



ALMIR TELLES FILHO

SÍFILIS CONGÊNITA E SÍFILIS EM GESTANTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL

GUARAPUAVA

2022

ALMIR TELLES FILHO

SÍFILIS CONGÊNITA E SÍFILIS EM GESTANTE NA REGIÃO SUL DO BRASIL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora, como critério para obtenção do grau de bacharel (a) em Medicina.

Orientador(a): Prof. Dr. Ms. Gonzalo Ogliari Dal Forno

GUARAPUAVA

2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus que me deu a oportunidade, força de vontade, dedicação para superar os desafios que o curso de medicina proporciona.

Gostaria de agradecer e dedicar este trabalho para minha família que sempre me apoiou nesse caminho.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de casos por classificação clínica da sífilis gestacional por estado em 2020 e 2021. 15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos confirmados de sífilis gestacional e congênita por estado em 2020 e 2021.	11
Tabela 2 - Casos de sífilis gestacional e congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo nível de educação da mãe em 2020 e 2021.	12
Tabela 3 - Casos de sífilis gestacional no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo faixa etária da mãe em 2020 e 2021.	13
Tabela 4 - Casos de sífilis gestacional no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo classificação clínica em 2020 e 2021.	14
Tabela 5 - Casos de sífilis gestacional no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo teste não treponemo e teste treponemo em 2020 e 2021.	16
Tabela 6 - Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo realização do pré-natal e momento do diagnóstico da sífilis materna em 2020 e 2021.	17
Tabela 7 - Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo tratamento do parceiro em 2020 e 2021.	17
Tabela 8 - Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo classificação final e faixa etária em 2020 e 2021.	18
Tabela 9 - Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo evolução clínica em 2020 e 2021.	18

SUMÁRIO

<u>Resumo</u>	7
<u>Abstract</u>	7
<u>1 Introdução</u>	8
<u>2 MATERIAL E MÉTODO</u>	9
<u>3 Resultados e Discussão</u>	10
<u>4 Conclusão</u>	18
<u>5 Referências Bibliográficas</u>	19

RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Este é um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo cujas unidades de análise foram Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Foram utilizados dados de domínio público disponíveis no TABNET pelo DATASUS referentes a 2020 e 2021. Os resultados encontrados mostram que o Rio Grande do Sul teve o maior número de casos de sífilis na gestação e congênita em relação aos outros estados, o maior número aconteceu em gestantes entre 20 e 29 anos, com ensino médio completo, classificação latente, com maior parte dos testes treponemos e não treponemos realizados, tratamento dos parceiros não realizado, com classificação clínica de sífilis congênita recente, faixa etária dos recém-nascidos até 6 dias e evoluídos como vivos. Os achados do estudo indicam que a taxa de incidência se manteve abaixo da média nacional, mas algumas metas propostas pela organização mundial de saúde não foram alcançadas, percebe-se então a necessidade de estratégias voltadas a saúde e maior comprometimento com o preenchimento do prontuário

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Atenção Primária à Saúde, Cuidado Pré-Natal, Sífilis.

ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection that is curable and exclusive to humans, caused by the bacterium *Treponema pallidum*. This is a descriptive, retrospective and quantitative study in which the units of analysis were the states of Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul. Public domain data available on TABNET by DATASUS for 2020 and 2021 were used. The results found show that Rio Grande do Sul had the highest number of cases of syphilis during pregnancy and congenital in relation to other states, the highest number occurred in pregnant women between 20 and 29 years old, with complete high school, latent classification, with most treponemos and non-treponemos tests performed, treatment of partners not performed, with recent clinical classification of congenital syphilis, the age range of newborns up to 6 days and evolved as alive. The findings of the study indicate that the incidence rate remained below the national average, but some goals proposed by the

World Health Organization were not achieved, being so, it is observed that there is a necessity for strategies aimed at health and greater commitment to filling out the medical record.

Keywords: Congenital Syphilis, Primary Health Care, Prenatal Care, Syphilis.

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença sistêmica, sexualmente transmissível, curável e prevenível causada pela espiroqueta *T. pallidum*. Transmitida por contato direto, durante relações sexuais ou da mãe para o filho, a sífilis pode se apresentar nas manifestações clínicas dos estágios primário, secundário, terciário (ADAMS, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde o combate a sífilis é tratado como ação prioritária mas continua sendo um problema de saúde pública importante pois em 2019 há o registro de 152.915 casos de sífilis adquirida no Brasil, o que é um número alarmante (BRASIL,2016).

