



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

DANIELA SAMARA DE SOUZA BUENO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS
CONGÊNITA REGISTRADOS NO PERÍODO DE 2007 A 2017, NO ESTADO DO
TOCANTINS**

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

DANIELA SAMARA DE SOUZA BUENO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS
CONGÊNITA REGISTRADOS NO PERÍODO DE 2007 A 2017, NO ESTADO DO
TOCANTINS**

Artigo Científico submetido ao Curso de
Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO
NACIONAL, como requisito parcial para a
obtenção do Grau de Bacharel em Medicina

Orientadora: Prof^ª Andrielle Gasparetto

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

DANIELA SAMARA DE SOUZA BUENO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS
CONGÊNITA REGISTRADOS NO PERÍODO DE 2007 A 2014, NO ESTADO DO
TOCANTINS.**

Artigo Científico submetido ao Curso de
Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO
NACIONAL, como requisito parcial para a
obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof(a) Andrielle Gasparetto

Artigo Científico apresentado e defendido em 27/11/2018 e aprovado perante a banca
examinadora constituída pelos professores:

Professora M.^a Andriele Gasparetto

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientadora

Aline Santos Iamamoto

Psicóloga/ Neuropsicologia e Médica pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
Porto LTDA – Examinadora 1

Ricardo Silva Moura

Biólogo Mestrando pelo programa de Pós-graduação em Biodiversidade, Ecologia e
Conservação pela Universidade Federal do Tocantins - Examinador 2

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E SÍFILIS CONGÊNITA REGISTRADOS NO PERÍODO DE 2007 A 2017, NO ESTADO DO TOCANTINS

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS AND CONGENITAL SYPHILIS CASES REGISTERED AT THE PERIOD 2007 TO 2017, IN TOCANTINS STATE, BRAZIL

Daniela Samara de Souza Bueno ¹
Prof^a Andriele Gasparetto²

¹ Acadêmico do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos
² Informações do (a) orientador (a) – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

RESUMO:

INTRODUÇÃO: No contexto atual foi observada uma maior incidência da sífilis em âmbito nacional e internacional, esta é uma infecção bacteriana causada pelo agente *Treponema pallidum*, a mesma pode ser transmitida por via sexual (mais comum) e de forma vertical (de mãe para filho, intra-placentário). **OBJETIVO:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita registrados no período de 2007 a 2017, no estado do Tocantins, Brasil. **MÉTODOS:** Estudo do tipo descritivo e transversal, 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. **RESULTADOS:** Da sífilis gestacional: Houveram 1806 casos, com maior registro na capital Palmas 21,6% e o menor registro em outros 19 municípios com 0,05%. Das gestantes, 72,3% estavam entre 20-39 anos, 73,3% possuíam cor da pele parda e 76,3% tinham escolaridade de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo. 47,6% da sífilis foram classificadas como primária. O VDRL (treponêmico) foi reagente em 43%, porém, 45% das gestantes não foram submetidas ao teste. Da sífilis congênita: Houveram 1690 casos, com maior registro na capital Palmas 23,9% e 20 municípios com apenas 0,05%. As mães, 83,7 % eram pardas, 73,5% estavam entre 20 a 39 anos, 85,3% estavam com escolaridade de 1ª a 4ª série incompleta até de Ensino Médio completo ou incompleto, 53,3%. Foram diagnosticadas no pré-natal, 66,3% e 18,5% as que não tiveram seus parceiros tratados. As crianças, 95,7% são diagnosticadas até 6 dias após o nascimento, 1,9% tiveram óbito por sífilis; 2,4% abortos e natimortos por sífilis. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as variáveis analisadas da doença (idade, escolaridade e cor da pele), reforçam os padrões epidemiológicos encontrados no restante do país. Apesar de uma alta cobertura da atenção básica no estado do Tocantins, ainda há muitos casos de subnotificação tanto da sífilis congênita quanto da sífilis gestacional, revelado pelos baixos índices registrados no período de 10 anos, provavelmente por uma deficiência advinda do possível pouco preparo dos profissionais de saúde, em seu diagnóstico, tratamento e notificação.

