

Análise da incidência de sífilis congênita no estado da Paraíba entre 2018 e 2022

Analysis of the incidence of congenital syphilis in the state of Paraíba between 2018 and 2022

Rafael Isaque Lira do Nascimento¹
José Ferreira Lima Júnior²

Resumo

Introdução: Sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória de relevância no cenário brasileiro e mundial. Tal agravo representa risco de abortamento, óbito intrauterino e natimortalidade, devendo ser rastreado de forma ativa em nível de Atenção Primária à Saúde e tratado de forma eficaz a partir do diagnóstico. **Objetivo:** O presente estudo objetivou analisar a incidência da sífilis congênita na Paraíba, entre 2018 e 2022, bem como investigar variações da incidência entre as três Macrorregiões de Saúde e identificar o perfil sociodemográfico dos casos confirmados. **Método:** Tratou-se de um estudo ecológico, retrospectivo, observacional, de base populacional e de abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informações de Agravos (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a partir da base de dados da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Resultados:** Observou-se, no estado, que a incidência por 1.000 nascidos vivos variou entre 6,28 e 7,78. Na Macrorregião do Sertão / Alto Sertão, a incidência média foi de 3,7 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo uma incidência mais baixa que no estado, enquanto as maiores Macrorregiões de Saúde apresentaram incidência mais elevada, 8,12 na Macrorregião de João Pessoa e 7,16 na de Campina Grande. A incidência foi elevada nos municípios de João Pessoa, Campina Grande e Patos, 17,59; 17,4 e 17,27, respectivamente, o que pode refletir uma maior capacidade na identificação dos casos nos municípios sede das Macrorregiões de Saúde, mas evidencia um cenário desafiador em se tratando de esforços para eliminação do agravo. Quanto ao perfil sociodemográfico, a maior parte dos casos (33,23%) ocorreu em mulheres com idade entre 20 e 24 anos, com ensino fundamental incompleto (24,48%) e o caso classificado como sífilis congênita precoce, com diagnóstico antes dos dois anos de idade da criança (91,72%). A maior parte das genitoras que transmitiram sífilis para o feto ou para o bebê realizou pré-natal, mas não foi realizado tratamento do parceiro sexual. **Conclusão:** Logo, os achados do estudo estão de acordo com aqueles da literatura científica. Destaca-se que mais esforços são necessários para arrefecer a incidência da sífilis congênita e futuramente cogitar sua superação e eliminação.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Atenção primária à saúde; Incidência.

¹ Discente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

² Doutor em Biotecnologia em Saúde; Docente da Escola de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *Campus* Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

RPI

Abstract

Introduction: Congenital syphilis is a compulsorily notifiable disease of relevance in the Brazilian and global scenario. This condition represents a risk of miscarriage, intrauterine death and stillbirth, and must be actively tracked at the Primary Health Care level and treated effectively upon diagnosis. **Objective:** The present study aimed to analyze the incidence of congenital syphilis in Paraíba, between 2018 and 2022, as well as investigate variations in incidence between the three Health Macroregions and identify the sociodemographic profile of cases. **Method:** This was an ecological, retrospective, observational, population-based study with a quantitative approach. The data were obtained from the *Sistema de Informações de Agravos* (SINAN) and the *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos* (SINASC), from the platform database of the *Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde* (DATASUS). **Results:** It was observed, in the state, that the incidence per 1,000 live births varied between 6.28 and 7.78. In the Sertão / Alto Sertão Macroregion, the average incidence was 3.7 cases per 1,000 live births, a lower incidence than in the state, while the largest Health Macroregions had a higher incidence, 8.12 in the João Pessoa Macroregion and 7.16 in the Campina Grande's. The incidence was high in the municipalities of João Pessoa, Campina Grande and Patos, 17.59; 17.4 and 17.27, respectively, which may reflect a greater capacity to identify cases in the municipalities that host the Health Macroregions, but highlights a challenging scenario when it comes to efforts to eliminate the problem. Regarding the sociodemographic profile, most cases (33.23%) occurred in women aged between 20 and 24 years, with incomplete primary education (24.48%) and the case classified as early congenital syphilis, diagnosed before the two years of age of the child (91.72%). Most mothers who transmitted syphilis to the fetus or baby received prenatal care, but the sexual partner was not treated. **Conclusion:** Therefore, the study findings are in line with those in the scientific literature. It is noteworthy that more efforts are needed to reduce the incidence of congenital syphilis and in the future consider its overcoming and elimination.

Keywords: Congenital syphilis; Primary health care; Incidence.

Introdução

Sífilis é uma infecção bacteriana, sistêmica e de evolução crônica, transmitida por via sexual, materno-fetal e, ocasionalmente, por via transfusional. O ser humano é o único hospedeiro natural, transmissor e reservatório da doença. A doença é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta gram-negativa, de respiração anaeróbica facultativa, bastante sensível à temperatura e umidade (Motta *et al.*, 2018).