O quadro clínico da infecção primária é caracterizado por uma úlcera ou cancro no local onde ocorreu a infecção, podendo incluir manifestações na infecção secundária como linfadenopatias, feridas muco cutâneas e exantemas. Já na infecção terciária os problemas podem agravar-se em lesões oftalmológicas, neurológicas, cardíacas auditivas ou gomosas (SMITH, 2014).

A região clássica onde ocorre a infecção é a genital, mas pode passar despercebida em outras áreas como ânus, reto ou cérvix uterina. Portanto há grande possibilidade da doença não ser percebida durante a inspeção nas consultas sendo assim necessária a existência de testes diagnósticos para detecção da infecção por meio de exame de campo escuro, testes de imunofluorescência direta ou testes sorológicos treponemos ou não treponemos. A realização de apenas um teste sérico pode não ser suficiente para detecção da infecção sendo então recomendado que os testes séricos sejam combinados com testes treponemos e não treponemos para que ocorra o diagnóstico e posteriormente o tratamento da moléstia (SMITH 2014).

Como a Organização Mundial de Saúde em 2015 discutiu metas e desafios para o combate a sífilis e a doença representa grande risco tanto no adulto quanto no

bebê, o objetivo deste trabalho é analisar os dados epidemiológicos presentes sobre esta doença e relacioná-las com as estratégias existentes em cada estado.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, utilizando dados públicos e disponibilizados online pelo sistema TABNET do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados utilizados representam o registro de todos os casos confirmados de sífilis congênita e gestacional nos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul nos anos de 2020 e 2021.

Para elaboração e interpretação dos cálculos de média, porcentagens, tabelas e gráficos foi utilizado o Microsoft Excel 2010. A taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por ano foram calculadas dividindo-se o número de casos confirmados pelo número total de nascidos vivos no estado e multiplicando-se por 1.000.

As seguintes variáveis foram selecionadas e dispostas na forma de tabelas em número absoluto e relativo: escolaridade (analfabeta, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo, ignorado/em branco), faixa etária da gestante (0-14, 15-19, 20-39, 40-59), classificação clínica da sífilis em gestante (primária, secundária, terciária, latente, ignorado/em branco), teste não treponemo (reativo, não reativo, não realizado, ignorado/em branco), teste treponemo (reativo, não reativo, não realizado, ignorado/em branco), realização do pré-natal (sim, não, ignorado/em branco), diagnóstico de sífilis materna (durante o pré-natal, no momento do parto, após o parto, não realizado, ignorado/em branco), tratamento do parceiro (realizado, não realizado, ignorado/em branco), classificação final (sífilis congênita recente, sífilis congênita tardia, natimorto/aborto por sífilis, descartado), faixa etária (até 6 dias, 7 a 27 dias, 28 dias a < 1 ano) e evolução da sífilis congênita (vivo, óbito pelo agravo notificado, óbito por outra causa, ignorado/em branco).

A taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita foi calculada dividindo-se o número de óbitos por sífilis congênita pelo número total de nascidos vivos no estado e multiplicando-se por 100.000.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do DATASUS os casos registrados de sífilis na gestação foram de 4.074 casos no estado do Paraná, 2.765 casos em Santa Catarina e 6.200 casos no Rio Grande do Sul. Dando sequência para os casos de sífilis congênita obteve-se, nos anos de 2020 e 2021, 1.120 casos no Paraná, 749 em Santa Catarina e 2606 no Rio Grande do Sul.

No período de 2020 e 2021 para macrorregião sul foram encontrados por meio deste estudo 13.039 casos de sífilis na gestação (Tabela 1). No mesmo intervalo para sífilis congênita foram 4475 ocorrências. Em 2020 e 2021 a taxa de detecção de sífilis em gestantes para cada mil nascidos vivos foi de 19,13 e 9 para o Paraná, 19,26 e 9,12 para Santa Catarina, 31,83 e 16,38 para o Rio Grande do Sul. Já nos casos de sífilis congênita observou-se taxas de incidência para cada mil nascidos vivos de 5,01 e 2,82 para o Paraná, 4,99 e 2,69 para Santa Catarina, 12,38 e 7,93.