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

ABSTRACT:

INTRODUCTION: In the present context, a higher incidence of syphilis was observed nationally and internationally. This is a bacterial infection caused by the agent *Treponema pallidum*, which can be transmitted sexually (more commonly) and vertically (from mother to child, intra-placental). **OBJECTIVE:** The objective of this study is to write the epidemiological profile of cases of gestational and congenital syphilis recorded between 2007 and 2017, in the state of Tocantins, Brazil. **METHODS:** This study will be carry out using a descriptive and cross-sectional type of research. The data will be collected on Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN), an virtual online platform which allows the occurrence of an event in the population, indicating the risks those population are exposed, identifying those population by their epidemiological reality geographical area. The TABNET is an online application, which was developed by DATASUS to generate information from the Brazilian public health system, Sistema Único de Saúde (SUS) database, will be used for tabulation of data. **RESULTS:** From gestational syphilis: There were 1806 cases, the highest score was in the capital Palmas 21.6% and the lowest in 18 municipalities 0.05%. The pregnant women, 72.3% were between 20-39 years old, 73.3% had brown skin color and 76.3% had incomplete elementary school education. 47.6% of syphilis were classified as primary. VDRL (treponemal) was reagent in 43%, however, 45% of the pregnant women were not submitted to the test. Congenital syphilis: There were 1690 cases, the highest score also in the capital Palmas 23.9% and 20 municipalities, only 0.05%. The mothers: 83.7% were brown skin color, 73.5% were between 20 -39 years old, 85.3% had incomplete 1st to 4th grade schooling and 53.3% had complete or incomplete high school. Those, 66.3% had prenatal care, and 18.5% didn't have their partners treated. The children, 95.7% were diagnosed 6 days after birth, 1.9% had death from syphilis; 2.4% abortions and stillbirths due to syphilis. **CONCLUSION:** It is concluded that the analyzed variables of the disease (age, schooling and skin color) reinforce the epidemiological patterns found in the rest of the country. Despite there is a high coverage of health basic care in the state of Tocantins, there are still many cases of underreporting congenital and gestational syphilis, which were revealed by the low rates records at the 10-year period. Those are probably caused by a poor health professional's training in their diagnosis, treatment and notification.

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

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estipula que ao dia ocorrem mais de um milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis no mundo. A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças, em todo o mundo (WHO *et al*, 2016).

A sífilis tem grande impacto na saúde pública porque é uma doença que pode ser transmitida por via sexual, placentária (vertical) ou transfusão sanguínea. Na gestante, quando não há tratamento ou esse foi inadequado, pode-se transmitir a sífilis congênita por via transplacentária, trazendo consequências graves à gravidez em até 80% dos casos (AZEVEDO *et al*, 2017; HOLANDA *et al*, 2011).

O não tratamento da infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum* pode ocasionar aborto, nascimento prematuro, baixo peso ao nascimento ou sequelas irreversíveis como cegueira, surdez, retardo mental, comprometimento ósseo (periostite ou osteíte ou osteocondrite), hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada. Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite (ALBUQUERQUE *et al*, 2014; BRASIL, 2017c).

Mundialmente, a sífilis afeta um número grande de gestantes, sendo estimado que no ano de 2008 aproximadamente 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis (NEWMAN *et al*, 2013). Em 2013 foram notificados 21.382 casos no Brasil (DOMINGUES, 2016).

A transmissão vertical da sífilis persiste como um grande problema de Saúde Pública no Brasil, sendo a doença de maior taxa de transmissão durante o ciclo grávido-puerperal (BRASIL, 2017b), com aproximadamente 34,3% (DOMINGUES, 2016). Acredita-se que dois milhões de gestantes são infectadas no mundo anualmente e cerca de 50% das mulheres não tratadas são capazes de transmitir a doença ao feto, podendo ocorrer óbitos fetal e neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer ou infecção congênita. Também há a ocorrência de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em 40% de crianças infectadas por *T. pallidum* a partir de mães não tratadas (AZEVEDO *et al*, 2017; GRUMACH *et al*, 2007).

A infecção congênita é de notificação compulsória desde a divulgação da Portaria nº 542/1986 do Ministério da saúde (MS) (BRASIL, 2016). A não notificação configura crime por parte do profissional que for negligente. O objetivo da notificação é a contenção da infecção e o devido acompanhamento e evolução na gestante (LAFETÁ *et al*, 2016).

O tratamento é simples e barato quando diagnosticado antes do nascimento, basta tratar a mãe com penicilina benzatina (tratamento de primeira escolha). Caso o diagnóstico seja feito após ao nascimento, em virtude das complicações que a infecção causa ao feto, o custo com os tratamentos e acompanhamentos são elevados (BRASIL, 2017b).