A sífilis congênita se dá quando ocorre a transmissão do *T. pallidum* para o feto, por via transplacentária ou pelo canal vaginal na hora do parto. O estudo sobre o assunto é de extrema importância, pois este é um agravo de notificação compulsória, o qual pode ocasionar malformações fetais, aborto, natimortalidade, mortalidade neonatal e outras complicações em curto e longo prazo para o recém-nascido (Brasil, 2021).

RPI

Nesse sentido, a compreensão sobre a distribuição ao longo do tempo e do espaço, e a identificação de fatores de risco sociodemográficos permitem avaliar impactos das ações em saúde já implementadas, bem como planejar novas intervenções para mitigação do agravo (Freire; Pattusi, 2018).

A prevenção da sífilis congênita perpassa por toda a conjuntura de saúde. A gestante precisa ter acesso à assistência pré-natal; a Atenção Primária à Saúde (APS) precisa receber insumos, entre os quais os testes rápidos para diagnóstico e penicilina benzatina para tratamento das gestantes infectadas; os profissionais de saúde precisam realizar o manejo correto da sífilis em gestantes, bem como ativamente realizar o tratamento das parcerias sexuais da mulher; as maternidades precisam realizar os testes rápidos à admissão da gestante para o parto (Nogueira; Carmo; Nonato, 2021).

Além disso, objetivando reduzir impactos a longo prazo para bebê, as maternidades precisam realizar o tratamento correto da sífilis no recém-nascido, e a APS precisa realizar o seguimento no período preconizado pelo Ministério da Saúde, mesmo nos casos em que o neonatologista confirme cicatriz sorológica (Domingues, 2021).

Nesse sentido, objetivou-se analisar a incidência dos casos de sífilis congênita notificados no estado da Paraíba no período de 2018 a 2022, bem como compará-la entre as macrorregiões da Paraíba, identificando o perfil sociodemográfico dos casos de sífilis congênita no estado.

Método

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, observacional, de base populacional e de abordagem quantitativa. A fonte dos dados foi o Sistema de Informações de Agravos (SINAN), bem como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para obtenção da incidência do agravo por 1.000 nascidos vivos (NV). Os dados utilizados foram os disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O SINAN foi criado com o objetivo de processar dados secundários sobre agravos de notificação em todo o Brasil, para fornecer informações para análise do perfil de morbidade e contribuir para tomada de decisões em níveis municipal, estadual e federal (Brasil, 2016).

RPI

Esse tipo de estudo usa dados sobre populações inteiras ou grupos de pessoas, a fim de comparar a frequência de determinada doença ou seus impactos sobre uma população em determinado espaço de tempo. Esses estudos permitem obter respostas rápidas, sendo úteis para a formulação de hipóteses, mas não para testá-las, devido às suas limitações. Apesar disso, são eficazes para planejar ações em saúde pública (Freire; Pattussi, 2018).

O presente trabalho tem como área de estudo a Unidade Federativa da Paraíba. O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB), por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), divide o estado em 16 Regiões de Saúde (Paraíba, 2018). Além disso, para fins de planejamento regional, foi criada a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba (Figura 1), na resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, sendo dividido o estado em três Macrorregiões de Saúde (Paraíba, 2020):

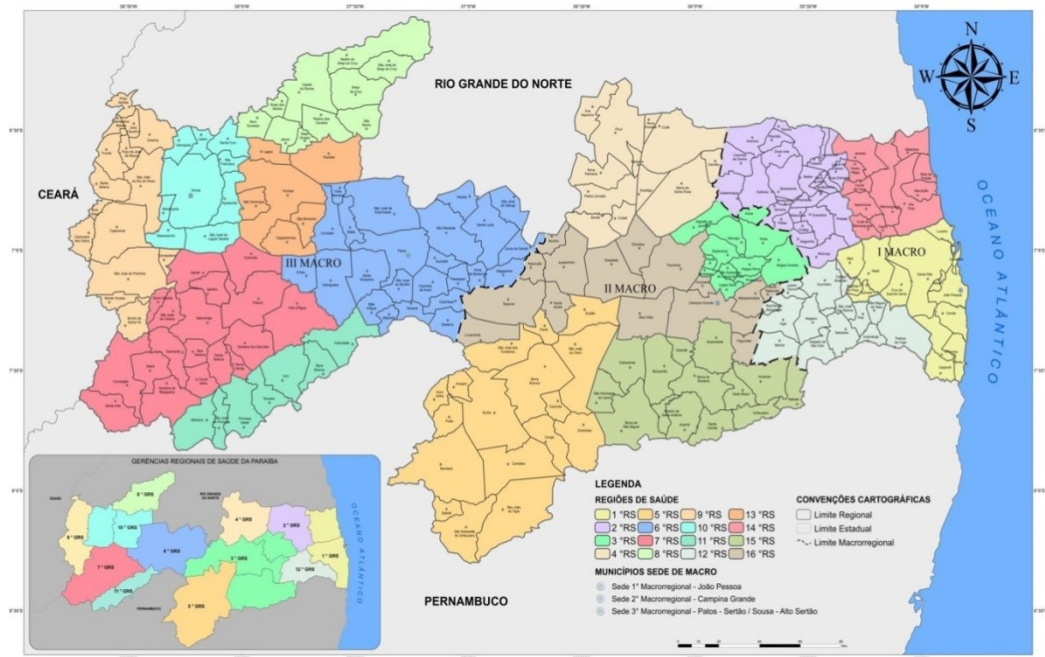
1ª Macrorregião de Saúde (1ª MRS): tem como município sede a Capital do estado, João Pessoa, e abrange quatro Regiões de Saúde;