Tabela 1. Casos confirmados de sífilis gestacional e congênita por estado em 2020 e 2021.

Número de casos	Gestacional		Congenita	
	2020	2021	2020	2021
Estado				
Paraná	2799	1275	735	386
Santa Catarina	1886	879	489	260
Rio Grande do Sul	4162	2038	1619	987

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021

Em 2018 o Brasil teve seu maior pico de casos de sífilis gestacional com 63.250 ocorrências notificadas, já em 2019 e 2020 os casos começaram a decair gerando um decréscimo discreto de 2.86% em relação ao ano do ápice (RAMOS,2022).

Encontra-se uma grande queda de 52.51% do número de episódios no período entre 2020 e 2021. Uma das hipóteses para esse achado é a influência da pandemia de covid-19 no Brasil e no mundo em diversos aspectos tanto na saúde quanto sociais, comportamentais e econômicos. O medo causado pelo covid-19 e as medidas de isolamento social podem ter desencorajado os encontros sexuais entre a população levando a diminuição de infecções sexualmente transmissíveis (LATINI,2020). Um desses aspectos pressupõem a possibilidade de subnotificação devido ao adiamento e cancelamento de consultas e procedimentos médicos durante a pandemia por parte dos enfermos (TAM,2020).

O presente estudo demonstra que a taxa de incidência no Paraná e Santa Catarina se mantém abaixo da média nacional de 21,6 casos a cada mil nascidos vivos, porém o Rio Grande do Sul se encontra muito acima com taxa de incidência de 31,83 casos a cada mil nascidos vivos. Na comparação entre os estados o Rio Grande do Sul representa 52,18% a mais que o Paraná no número de casos de sífilis gestacional, mesmo tendo populações estimadas próximas, e 124,23% maior quando comparado ao número de casos de Santa Catarina no período de 2020 a 2021. Uma das hipóteses para tentar justificar esse achado é a educação, segundo o Ministério da Educação o estado do Rio Grande do Sul em 2021 exibiu um Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 6,0 enquanto o Paraná e Santa Catarina a obtiveram respectivamente índices 6,2 e 6,5 (BRASIL,2021).

Na sífilis gestacional verificou-se maior prevalência de escolaridade com ensino médio completo com 25,35% (n=1033) no Paraná e Santa Catarina com 26,65% (n=737). Já no Rio Grande do Sul encontrou-se predomínio de escolaridade ignorados ou em branco com 41,32% (n=2562) seguido de ensino médio completo com 16,45% (n=1020) dos casos.

Na sífilis congênita a escolaridade da mãe no Paraná predomina no nível de escolaridade da mãe ignorado ou em branco com 21,16% (n=237) seguido de ensino médio completo com 19,91% (n=223). Em Santa Catarina prevalece na maioria dos casos com escolaridade da mãe sendo ensino médio completo 26,16% (n=196). Rio Grande do Sul o nível de escolaridade da mãe foi ignorado ou em branco com 33,34% (n=869), seguido de ensino fundamental completo 20,56% (n=536).

Tabela 2. Casos de sífilis gestacional e congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo nível de educação da mãe em 2020 e 2021.

Escolaridade	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Gestacional						
Ign	525	244	405	208	1643	919
Analf	5	2	3	0	3	4
1ª a 4ª série	76	46	31	24	98	32
4ª série completa	68	37	40	24	71	36
5ª a 8ª série	480	216	309	136	620	253
fundamental comp	303	145	207	91	505	240
médio incompleto	481	213	303	133	403	184
médio completo	711	322	511	226	712	308
superior incompleto	82	31	34	18	56	34
superior completo	68	18	43	19	51	28
Congênita						
Ign	157	81	75	37	477	393
Analf	17	2	8	2	3	4
1ª a 4ª série	26	19	17	8	35	14
4ª série completa	19	9	12	13	17	10
5ª a 8ª série	135	71	104	41	249	107
fundamental comp	107	51	60	35	350	186
médio incompleto	103	59	56	45	125	74
médio completo	141	82	126	70	309	177
superior incompleto	8	8	17	4	23	13
superior completo	14	2	8	6	26	9

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Pesquisas semelhantes realizadas em Belo Horizonte e no estado do Rio Grande do Norte apontam que o perfil epidemiológico da gestante está relacionado com menores taxas de educação (NONATO,2015; CARVALHO,2014.). Alguns estudos semelhantes produzidos na capital de Tocantins e também na Bahia demonstram taxas extremamente menores de sífilis nas mães com ensino superior incompleto ou completo (CAVALCANTE,2017; SOARES,2021).