Um levantamento comprovou que há uma grande quantidade de casos e falha dos profissionais de saúde na execução do protocolo de controle da sífilis congênita e a negligência

quanto ao seu tratamento pelos serviços de saúde (LIMA, 2006). Diante da problemática da elevada incidência da sífilis no Brasil e regiões, essa pesquisa tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita registrados no período de 2007 a 2017, no estado do Tocantins, Brasil.

2 METODOLOGIA

O estudo realizado foi do tipo descritivo e transversal, com base em dados do Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram incluídos todos os casos confirmados e residentes registrados com sífilis gestacional (1806) e sífilis congênita (1690) no estado do Tocantins no período de 2007 a 2017.

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 provenientes 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 (2001-2009 e 2011-2012) (IBGE, 2016).

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 de confirmadas 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 de acordo com as informações da ficha de notificação de sífilis em gestante e congênita foram: Sociodemográficas municipais: Casos confirmados segundo 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, teste treponêmico e não treponêmico, tratamento do parceiro e evolução do caso. Os dados foram coletados e analisados pelos autores durante o mês de outubro de 2018.

3 RESULTADOS

No período de 2007 a 2017 foram identificados, no estado do Tocantins, 1806 casos confirmados de sífilis gestacional, sendo que os 3 municípios que obtiveram maior número de casos registrados foram a capital Palmas em primeiro lugar, com 394 (21,6%) casos de sífilis em gestantes; em segundo lugar, Araguaína com 276 (15,1%) casos e em terceiro lugar, Porto Nacional com 74 (4%) casos. Já os municípios de Aliança, Angico, Aurora, Cariri, Jaú, Lavandeira, Lagoa do Tocantins, Monte Santo, Novo Alegre, Novo Jardim, Pau d'Arco, Ponte Alta do Bom Jesus, Pugmil, Pindorama, São Salvador, Sandolândia, Santa Tereza e Talismã apresentaram apenas 1 (0,05%) caso notificado durante todo esse período.

A maioria das 1806 gestantes com sífilis, 1307 (72,3%) encontravam-se na faixa etária de 20-39 anos (média de 25 anos; amplitude de 13 a 43 anos). Do número total de gestantes diagnosticadas, 1325 (73,3%) possuíam cor da pele parda e 1378 (76,3%) tinham escolaridade de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo.

Na classificação da sífilis, foram registradas como primária 861(47,6%) dos casos, secundária 182 (10%) dos casos, terciária 208 (11,5%) e latente 273 (15,1%).

Na testagem das 1806 gestantes, onde o VDRL foi reagente, 783 (43%) mostraram teste treponêmico reagente (teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente – [FTA-Abs]); e 70 (3,8%) tiveram resultado não reagente, o que indica não contaminação pelo *T. Pallidum*. Porém, 827 (45%) das gestantes não foram submetidas ao teste.

Durante os anos entre 2007 a 2017, a taxa de incidência anual de sífilis congênita elevou-se de 3,2 para 14,9 casos por 1.000 nascidos vivos no estado do Tocantins. (Gráfico 1)

Nesse mesmo período, foram notificados 1690 casos confirmados, segundo município de residência dentro do estado, de sífilis congênita, sendo Palmas com 405 (23,9%) casos, Araguaína 356 (21%) casos e Porto Nacional com 81 (4,7%) casos. Já as cidades com menos casos foram Abreulândia, Chapada de areia, Dueré, Figueirópolis, Goianorte, Ipueiras, Itaguatins, Iporã, Juarina, Novo Jardim, Oliveira de Fátima, Palmeirópolis, Peixe, Pequizeiro, Ponte Alta do Bom Jesus, Santa Maria, São Félix, João Valério, Tupiramá e Tupiratins, com apenas 1 (0,05%) caso apresentado. A maioria dos casos de sífilis congênita (95,7%) são diagnosticados em crianças até 6 dias após o nascimento.

Entre as mães dos casos que preencheram os critérios de definição para sífilis congênita, predominaram mulheres pardas 1415 (83,7%), na faixa etária de 20 a 39 anos 1309 (73,5%), com escolaridade de 1ª a 4ª série incompleta até de Ensino Médio completo ou completo 1443 (85,3%).