2ª Macrorregião de Saúde (2ª MRS): conta com Campina Grande como município sede e abrange cinco Regiões de Saúde;

3ª Macrorregião de Saúde (3ª MRS): Patos é o município sede no Sertão Paraibano, e Sousa, no Alto Sertão. Tem abrangência de sete Regiões de Saúde.

RPI

Figura 1– Mapa do estado da Paraíba, segundo as três Macrorregiões de Saúde. Cajazeiras/PB, 2024.



Fonte: <https://cosemspb.org/cir/>, 2018.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o estado da Paraíba possui 3.974.687 habitantes, sendo a 13ª Unidade Federativa mais habitada no País. O estado possui quatro municípios com mais de 100 mil habitantes (IBGE, 2022):

1. João pessoa, a capital, possui 833.932 habitantes;
2. Campina Grande conta com 419.379 habitantes;
3. Santa Rita tem 149.910 habitantes;
4. Patos tem 103.165 habitantes.

Cajazeiras ocupa a oitava colocação em número de habitantes, com 63.239 pessoas (Bartolo, 2022).

A pesquisa buscou analisar as notificações de sífilis congênita no estado, considerando sua frequência na Paraíba, bem como sua distribuição nas Macrorregiões de Saúde e nos municípios com mais de 100.000 habitantes entre 2018 e 2022. A escolha desse recorte temporal se justifica por serem os últimos cinco anos com dados disponíveis em sua totalidade no DATASUS, o qual atualizou dados do SINAN em fevereiro de 2024, mas não incluiu todos os casos de 2023. Para o detalhamento do perfil epidemiológico, foram analisadas as variáveis:

RPI

faixa etária materna, escolaridade materna, realização de pré-natal, tratamento do parceiro e classificação final.

Foram consideradas válidas duas casas decimais, além de ter sido adotado o critério de arredondamento de casa centesimal cuja casa anterior fosse maior que cinco. Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2016, a partir disso, foram produzidas as tabelas no programa Microsoft Word 2016.

A fórmula para cálculo da **incidência** foi a seguinte:

$$\frac{\text{Total de casos confirmados na área e no intervalo de tempo} \times 1000}{\text{Total de nascidos vivos na área e no intervalo de tempo}} \quad (1)$$

O presente estudo não possui subsídios para análise da **prevalência** de sífilis congênita, pois todos os casos confirmados no SINAN são incluídos como registros novos no DATASUS, e não como casos ativos.

Além disso, sífilis congênita é um agravo cujo tratamento dura 10 dias. O seguimento dos casos, ao nível da atenção primária, geralmente identifica a “cicatriz sorológica” em teste laboratorial não treponêmico (VDRL), que não deve ser confundida com caso ativo, e deve se resolver no prazo de 6 a 18 meses, sem necessidade de intervenção (Amaral; Motta, 2022).

Conforme estabelecido na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo não necessitou de aprovação de comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que foram utilizados dados secundários, que são públicos e disponibilizados no DATASUS. A identidade dos pacientes é mantida em anonimato pela plataforma, não havendo necessidade de consentimento individual para uso dos dados.

Resultados

Entre 2018 e 2022, foram registrados 1932 casos de sífilis congênita no estado da Paraíba. Isso representa 5,21% dos casos da Região Nordeste, a qual registrou 37.103 casos na mesma série temporal do estudo. No mesmo período, o estado apresentou incidência média de 6,87 casos por 1.000 nascidos vivos (NV).