Porém na hipótese de que a educação seria o problema, a figura 1 demonstram que há um número muito maior de ignorados ou em branco nos dados que dizem

respeito ao Rio Grande do Sul, havendo assim um prejuízo na comparação com o estado do Paraná já que os dois estados apresentam uma similaridade de dados. Se o preenchimento dos dados fosse melhor conceituado possivelmente existiria um melhor esclarecimento da discrepância do número de casos. Deve-se ainda levar em conta outros aspectos que podem contribuir para essa diferença como hábitos culturais, religiosos, sociodemográficos e econômicos de cada população.

Os resultados representados na tabela 3 apontaram para uma maior incidência de sífilis gestacional nas mulheres jovens entre 20 e 39 anos de idade, dado correspondente a um estudo feito na Bahia em 2021(SOARES,2021). Sugerindo maior exposição desse grupo à doença, porém deve-se atentar ao segundo grupo mais exposto que representa a população adolescente pois diversos estudos apontam que gestantes adolescentes possuem ensino fundamental incompleto e que existe uma tendência no abandono escolar (QUEIROZ,2014; CAMINHA, 2012; MELO,2022.).

Tabela 3. Casos de sífilis gestacional no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo faixa etária da mãe em 2020 e 2021.

Faixa Etária	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
0-14	19	3	13	1	27	10
15-19	535	249	406	155	743	338
20-39	2185	998	1432	705	3303	1635
40-59	60	25	35	18	89	55

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Encontra-se maior prevalência da classificação clínica latente no Paraná e Santa Catarina com 42,99% (n=1742) e 41,98% (n=1161) respectivamente no período entre 2020 e 2021. Já no Rio Grande do Sul o predomínio é de ignorados ou em branco com 41,51% (n=2574) seguido de primária com 27,88% (n=1729) (Tabela 4).

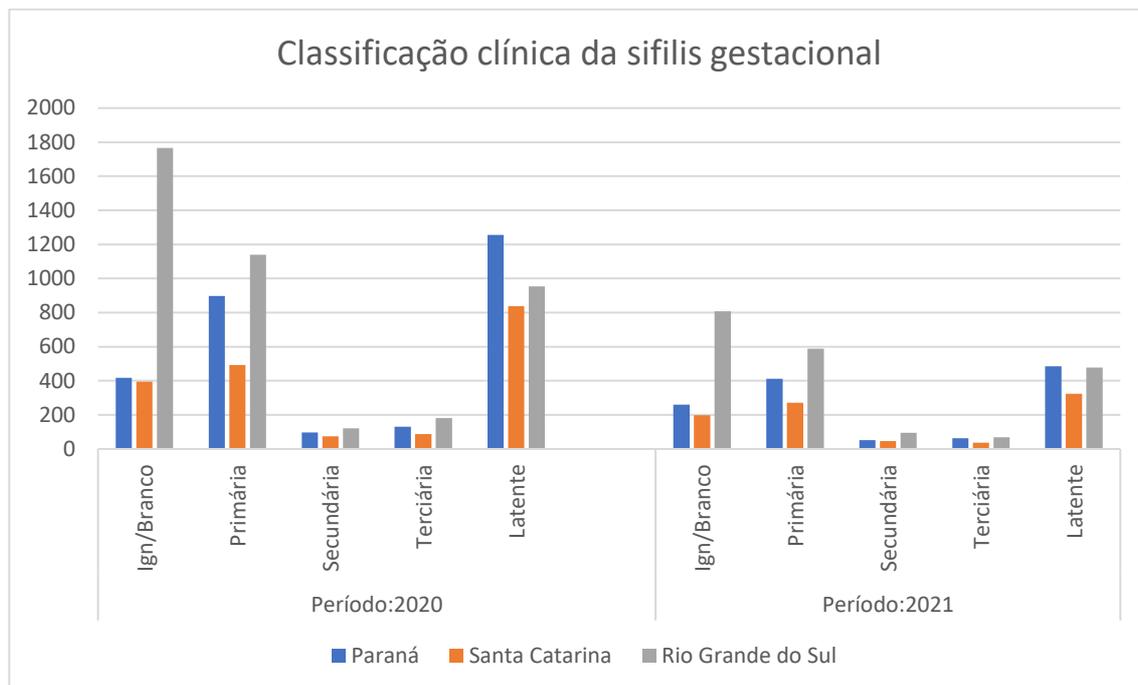
Tabela 4. Casos de sífilis gestacional no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo classificação clínica em 2020 e 2021.