Comparando os números absolutos de notificações encontrados de sífilis gestacional e de sífilis congênita, é perceptível que a partir de 2013, a sífilis congênita foi mais diagnosticada do que a sífilis gestacional. (Gráfico 2)

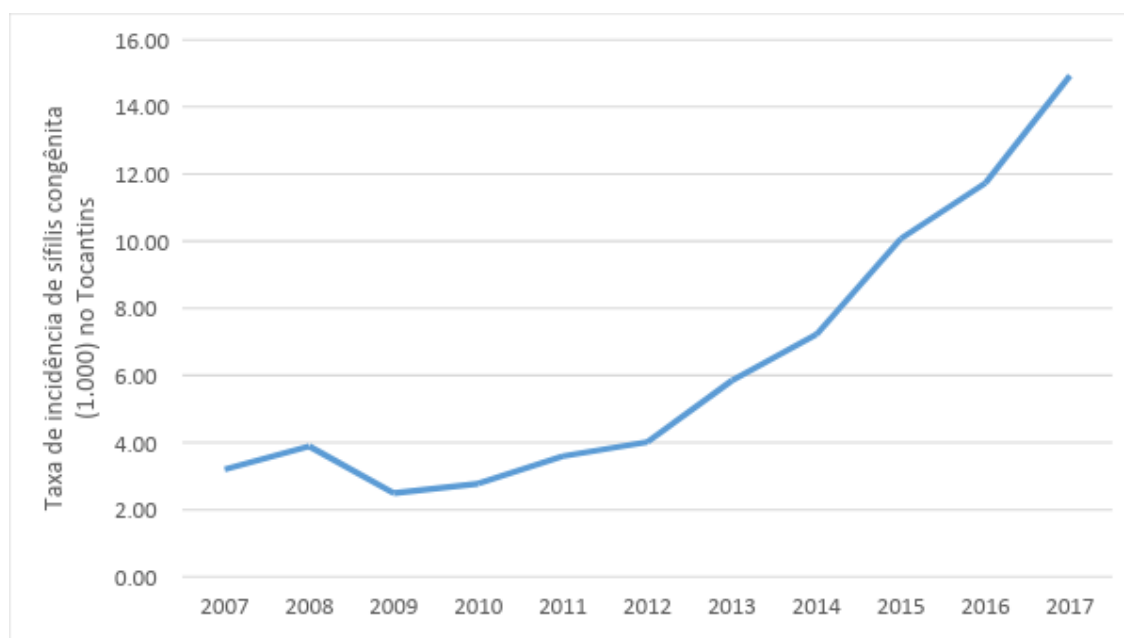
Do total de casos de sífilis congênita, 1489 (88%) mães realizaram o pré-natal na gestação e 901 (53,3%) foram diagnosticadas no pré-natal e 619 (36,6%) foram diagnosticadas durante o parto ou curetagem.

Das mães que realizaram o pré-natal, 1122 (66,3%) não tiveram seus parceiros tratados e apenas 314 (18,5%) parceiros foram tratados e 15% das respostas estavam em branco/ignorado.

Observa-se o que o número de gestantes tratadas é sempre consideravelmente menor à quantidade de crianças que nasceram com a doença. (Gráfico 3)

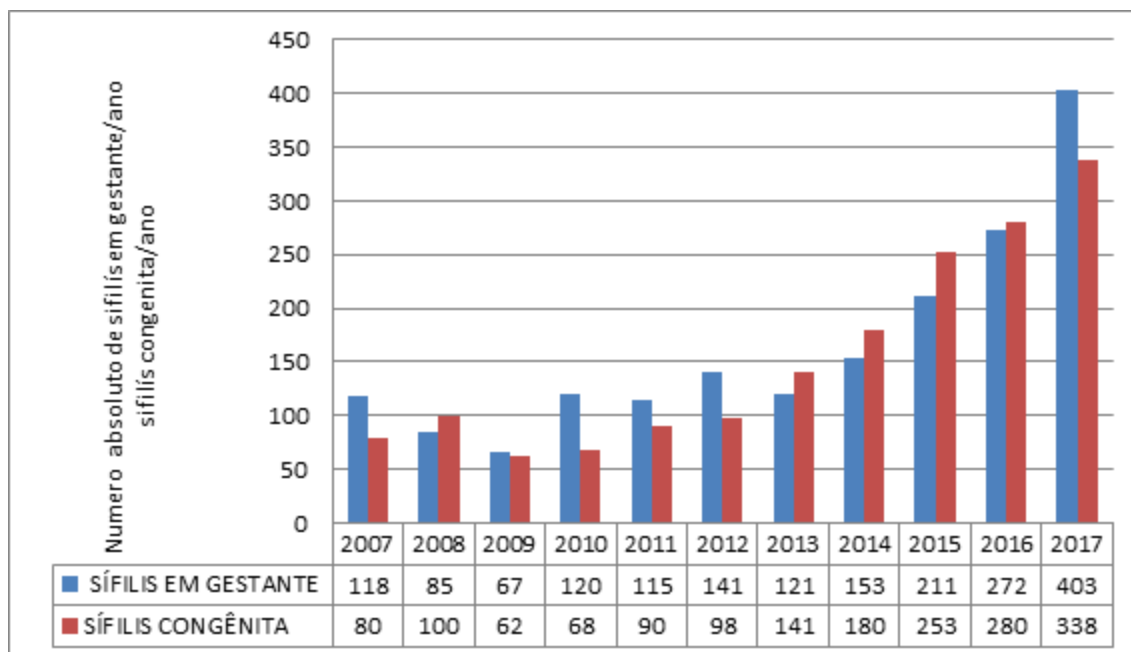
Na investigação da evolução dos casos de sífilis congênita, notou-se que 1524 (90,1%) casos foram classificados como vivos; 33 (1,9%) tiveram óbito por sífilis; 27 (1,5%) foram a óbito por outras causas e 41(2,4%) abortos e natimortos por sífilis.