Ao se analisar por Macrorregião de Saúde, a incidência foi mais elevada que na Unidade Federativa na 1ª MRS, onde houve incidência média de 8,12 novos registros por 1.000

RPI

NV, tendo concentrado 59,96% dos casos entre as Macrorregiões, e na 2ª MRS, com 7,16 casos notificados por 1.000 NV, e concentração de 29,54% dos casos entre as Macrorregiões. Na 3ª MRS, a incidência foi, em média, mais baixa que no estado, tendo apresentado 3,37 registros por 1.000 NV, e concentrou 10,5% dos casos.

Esse cenário mostra uma concentração dos casos nas maiores Macrorregiões de Saúde, os quais são locais com redes de Saúde mais bem estruturados, com maior capacidade de identificação dos casos.

Nos municípios com mais de 100.000 habitantes, a incidência foi substancialmente mais elevada nos municípios sede das Macrorregiões de Saúde. João Pessoa, que é a capital do estado e sede da 1ª MRS, concentrou 52,59% do total de casos no estado, e a incidência da sífilis congênita por 1.000 NV, nos 5 anos do estudo, foi de 17,59. Campina Grande, sede da 2ª MRS, concentrou 37,28% dos casos no estado e apresentou incidência de 17,4 no período do estudo. Patos, que é a sede da 3ª MRS, concentrou 6,47% dos casos no estado e apresentou também alta incidência média, 17,27.

O município de Santa Rita, que não é sede de Macrorregião de Saúde, concentrou 2,38% dos casos no estado e teve incidência da sífilis congênita de 4,06 casos por 1.000 NV.

A interpretação dos valores de incidência, em termos de alta ou baixa e metas para superação do agravo, será discutida na sessão de Discussão. A **Tabela 1** sumariza a distribuição dos casos, o número de nascidos vivos e a incidência por área de estudo.

RPI

Tabela 1 - Distribuição de casos confirmados, nascidos vivos e incidência por 1.000 nascidos vivos, em frequência absoluta e relativa, na Paraíba, nas Macrorregiões de Saúde e nos municípios com mais de 100.000 habitantes. Cajazeiras/PB, 2024

Área	Variável	Ano					Total	FR (%)
		2018	2019	2020	2021	2022		
Estado								
Paraíba	Casos	394	364	354	436	384	1932	100
	NV	60.205	57.701	56.379	56.049	50.892	281.226	100
	Incidência	6,54	6,31	6,28	7,78	7,54	6,87	100
Macrorregião								
1ª MRS	Casos	246	199	196	244	268	1153	59,96
	NV	30.400	29.288	28.343	28.366	25.593	141.990	50,49
	Incidência	8,09	6,79	6,91	8,6	10,47	8,12	43,54
2ª MRS	Casos	111	129	112	140	76	568	29,54
	NV	16.930	16.305	15.935	15.667	14.453	79.290	28,19
	Incidência	6,56	7,91	7,03	8,94	5,26	7,16	38,39
3ª MRS	Casos	37	34	44	51	36	202	10,50
	NV	12.873	12.108	12.101	12.011	10.846	59.939	21,32
	Incidência	2,87	2,81	3,64	4,25	3,32	3,37	18,07
Município								
João Pessoa	Casos	234	189	164	219	210	1016	52,59
	NV	12.404	12.091	11.409	11.126	10.727	57.757	54,17
	Incidência	18,86	15,63	14,37	19,68	19,58	17,59	31,23
Campina Grande	Casos	99	115	107	135	71	527	37,28
	NV	6.587	6.104	6.035	5.950	5.618	30.294	28,42
	Incidência	15,03	18,84	17,73	22,69	12,64	17,40	30,90
Santa Rita	Casos	2	5	15	8	16	46	2,38
	NV	2.502	2305	2.297	2.275	1.948	11.327	10,62
	Incidência	0,80	2,17	6,53	3,52	8,21	4,06	7,21
Patos	Casos	21	15	29	36	24	125	6,47
	NV	1.635	1.497	1.422	1.403	1.280	7.237	6,79
	Incidência	12,84	10,02	20,39	25,66	18,75	17,27	30,66

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

1ª MRS: Macrorregião de Saúde de João Pessoa / 2ª MRS: Macrorregião de Saúde de Campina Grande / 3ª MRS: Macrorregião de Saúde do Sertão e Alto Sertão.

NV: Nascidos vivos.

Em relação aos fatores sociodemográficos (Tabela 2), a maior incidência dos casos ocorreu na faixa etária materna de 20 a 24 anos, tendo concentrado 33,23% dos registros.

RPI

Quanto à escolaridade materna, mulheres com Ensino Fundamental II incompleto concentraram a maior parte dos registros, 24,48%, enquanto mulheres com Ensino Superior completo, a menor, 0,78%. Quanto à classificação final, é mais comum que o diagnóstico seja realizado antes dos dois anos de idade da criança, sendo classificado como sífilis congênita precoce, tendo representado uma frequência de 91,72% dos registros.