Classificação Clínica	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ign/Branco	418	261	396	199	1766	808
Primária	898	412	492	272	1140	589
Secundária	97	52	74	47	122	95
Terciária	130	65	87	37	181	69
Latente	1256	486	837	324	953	477

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Sobre a classificação do diagnóstico da sífilis em gestantes (Figura 1) no Paraná e Santa Catarina houve maior ocorrência da classificação latente, contrariando outros estudos realizados em realizados em 2019 (BRASIL,2021; MASCHIO-LIMA,2019). Enquanto o estado do Rio Grande do Sul apresentou maior número de casos com ignorado ou em branco seguido de classificação primária com dados mais similares aos encontrados no estudo de Minas Gerais (AMORIM,2021). Segundo Ministério da Saúde é conhecido que a transmissão vertical ocorra mais nas fases primária e secundária devido ao número maior de treponemas circulando no sangue, mas havendo ainda a possibilidade de ocorrer em qualquer fase (BRASIL,2022).

Figura 1 – Número de casos por classificação clínica da sífilis gestacional por estado em 2020 e 2021.



Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Na região sul em 2020 num total de 8847 casos de sífilis gestacional 8,21%(n=1454) dos testes solicitados não foram realizados por algum motivo não especificado enquanto 2021 foram 4192 casos com 8.15%(n=8386) dos testes também não realizados (Tabela 5). O fluxo de diagnóstico estabelecido pelo ministério da saúde é um teste não treponemo para triagem inicial e seguindo com um teste treponemo para confirmação do diagnostico ou exclusão de falso positivo (BRASIL,2016). O ministério da saúde também preconiza o tratamento imediato das gestantes que apresentem apenas um teste reagente para sífilis, treponemo ou não treponemo. Os testes treponemos são: teste rápido, FTA-Abs, TPHA e EQL. Os testes não treponemos são VDRL e RPR(BRASIL,2022).

Tabela 5. Casos de sífilis gestacional no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo teste não treponemo e teste treponemo em 2020 e 2021.

Teste não treponemico	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ign/Branco	80	41	52	38	282	152
REATIVO	2237	1027	1556	711	3400	1656
NÃO REATIVO	280	109	50	32	161	56
NÃO REALIZADO	202	100	231	97	323	174
Teste treponemico						
Ign/Branco	46	23	50	18	313	182
REATIVO	2443	1102	1590	738	3413	1662
NÃO REATIVO	100	42	58	46	143	67
NÃO REALIZADO	210	110	191	76	297	127

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Com a não realização dos testes tanto treponemos quanto não treponemos percebe-se que a detecção e o tratamento claramente sofrem de importante prejuízo colaborando para o número de nascidos portadores de sífilis congênita e não cumprimento da meta de 95% de testagem em gestantes²². Um estudo publicado em 2018 que analisou a qualidade de atenção básica no Brasil fortalece essa hipótese já que identificou que na região sul apenas 1,2% das equipes da área contam com número adequado de testes rápidos para sífilis, HIV e gravidez (LUZ,2018).

Outro fator que colabora para o prejuízo da detecção da sífilis congênita é o “fenômeno Prozona” que ocorre nos testes não treponemas, como o teste rápido. Esse fenômeno ocorre em amostras que contenham quantidades de anticorpos e antígenos desproporcionais causando um resultado falso-negativo (NADAL,2007).