Gráfico 1. Taxa de incidência de sífilis congênita no estado do Tocantins, Brasil, 2007 a 2017.



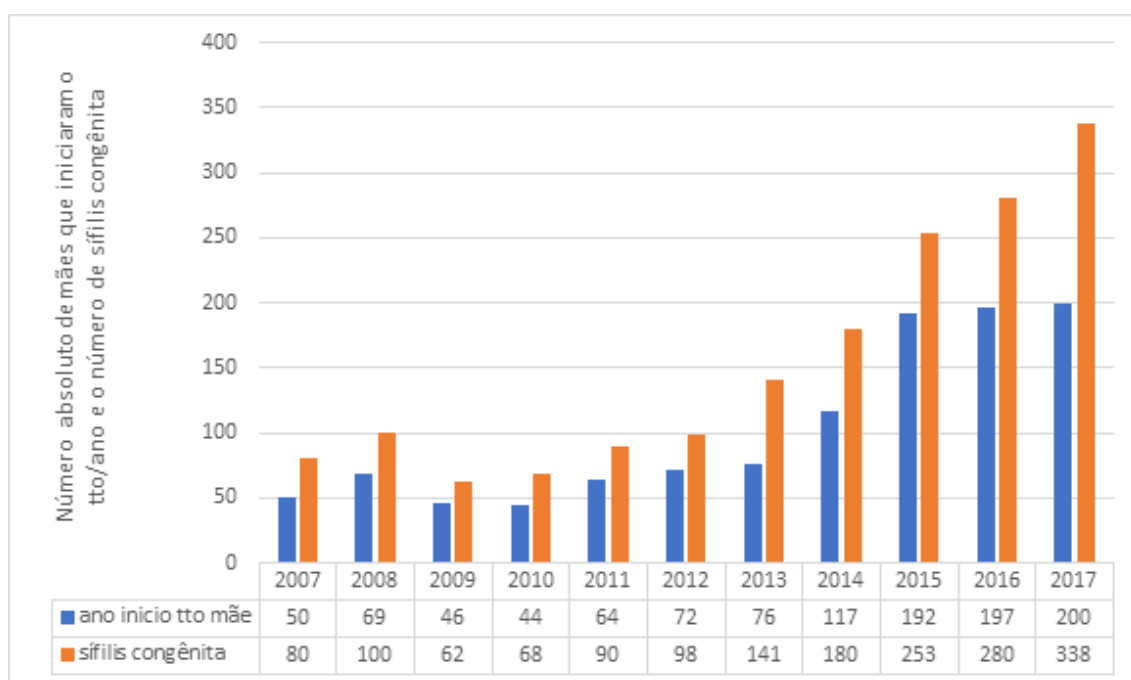
Fonte: Elaborada pelos autores.

Gráfico 2. Número absoluto de casos de sífilis em gestante e número de casos absolutos de sífilis congênita no estado do Tocantins, Brasil, 2007 a 2017.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Gráfico 3. Número absoluto de mães que iniciaram o tratamento por ano e o número de casos de sífilis congênita por ano, estado do Tocantins, 2007 a 2017.



Fonte: Elaborada pelos autores.