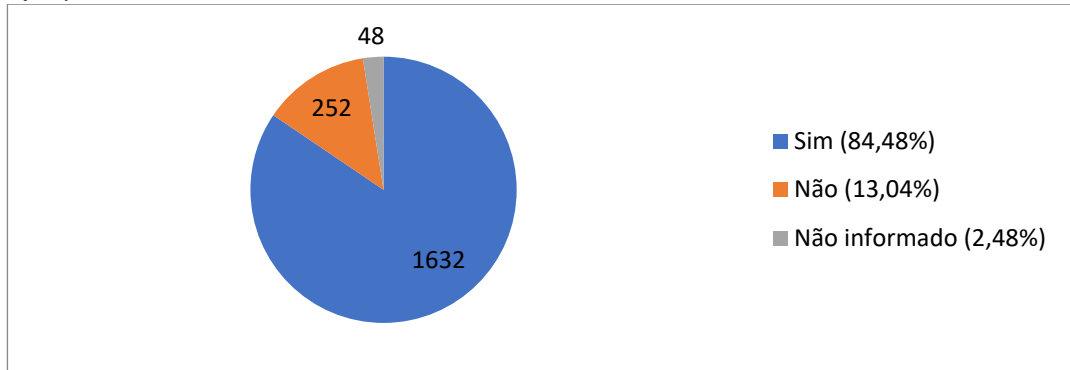
Tabela 2 - Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita, em números absolutos, quanto à faixa etária materna, escolaridade materna, momento do diagnóstico e classificação final dos casos. Cajazeiras/PB, 2024

Variável	Casos confirmados	Percentual dos casos (%)
Faixa etária materna (anos)		
10-14	21	1,09
15-19	459	23,76
20-24	642	33,23
25-29	393	20,34
30-34	238	12,32
35-39	103	5,33
> 40	42	2,17
Não informado	34	1,76
Escolaridade materna		
Analfabeta	20	1,03
Ensino Fundamental I incompleto	88	4,55
Ensino Fundamental I completo	106	5,49
Ensino Fundamental II incompleto	473	24,48
Ensino Fundamental II completo	274	14,18
Ensino Médio incompleto	177	9,16
Ensino Médio completo	296	15,32
Ensino Superior incompleto	16	0,83
Ensino Superior completo	15	0,78
Não informado	467	24,18
Classificação final		
Sífilis congênita recente	1772	91,72
Sífilis congênita tardia	2	0,1
Natimorto / aborto por Sífilis	81	4,19
Caso descartado	77	3,99

Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).

Quanto à realização de pré-natal, a maior parte dos casos de transmissão vertical da sífilis ocorreu a despeito da realização das consultas, o que ocorreu em 84,48% dos casos (Gráfico 1).

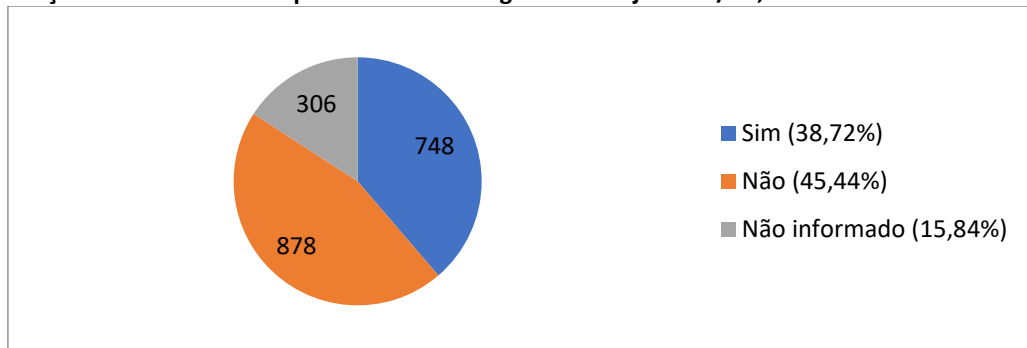
Gráfico 1 - Distribuição dos casos de sífilis congênita, entre 2018 e 2022, segundo realização de pré-natal. Cajazeiras/PB, 2024



Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).

Em relação ao tratamento do parceiro sexual da genitora, este não foi realizado na maior parcela dos casos, em 45,44% deles. Em 38,72% dos casos foi realizado o tratamento e em 15,84% deles não se tem informações (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Representação em gráfico de pizza da distribuição dos casos de sífilis congênita, entre 2018 e 2022, quanto à realização do tratamento da parceria sexual da genitora. Cajazeiras/PB, 2024



Fonte: Adaptado do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN).