A meta da Organização mundial de saúde é de que pelo menos 95% das mulheres grávidas realizem o pré-natal (OMS,2015). Com os 3 estados somando 81,41% de realização de pré-natal a meta não foi alcançada no Sul (Tabela 6). Nesse estudo maior parte da detecção da sífilis materna, 68,78% (Tabela 6), se deu em sua maioria durante o pré-natal o que por si só re força a sua importância e necessidade de adesão.

Tabela 6. Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo realização do pré-natal e momento do diagnóstico da sífilis materna em 2020 e 2021.

Sífilis Congênita	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Realização Pré-Natal						
Ign/Branco	10	8	18	8	77	92
Sim	645	341	417	223	1325	782
Não	80	37	55	30	217	114
Diagnóstico Sífilis Materna						
Ign/Branco	8	8	15	7	60	142
Durante o pré-natal	538	273	329	168	1142	630
Durante o parto/curetagem	137	81	124	65	382	189
Após o parto	41	16	19	16	25	18
Não realizado	11	8	3	5	10	9

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Outra meta que não foi alcançada é do tratamento dos parceiros (Tabela 7) das gestantes preconizada em pelo menos 80% com o estado do Paraná sendo o mais distante dessa meta apresentando 64,73% dos parceiros não tratados, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado em Minas Gerais (AMORIM,2021).

Tabela 7. Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo tratamento do parceiro em 2020 e 2021.

Tratamento do Parceiro	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ign/Branco	111	59	155	86	537	397
Realizado	155	70	73	29	353	180
Não Realizado	469	257	262	145	729	411

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Segundo Ministério da Saúde o diagnóstico da sífilis congênita é mais difícil e necessita de exames mais complexos pois em sua maioria os casos são assintomáticos no momento do nascimento ou com sintomas discretos (BRASIL,2022). A classificação se dá em recente ou tardia e as manifestações da doença são observados até o segundo ano de vida (BORGES,2019). Neste estudo o diagnóstico se deu na sua maioria até os 6 dias de vida e com a classificação de sífilis congênita recente, semelhante aos resultados encontrados numa pesquisa realizada na Bahia (SOARES,2021). O restante classificado como sífilis tardia sugere que foram observados sintomas após o segundo ano de vida (Tabela 8).

Tabela 8. Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo classificação final e faixa etária em 2020 e 2021.

Classificação Final	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Sífilis Congênita Recente	701	359	460	242	1493	921
Sífilis Congênita Tardia	1	0	0	0	0	1
Natimorto/Aborto por Sífilis	21	13	13	10	90	57
Descartado	12	14	17	8	36	9
Faixa Etária						
até 6 dias	715	371	475	252	1576	947
7-27 dias	9	8	5	5	23	15
28 dias a <1 ano	10	7	9	3	20	25

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

Os casos de sífilis em sua maioria tiveram evolução clínica classificada como vivo (Tabela 9). Em 2020, segundo o Ministério da Saúde, o coeficiente de mortalidade infantil do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul permaneceram abaixo da média nacional que foi 6,5 mortes para cada 100.000 nascidos vivos segundo Ministério da Saúde, o que reforça a efetividade das estratégias empregadas por cada estado para combate da sífilis congênita quando comparado ao restante do Brasil (BRASIL,2021). Porém a taxa de 2021 não pode ser calculada nesse estudo por ser muito sensível devido aos poucos óbitos pela doença em comparação ao número de nascidos vivos e por apresentar número de ignorados ou em branco maior que o de óbitos pelo agravo notificado.

Tabela 9. Casos de sífilis congênita no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul segundo evolução clínica em 2020 e 2021.

Evolução	Paraná		Santa Catarina		Rio Grande do Sul	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ign/Branco	13	4	63	33	12	9
Vivo	676	351	1406	875	438	229
Óbito pelo agravo notificado	7	4	12	3	7	5
Óbito por outra causa	6	0	12	11	3	0

Fonte: TABNET/DATASUS, 2020 e 2021.

4 CONCLUSÃO

O Rio Grande do Sul foi o estado em que houve maior ocorrências de sífilis em gestante e congênita, em segundo lugar o Paraná e terceiro Santa Catarina. A sífilis em gestante foi predominante na faixa etária entre 20-39 anos e excluindo os dados ignorados ou em branco o predomínio foi de ensino médio completo. Já a sífilis congênita o predomínio da faixa etária foi de até 6 anos.