4 DISCUSSÃO

No Brasil, 50 mil parturientes têm o diagnóstico de sífilis, ao ano, com prevalência variando de 1,1 a 11,5%, em função da assistência pré-natal e do grau de instrução materna. O resultado é que, ao ano, aproximadamente 12 mil nascidos vivos têm sífilis congênita no Brasil. Nos últimos cinco anos foi detectado um aumento constante do número de casos, isso se deu devido a maior investigação da infecção nas gestantes e infecção congênita, com a maior cobertura e ampliação dos testes rápidos e sorológicos, a redução do uso de preservativo. Também foi apontado como causa a resistência por parte dos profissionais de saúde quanto ao uso de penicilina na atenção básica (BRASIL, 2017a).

De acordo com os dados coletados, no Tocantins, houve um crescimento na notificação da sífilis. Das gestações ocorridas no período de 2007 à 2017, houve um aumento considerável na taxa de incidência da sífilis congênita passando de 3,2 em 2007 para 14,94 em 2017 casos/1000 nascidos vivos. Levando em consideração que no ano de 2015 a taxa nacional foi de 6,5 casos/1000 nascidos vivos e que a meta estipulada pela Estratégia e Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita foi de 0,5 casos/1000 nascidos vivos (PADOVANI, 2018), o Tocantins registrou neste período uma taxa de 10,08 casos/1000 nascidos vivos.

Em estudos realizados em Palmas e no estado de São Paulo no período de 2007 a 2013, encontraram uma subnotificação que corresponde a três vezes o número registrado na capital tocaninense e no estado paulistano. (DOMINGUES *et al*, 2013). Outro estudo estima que na região sul, o número de casos subnotificados encontra-se acima de 40%, atualmente (MELO, 2016).

No período pré-estabelecido para levantamentos de dados dentro do território tocaninense foi verificado que as cidades mais populosas ou as que estão próximas aos grandes centros tiveram maior número de casos da infecção, em contrapartida os municípios menores, em 10 anos, registraram apenas um caso da infecção. Visto que em estudos anteriores a capital tem uma estimativa de três vezes o número de subnotificação (LAFETÁ *et al*, 2016), é possível sugerir que em regiões menos populosas a notificação não é realizada.

Em 2016 foram notificados em todo o território nacional 37.436 casos de sífilis em gestantes, sendo a região sudeste a com maior índice. Ao se observar os estados da federação individualmente, os que obtiveram maior número de notificação foram Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2016; CARDOSO *et al* 2018; CAVALCANTE, 2017).

Mesmo os dados sociodemográficos apontando para uma melhoria importante das condições de vida da população tocantinense nas duas últimas décadas, tais como: aumento do desenvolvimento humano municipal e diminuição da extrema pobreza e da desigualdade de renda, o estado ainda está dentro dos padrões endêmicos da doença, padrões esses, apresentados em demais trabalhos que afirmam que o intervalo de idade (20-39 anos), tonalidade de pele (parda) e escolaridade (Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo) é a que mais frequentemente infectada (CARDOSO *et al*, 2018; CAVALCANTE, 2017; DOMINGUES *et al*, 2016; IBGE, 2017; LAFETÁ *et al*, 2016).

Na presente pesquisa, a condição primária da enfermidade foi a mais prevalente com (47,6%) dos casos, números encontrados acima da média nacional (32%) e abaixo da média da região sul (61,1%). Registros apontam que casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita realizados no Brasil durante 2005 a 2016, demonstram que grande parte dos casos foi classificada como sífilis primária, porém, há uma hipótese sobre a possível inadequação da classificação da sífilis. É sabido que quando não é possível estabelecer a evolução clínica da doença, deve-se classificá-la como “sífilis latente de duração ignorada”, na sífilis primária, o tratamento preconizado pelo Ministério da saúde, consiste em uma dose única de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, já na sífilis latente de duração ignorada, essa dosagem seria semanal, por 3 semanas. Ou seja, a classificação inadequada da doença torna o tratamento insuficiente (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017b; PADOVANI, 2018).

Os resultados de sífilis congênita se assemelham muito aos encontrados para a sífilis gestacional, 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 período de 2004 a 2007 de sífilis congênita em ambas 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. No estado do 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 casos 69 dos recém-nascidos tiveram a infecção na forma congênita (BORBA, 2014; BRASIL 2016; SOARES *et al*, 2017, TIAGO *et al*, 2017).