Discussão

O presente estudo evidenciou uma taxa de incidência não tão alta no estado, mas percebe-se concentração dos casos nas principais Macrorregiões de Saúde e, principalmente, nos municípios sede dessas Macrorregiões. Quanto ao perfil sociodemográfico, percebeu-se que os casos estão de acordo com a literatura atualmente disponível sobre o assunto, estando os casos concentrados em filhos de mulheres jovens, com ensino fundamental incompleto e os casos sendo classificados, sobretudo, como sífilis congênita precoce.

O Ministério da Saúde adotou o “Selo de Boas Práticas”, criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, com metas de superação da doença para estados e

RPI

municípios com mais de 100.000 habitantes e que se encontram rumo à eliminação da transmissão vertical da sífilis, com metas alcançadas por pelo menos 1 ano. Essa classificação pode ser útil na interpretação de dados sobre a incidência do agravo no presente estudo. A categorização e suas metas de impacto se distribuem da seguinte forma (Brasil, 2021):

1. Ouro: incidência menor ou igual a 2,5 casos por 1.000 nascidos vivos.
2. Prata: incidência menor ou igual a 5 casos por 1.000 nascidos vivos e
3. Bronze: incidência menor ou igual a 7,5 casos por 1.000 nascidos vivos;

O estado da Paraíba esteve na categoria “bronze” entre 2018 e 2020, mas estava fora das metas de impacto em 2021 e 2022. O cenário de incidência mais atual do estudo pode indicar uma elevação da incidência da doença nos últimos anos.

Quanto às Macrorregiões de Saúde, quando analisadas quanto à incidência média, a 1ª MRS estava fora das metas de impacto, a 2ª MRS apresentou classificação “bronze”, enquanto a 3ª MRS, “prata”.

Quanto aos municípios com mais de 100.000 habitantes, João Pessoa, Campina Grande e Patos apresentaram taxa de incidência elevada, concentrando os casos nos municípios sede das Macrorregiões de Saúde. Santa Rita, que não é sede de Macrorregião, apresentou classificação “prata” quanto às metas de impacto do Ministério da Saúde.

Esse cenário pode apontar para subnotificação dos casos no estado. Embora haja esforços para escoamento dos testes rápidos e penicilina benzatina pelo estado, é possível que a rede de saúde, principalmente quanto à distribuição dos métodos para diagnóstico e ao planejamento de ações em saúde para rastreamento do agravo, estejam se concentrando no principal município de cada Macrorregião de Saúde.

Tal cenário também pode evidenciar um contexto desafiador em relação ao combate da sífilis congênita, em virtude de alta taxa de incidência, evidenciando que mais esforços são necessários para que se tenha impacto no combate da doença. Dados dos últimos 10 anos confirmam que houve aumento da incidência de sífilis em nascidos vivos no Brasil, caracterizando um estado de epidemia, justificado por aumento no número de testes, em contraponto à redução do uso de preservativos, ao desabastecimento mundial de penicilina e à resistência médica à administração de penicilina G benzatina na atenção primária (Motta *et al.*, 2018).

RPI

O diagnóstico da sífilis congênita deve ser realizado por meio da avaliação tanto do prontuário da gestante, quanto dos testes treponêmicos (rápidos) e não treponêmicos (exemplo: VDRL) realizados ao nascimento, simultaneamente, na mãe e no recém-nascido (Domingues *et al.*, 2021).

Para descartar o caso, a gestante, no pré-natal, deve ter sido tratada adequadamente com penicilina, na dose e nos intervalos preconizados para cada estágio da doença, num período superior a 30 dias antes do parto. Caso o tratamento seja considerado inadequado ou insuficiente, ou o recém nascido se apresente sintomático, devem-se realizar os testes simultâneos, além investigação complementar para neurosífilis e o tratamento do recém-nascido (Amaral; Motta, 2022).

O tratamento é considerado adequado para sífilis gestacional quando é utilizada a penicilina G benzatina, na dose de 2,4 milhões de unidades intramuscular, em dose única, quando há classificação de sífilis recente; e na dose de 2,4 milhões de unidades intramuscular, 1 dose por semana, por 3 semanas, quando há classificação de sífilis tardia. O seguimento dos casos nas gestantes deve ser feito com teste não treponêmico mensal. Por classificação, um só teste treponêmico ou não treponêmico reagente é critério diagnóstico da doença (Nogueira; Carmo; Nonato, 2021).

A sífilis congênita é um agravo tratável, devendo-se utilizar penicilina cristalina ou G procaína, por via intravenosa ou intramuscular, por 10 dias, ou penicilina G benzatina, por via intramuscular, em dose única (Schmidt; Zacharias, 2021).

