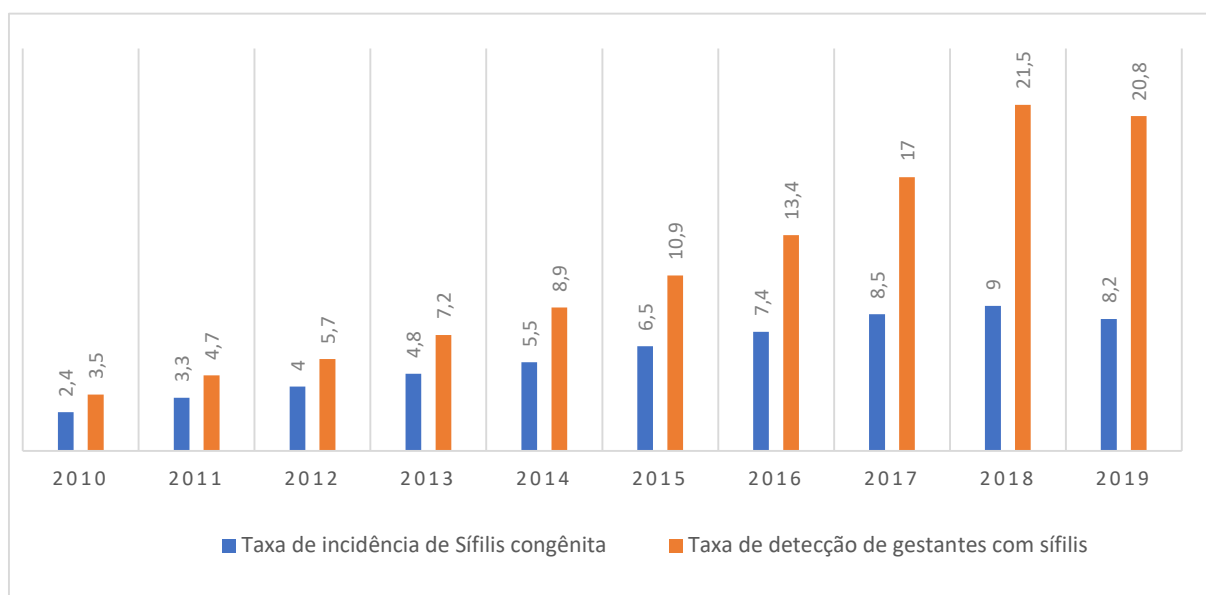
Sífilis em Gestantes	Total (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
Casos	2.965	111	109	123	107	142	199	251	435	623	571	294
Taxa de detecção		3,74	3,68	4,15	3,61	4,79	6,71	8,47	14,67	21,01	19,26	9,92

Faixa Etária	Total (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
10 a 14 anos	52 (1,75)		2 (0,07)	5 (0,17)	1 (0,03)	4(0,13)	6(0,20)	8(0,27)	7(0,24)	10(0,34)	8(0,27)	1(0,03)
15 a 19 anos	782 (26,37)	20(0,67)	25(0,84)	23(0,78)	33(1,11)	36(1,21)	61(2,06)	61(2,06)	108(3,64)	184(6,21)	146(4,92)	85(2,87)
20 a 29 anos	1574 (53,09)	57(1,92)	57(1,92)	72(2,43)	50(1,69)	72(2,43)	98(3,31)	131(4,42)	248(8,36)			161(5,43)
30 a 39 anos	515 (17,37)	31(1,05)	22(0,74)	21(0,71)	23(0,78)	26(0,88)	33(1,11)	48(1,62)	68(2,29)	107(3,61)	94(3,17)	42(1,42)
40 anos ou mais	42 (1,42)	3(0,10)	3(0,10)	2(0,07)		4(0,13)	1(0,03)	3(0,10)	4(0,13)	6(0,20)	11(0,37)	5(0,17)
Ignorado												

Classificação Clínica	Total (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
Sífilis Primária	1165 (39,29)	65 (2,19)	59 (1,19)	51 (1,72)	60 (2,02)	66 (2,23)	89 (3,00)	108 (3,64)	168 (5,67)	235 (7,93)	180 (6,07)	84 (2,83)
Sífilis Secundária	258 (8,70)	19 (0,64)	11 (0,37)	15 (0,51)	8 (0,27)	15 (0,51)	13 (0,44)	24 (0,81)	25 (0,84)	44 (1,48)	61 (2,06)	23 (0,78)
Sífilis Terciária	414 (13,96)	6 (0,20)	16 (0,54)	19 (0,64)	8 (0,27)	26 (0,88)	20 (0,67)	39 (1,32)	54 (1,82)	89 (3,00)	98 (3,31)	39 (1,32)
Sífilis Latente	715 (24,11)	9 (0,30)	8 (0,27)	13 (0,44)	14 (0,47)	18 (0,61)	38 (1,28)	49 (1,65)	112 (3,78)	178 (6,00)	177 (5,97)	99 (3,34)
Ignorado	413 (13,93)	12 (0,40)	15 (0,51)	25 (0,84)	17 (0,57)	17 (0,57)	39 (1,32)	31 (1,05)	76 (2,56)	77 (2,60)	55 (1,85)	49 (1,65)

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

Gráfico 1 – Taxa de detecção de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) e taxa de detecção de sífilis gestacional (por 100.000 habitantes) – Tocantins 2010 a 2019.