Os números apontam que a maior quantidade de notificações se encontra em duas das maiores cidades tocantinenses e na capital Palmas. Dos 139 municípios, 19 apresentaram apenas 1 caso notificado para sífilis gestacional e 20 apresentaram apenas 1 caso de sífilis

congenita no período de 10 anos, significando provavelmente, uma alta taxa de subnotificação dessa doença por parte da Secretaria de Saúde Municipal. As subnotificações são trazidas por vários autores em diversos trabalhos (CARDOSO *et al*, 2018; PADOVANI, 2018; TIAGO *et al*, 2017).

Embora os dados de notificação na capital e nos municípios estejam mais elevados, é importante perceber que os resultados encontrados podem estar subestimados, principalmente nos municípios menores visto que a notificação é feita somente em 32% dos casos de sífilis no período gestacional e 17,4% de sífilis congênita em território nacional (CAMPOS *et al*, 2010).

O Tocantins é um dos estados que possui a maior proporção de domicílios cadastrados em unidades de saúde da família, com 90% de cobertura, assim como a capital Palmas, também com 90%, o que justifica os bons números de mães que realizaram o pré natal na gestação (88%), porém, pouco mais da metade foi diagnosticada durante o pré-natal (53,3%) (MALTA *et al*, 2013). Em 2015, na América latina e Caribe, 83% das gestantes foram testadas para sífilis no pré-natal e 84% dos casos positivos receberam tratamento. De acordo com os dados disponíveis no ano de 2016, 81% das gestantes que tiveram filhos com a infecção congênita no Brasil, tiveram acesso ao pré-natal. Com relação ao momento do diagnóstico apenas 57% foram diagnosticados durante o acompanhamento gestacional, 31,1% no momento do parto ou curetagem, 7,4% após o nascimento e 0,5% não teve diagnóstico além dos 4% que a informação foi ignorada (BRASIL, 2017a).

O diagnóstico da sífilis, atualmente, é basicamente realizado por VDRL, um teste sorológico, não-treponêmico, quantitativo (sendo utilizado no controle de cura), barato, fácil de ser executado, podendo mostrar resultados positivos entre a segunda e quarta semana após surgimento da primeira lesão. Apesar de haver testes rápidos, sua implantação ainda não atingiu todas as unidades da rede pública, fazendo com que o VDRL ainda seja o teste mais utilizado para triagem de sífilis (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2015; GOMES, 2018; CAMPOS *et al*, 2010).

Mesmo havendo uma ampla cobertura do serviço pré-natal no estado, a qualidade da sua realização não é assegurada, pois mesmos gestantes que obtiveram o acompanhamento, muitas não foram diagnosticadas com a infecção. Mas é sabido que no decorrer do acompanhamento existem fatores que predispõem o sucesso como por exemplo a idade gestacional de início do pré-natal, realização de exames e número de consultas (CESAR *et al*, 2011).

No presente estudo foi observado que 66,3% das gestantes não tiveram os parceiros tratados, apenas 18,5% receberam tratamento no período estudado. Ao prescrever a terapêutica

para a gestante, esse deve ser finalizado em até 30 dias antes do parto. Obrigatoriamente, o parceiro sexual também deve receber a medicação, caso isso não aconteça, o tratamento é considerado inadequado. Levando em consideração os esquemas terapêuticos preconizados conforme a classificação do estágio da infecção, se a gestante for diagnosticada no decorrer do terceiro trimestre, e o esquema utilizado não for a medicação em dose única e ocorrer em menos de 30 dias do parto, também pode torná-lo inadequado. (BRASIL, 2015).

Mesmo sabendo que o tratamento é relativamente fácil e não oneroso é promovido de maneira inadequada (63,5%) os parceiros sexuais não recebem tratamento, na maior parte das vezes a gestante não o recebe adequadamente (54,9%) ou não recebe (29,4%). O estado do Tocantins possuindo a maior cobertura de atenção básica não consegue alcançar o parceiro sexual (73,5%) e possui um número importante de gestantes com tratamento inadequado ou não é tratada respectivamente 60,3%, 30,3% (SOARES *et al*, 2017; NONATO, 2015; CARDOSO *et al*, 2018; BRASIL, 2017a).