No período neonatal, na presença de tratamento não adequado da mãe ou na presença de alterações clínicas e/ou sorológicas no recém-nascido, o tratamento deve ocorrer com doses diárias de penicilina procaína por via intramuscular, ou a cada 12 horas de penicilina cristalina por via endovenosa, ambas na dose de 50 mil UI/kg por aplicação, durante 10 dias. Na presença de neurosífilis, é mandatório o uso de penicilina cristalina, a cada 12 horas se a criança tem menos de uma semana de vida, e a cada 8 horas se ela tem mais de uma semana de vida (Nogueira; Carmo; Nonato, 2021).

O acesso inadequado aos serviços de saúde, como em áreas onde estes são limitados, fazendo as gestantes não terem acesso aos cuidados pré-natais, como triagem, teste rápido e

RPI

tratamento para sífilis na gestação é um dos principais fatores relacionados com a persistência do agravo (Gazeta; Pereira, 2023).

As complicações e manifestações clínicas mais comuns são o aborto ou óbito fetal, natimortalidade, mortalidade neonatal, mortalidade pós-natal, prematuridade e baixo peso ao nascer. (Rocha *et al.*, 2021).

A falta de conscientização a respeito da necessidade das consultas pré-natais, bem como o desconhecimento sobre sífilis, suas formas de transmissão e a importância do tratamento durante a gravidez faz muitas mulheres não procurarem ajuda médica para que possam seguir os protocolos de tratamento recomendados (Domingues *et al.*, 2021).

Corroboram com essa informação os dados que relacionam sífilis congênita com os níveis socioeconômicos mais baixos e com a mais baixa escolaridade materna, pois esses fatores, de fato, aumentam a rigidez da mulher à frequência aos serviços de saúde. Além disso, a característica da sífilis congênita de se apresentar muitas vezes de forma assintomática gera uma tranquilidade às famílias, dificultando o tratamento imediato, o que faz o diagnóstico ocorrer tardiamente e impossibilita o seguimento dos casos de exposição à sífilis (Amaral, Motta, 2022).

Outro fator relacionado com a persistência da doença é a condução inadequada do pré-natal, o que pode acontecer quando há anamnese mal realizada, fazendo com que sinais e sintomas de sífilis materna passem despercebidos; interpretação errada das titulações das sorologias realizadas na gestação, gerando confusão entre infecção ativa e cicatriz sorológica; a não realização dos testes rápidos nos períodos preconizados, e a ideia de que é dispensável o tratamento das parcerias sexuais das gestantes com sífilis (Motta *et al.*, 2018).

Em toda consulta de pré-natal da gestante que apresenta teste rápido e/ou não treponêmico reagentes para sífilis, o médico assistente deve lembrar que a falta de tratamento da sífilis gestacional é a principal oportunidade perdida para prevenção da sífilis congênita. Deve lembrar também que todo teste reagente para sífilis é definidor de caso, sendo mandatório o tratamento da gestante (Rocha *et al.*, 2021).

Ressalta-se que o tratamento do parceiro sexual não é considerado, pelo Ministério da Saúde, como critério epidemiológico de definição de caso de sífilis congênita, embora seja imprescindível que ocorra, objetivando inibir a reinfecção. Cerca de um terço de parcerias

RPI

sexuais infectadas pelo *Treponema pallidum* apresentam sinais de infecção dentro de 30 dias da exposição e precisam receber avaliação clínica e seguimento laboratorial em até 90 dias, devendo-se fornecer tratamento presuntivo, independente do estagiamento da doença ou da presença de sintomas (Brasil, 2022).

Sem que isso ocorra, haverá persistência da doença entre os parceiros sexuais, pois o tratamento não gera imunidade, podendo haver reinfecção tantas vezes quanto haja contato com o agente etiológico. Além disso, é importante mencionar que a sífilis adquirida durante a gestação aumenta o risco de transmissão para o feto, uma vez que a taxa de transmissão vertical é substancialmente maior durante a sífilis primária e secundária. Desse modo, a persistência de reinfecções entre parceiros sexuais eleva muito o risco da transmissão vertical (Domingues *et al.*, 2021).

O seguimento dos casos de sífilis congênita, na puericultura, é crucial e deve ocorrer por meio de testes não treponêmicos seriados, na primeira semana de vida, no primeiro, segundo, quarto, sexto, nono, décimo segundo e décimo oitavo meses de vida (Brasil, 2022).

As titulações em testes laboratoriais não treponêmicos persistem em forma de “cicatriz sorológica”, mas tendem a declinar aos três meses de idade, devendo ser negativas em até 18 meses de vida, tanto nos casos de criança exposta à sífilis quanto nos casos de criança tratada adequadamente (Motta *et al.*, 2018).

A presença de sintomas; a ausência de queda nos títulos em até 6 meses após tratamento adequado para sífilis recente; ou o aumento das titulações entre dois testes seguidos são critérios que justificam o retratamento da criança. A dose e os intervalos entre as doses devem ser realizadas conforme o estágio da doença (Domingues *et al.*, 2021).