A taxa de incidência se manteve abaixo da média nacional nos estados do Paraná e Santa Catarina apontando uma eficácia nas estratégias de prevenção empregadas por esses estados. Porém o Rio Grande do Sul ficou acima da média nacional sendo necessário estratégias mais eficazes para resolução dessa enfermidade. Os testes para detecção não obtiveram total adesão das gestantes e não chegaram a meta de 95%. Houve divergência na classificação clínica das gestantes sendo Paraná e Santa Catarina latentes e no Rio Grande do Sul o predomínio de fase primária, após os ignorados ou em branco, o que aumenta a possibilidade de transmissão vertical e conseqüentemente a sífilis congênita.

Nos três estados as taxas de mortalidade infantil permaneceram abaixo da média nacional para sífilis congênita. Porém as metas propostas pela OMS para adesão ao pré-natal e tratamento dos parceiros das gestantes não foi alcançada na região sul.

Este trabalho apresentou limitações por ser passível de desvio devido ao incorreto preenchimento parcial ou total dos dados nos prontuários e também pelo período realizado no qual o mundo encontrava-se em meio a uma pandemia que afetou todo o sistema de saúde.

Considerando todos esses aspectos existe a necessidade de implementação de ações de educação em saúde sobre infecções sexualmente transmissíveis, aumento da adesão a assistência pré-natal e atenção primária, maior comprometimento do profissional de saúde para maior eficácia no preenchimento de informações no prontuário para o combate a sífilis em gestante e congênita.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, D. Foundations of infectious diseases: a public health perspective. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2021.

AMORIM, E. K. R. et al. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 4, 2021.

BORGES, I. C. C.; MACHADO, C. J. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP. Coordenadoria de Controle de Doença, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Guia de bolso para o manejo de sífilis em gestante e sífilis congênita. 2a Edição. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 4367–4368, nov. 2019.

CARVALHO, I. DA S.; BRITO, R. S. DE. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 2, p. 287–294, jun. 2014.

CAVALCANTE, P. A. DE M.; PEREIRA, R. B. DE L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014 *. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 255–264, 2017.

CAMINHA, N. DE O. et al. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. *Escola Anna Nery*, v. 16, n. 3, p. 486–492, set. 2012.

ELIMINAÇÃO MUNDIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA: FUNDAMENTO LÓGICO E ESTRATÉGIA PARA ACÇÃO. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

LATINI, A. et al. Is COVID-19 affecting the epidemiology of STIs? The experience of syphilis in Rome. *Sexually Transmitted Infections*, 26 jul. 2020.

LUZ, L. A. DA; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe2, p. 111–126, out. 2018.

MASCHIO-LIMA, T. et al. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, n. 4, p. 865–872, dez. 2019.

MCANINCH, J.; LUE, T. **Urologia Geral de Smith e Tanagho**. 18ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MELO, M. M. DE; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. DA. Fatores que influenciam a adesão de gestantes adolescentes às práticas recomendadas na assistência pré-natal. *Cadernos Saúde Coletiva*, 29 jul. 2022.

Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016 [acesso em 18 out 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.

Ministério da Saúde (BR) 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. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016 [acesso em 11 out 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf

NADAL, S. R.; FRAMIL, V. M. DE S. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 27, p. 479–482, 1 dez. 2007.

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. [s.l.] Organización Mundial de la Salud, 2015.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Profile of pregnancy in adolescence and related clinical-obstetric occurrences. *Rev Rene*, v. 15, n. 3, 20 jun. 2014.

RamosA. M.; RamosT. J. M.; Costal. L. de O. F.; ReisA. P. O.; LimaS. B. de A.; PaivaD. S. de B. S. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9541, 21 jan. 2022.

Resultados. Disponível em: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/ideb/resultados>>.

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Boletim Epidemiológico. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf>.

Sesa debate metas e desafios para o controle da sífilis no Paraná. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Sesa-debate-metas-e-desafios-para-o-controle-da-sifilis-no-Parana>>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 4, 2021.

TAM, C.-C. F. et al. Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak on ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction Care in Hong Kong, China. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, v. 13, n. 4, abr. 2020.