Visto que há uma ampla cobertura do pré-natal no estado (MALTA *et al*, 2016), a falta de preparo adequado dos profissionais de saúde pode ser o motivo pelo qual a detecção é por muitas vezes tardia e o tratamento ineficiente. Um estudo realizado em unidades de saúde públicas da capital do Rio de Janeiro, como em Fortaleza – CE, através de um questionário com questões relacionadas relativas à formação dos profissionais e recomendações do Ministério da Saúde para prevenção da transmissão vertical da sífilis, detectou diversas barreiras entre os profissionais de saúde que os impedem de realizar um pré-natal de qualidade, pois a maioria possui baixo conhecimento endêmico da doença em sua região, baixa domínio dos protocolos de manejo e dificuldades na abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), em especial por parte de profissionais que não são especialistas em ginecologia e obstetrícia (DOMINGUES *et al*, 2013, ALVES DA SILVA, 2014).

O estudo nacional aponta que no período compreendido de 2007 a 2017 houve 1.291 mortes por sífilis congênita em menores de um ano de idade. No Tocantins no mesmo período foram registradas 33 (1,9%) mortes pela manifestação congênita da sífilis. Tendo em vista os números de notificações da manifestação congênita, a menor parcela evolui para o óbito em decorrência da infecção, mesmo que a maior percentagem de tratamentos seja considerada inadequada (BRASIL, 2017a; CARDOSO *et al*, 2018; SOARES *et al*, 2017).

5 CONCLUSÃO

A pesquisa realizada corrobora com os dados de outros estudos que demonstram que as variáveis encontradas no estado do Tocantins, tais como : idade (20 - 39 anos), raça/cor não branca, baixa escolaridade, são fatores comuns observadas no perfil epidemiológico nacional dos indivíduos que apresentam sífilis congênita e gestacional, ou seja, essa condição está presente na população de maior vulnerabilidade que não tem conhecimento quanto aos riscos da prática sexual desprotegida e da importância do cuidado da própria saúde.

Embora o estado possua uma das mais altas coberturas de atenção básica do país, há muitos casos de sífilis que não são diagnosticados, ou são subnotificados. Infere-se que isso pode estar ligado a falta de qualificação dos profissionais de saúde, causando uma deficiência no atendimento a gestantes.

Entende-se então que a atenção básica no Tocantins necessite de capacitação, monitoramento e estruturação estratégica das equipes de saúde, e melhoramento das ações na realização da busca ativa das gestantes nas consultas de pré-natal e dos serviços relativos à prevenção da doença, visto que a prevenção da sífilis congênita é fácil, não onerosa e extremamente possível de ser realizada, o que possibilita a qualidade na promoção de serviços que asseguram o controle dessa infecção.

Fica sugerido uma investigação para outros estudos quanto a realização do exame sorológico para VDRL e também da eficiência da aplicação do esquema de tratamento preconizado pelo SUS, já que não se sabe se os casos não diagnosticados ou não tratados devem-se ao não pedido do exame; ou pela ineficiência do próprio sistema de saúde em relação à disponibilidade de material para o teste sorológico; ou tempo de espera para a entrega de resultados para o início do tratamento; ou falha terapêutica nos casos diagnosticados ou pela sucessão de erros em todos pontos citados acima.

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.

ALVES DA SILVA, D.M *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2014.

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.

BORBA, K.B.; TRAEBERT, J. Carga de doença por sífilis congênita em Santa Catarina, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n. 4, p. 761-766, out./dez. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial da União**, 1986.

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

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**/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 52 p. il 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

CAMPOS, A. *et al.* Epidemiology of gestacional syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: an uncontrolled disease. **Caderno de Saúde Pública**. v.26, n.9, p.1747-1755. 2010.

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.

CESAR, J. *et al.* Public versus private: assessing maternity care in the far South of Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**.v.11, n. 3, p.257-63. 2011

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.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, May 2013.

GOMES, B.R. *et al.* Perfil Epidemiológico de pacientes com VDRL positivo em uma rede de laboratórios privados na cidade de São Luís. **Revista Uningá Review**. v. 30, n. 3, 2018.

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.

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.

MALTA, D.C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciências de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, Feb. 2016.

MELO SILVA, TAIDIANE Kerolaine *et al.* Uma Reflexão sobre as notificações de Sífilis no RGS. **13ª Mostra de Iniciação Científica**, v. 1, 2016.

NEWMAN, L.K. *et al.* Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **Plos Medicine**, San Francisco, v.10, n. 2, feb. 2013.

NONATO, S.; MELO, A.; GUIMARÃES, M. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 681-694, 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção. **Who Press**, Genebra, 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/>. Acesso em: 23 de out. 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, e3019, 2018.

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.

TAVARES, R. *et al.* Perfil de grávidas com sífilis, HIV+ ou hepatite B em Gurupi, Tocantins. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 35-45, abr. 2014.

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.

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.