Fonte: tabela elaborada pelo autor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado vai de encontro a outros estudados que demonstram que os parâmetros encontrados no estado do Tocantins, como: idade, baixa escolaridade e raça/cor são fatores que são comumente observados em estudos de perfis epidemiológicos nacional dos indivíduos que apresentam sífilis gestacional ou congênita, é correto afirmar que essa condição é mais persistente na população de maior vulnerabilidade que não tem instrução quanto aos perigos da prática sexual desprotegida.

Mesmo apresentando um índice elevado de cobertura da atenção básica o estado tocantinense, ainda apresenta muitos casos de sífilis que não são diagnosticados ou não notificados. É possível afirmar que isso pode estar correlacionado a falha na qualificação ou treinamento dos profissionais de saúde, que proporciona uma ineficiência no atendimento e tratamento das gestantes.

Fica evidente que a atenção básica no Tocantins precisa de capacitação, monitoramento e melhor estratégias proporcionando que as equipes de saúde, consigam melhor identificar e realizar as buscas ativas das possíveis infecções e o melhoramento das consultas de pré-natal obtendo assim uma melhor prevenção da doença e seus agravos, sendo que a prevenção da sífilis congênita é relativamente simples e tem um custo baixo, que é possível de ser realizada, essas medidas de

capacitação e instrução dos profissionais de saúde da atenção básica proporcionariam um melhor controle, diagnóstico e a prevenção das complicações durante a gestação e pós natal.

É importante sugerir que estudos futuros investiguem a realização do exame sorológico e VDRL e também a terapêutica abordada é condizente com o esquema de tratamento preconizado pelo SUS, uma vez que não é possível identificar se os casos não tratados devem-se a falhas de conduta ou a falta dos exames; ou pela própria falta de estrutura do sistema de saúde em relação à disponibilidade de material para o teste; ou na demora para a entrega de resultados, que atrasa o início do tratamento; ou por uma sucessão de erros acima mencionados.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G.M. *et al.* Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.50, n. 6, p. 254-258, jun 2014.

ARAÚJO, M.A.L. *et al.* Fatores associados à prematuridade em casos notificados de sífilis congênita. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.55 n.28 2021.

AZEVEDO, A. *et al.* Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 259-267, jul. 2017.

BELO, MMA *et al.* Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife-Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, 10 março 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Brasília: MS; 2017c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 52 p.II 2016.

CARDOSO, A.R.P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 563-574, 2018.

CAVALCANTE, P.A.; PEREIRA, R.B.; CASTRO, J.G. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255- 264, jun 2017.

DOMINGUES, C.S.B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 30, 2021

DOMINGUES, R.M.; LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n.6, 2016.

GRUMACH, A.S. *et al.* A (Des) Informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, n.3 - 4, p.120-127, 2007.

HOLANDA, M.T. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, abr./jun. 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acessado em 19 abril. 2020.

LAFETÁ, K.R. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19 n.1, p. 63-74, jan/ mar. 2016.

LIMA, L.H.; GURGEL M.F.; SILVA, S.F. Avaliação da sífilis congênita no estado do Espírito Santo. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, v.18 n. 2, p. 113-116, 2006.

MACÊDO, V.C, *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 28 p. 518-528, 2020.

NETO, B.G. *et al.* A sífilis no século XVI- o impacto de uma nova doença. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v.16, n. 3, p. 127-129, jul./set. 2009.

NUNES, P.S. *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-11, 2021.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. **68.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS**. Washington, 26 a 30 de setembro. 2016.

Otalora-Fajardo A, Eslava-Schmalbach J. Desigualdades en la incidencia de sífilis congénita relacionada con las condiciones de vida, Bogotá Colombia 2013-2014. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 28, p. 510-517, 2020.

SEQUEIRA, A. *et al.* Situacion actual de la sífilis congénita en el departamento de Paysandú, años 2015-2019. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, v.91 n.2, 2020.

SOARES, L. *et al.* Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 4, p. 781-789, 2017.

TIAGO, Z. *et al.* Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 503-512, 2017.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.; PELLOSO, S. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. **World Health Organization**, 2016.