Na presença de duas titulações seguidas com teste não reagente, o seguimento deve ser interrompido, enquanto a ausência de negatificação do teste não treponêmico aos 18 meses de vida justifica a reinvestigação do caso e o retratamento da criança. Aos 18 meses de vida, deve-se também realizar teste treponêmico para fechamento do caso (Nogueira; Carmo; Nonato, 2021).

Quanto à classificação dos casos, as manifestações precoces mais frequentes são hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, rinite serossanguinolenta, pênfigo palmo-plantar, linfadenopatia, febre e sofrimento respiratório. As manifestações tardias mais frequentes são

RPI

as alterações músculo-esqueléticas: os dentes de Hutchinson, molares em amora, fronte olímpica e tibia em sabre; além da ceratite intersticial e surdez neurológica (Rocha *et al.*, 2021).

Há ainda fatores de risco intrínsecos ao fator social citados na literatura atualmente disponível, como ausência de trabalho remunerado, mãe solteira, cor negra ou parda, início tardio do pré-natal e menos de seis consultas de pré-natal. Há também fatores relacionados à exposição à sífilis, como pais usuários de crack, presença de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez anterior e sífilis gestacional em gestação anterior (Motta *et al.*, 2018).

Considerações Finais

O estado apresenta incidência elevada do agravo nos municípios sede das Macrorregiões de Saúde. Embora sejam locais com maior capacidade de identificação dos casos, eles evidenciam uma incidência exacerbada de sífilis congênita, apontando para um cenário epidemiológico preocupante na Paraíba. Nesse sentido, a incidência total mais baixa no estado sugere subnotificação dos casos em outros municípios, mostrando que a Paraíba ainda necessita envidar maiores esforços para a eliminação da transmissão vertical da sífilis.

Quanto ao perfil sociodemográfico, a maior parte dos diagnósticos ocorreu com mulheres em idade entre 20 e 24 anos, com ensino fundamental incompleto, tendo o diagnóstico sido realizado no pré-natal e o caso classificado como sífilis congênita com diagnóstico antes dos dois anos de idade da criança. A maior parte das genitoras que transmitiram sífilis para a prole realizou pré-natal, mas não foi realizado tratamento do parceiro sexual. Esses achados são compatíveis com a literatura disponível sobre o assunto.

Para superação dos entraves, é necessário que gestores municipais e a rede assistencial fortaleçam o diagnóstico de gestante com sífilis já na primeira consulta pré-natal. Desde o primeiro teste rápido reagente, deve-se iniciar o tratamento com penicilina e realizar a notificação do caso no SINAN. O parceiro deve ser vinculando ao pré-natal e tratado de forma concomitante com a gestante.

Cita-se como fator limitante, na execução deste estudo, a utilização de dados secundários, os quais dependem da disponibilização na plataforma virtual do DATASUS, e

podem estes ser dados que se encontram desatualizados, podendo gerar subnotificação relacionada ao método do estudo.

Por fim, é necessário fomentar linhas de estudos e pesquisas que tenham a sífilis congênita como núcleo central da abordagem para, no futuro, termos esse agravamento em vias de eliminação, tendo todas as macrorregiões de saúde da Paraíba com selo de ouro nas metas ministeriais.

Referências

AMARAL, F. R.; MOTTA, M. S. F. **Protocolo de seguimento das crianças expostas à sífilis e com sífilis congênita**. Ribeirão Preto: Secretaria da Saúde, 2022. p. 3, dez. 2022. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1272202212.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2024.

BARTOLO, A. B. **As cidades mais populosas da Paraíba, segundo Censo 2022**. São Paulo: Valor Econômico, 2023. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2023/06/28/as-cidades-mais-populosas-da-paraiba-segundo-censo-2022.ghtml>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Sinan**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao_eliminao_trasmissoo_vertical_hiv_sifilis.pdf. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022.

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São

Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-15, jan. 2021. Disponível em:
<<https://scielosp.org/pdf/ress/2021.v30nspe1/e2020597/pt>>. Acesso em: 10 fev. 2024.

FREIRE, M. C. M.; PATUSSI M. P. **Tipos de estudos**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p.109-127.

GAZETA, R. E.; PEREIRA, M. P. **Perfil epidemiológico da sífilis congênita e fatores de risco associados na Rede Regional de Atenção à Saúde 3**. São Paulo: **Boletim Epidemiológico Paulista**, 2023. v. 20, p. 1-20.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico Paraíba – Panorama 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>>. Acesso em: 25 fev. 2024

MOTTA, I. A. *et al.* Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. 6, p. 1-8, jan. 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180102>. Disponível em:
<<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/57434/2/Sifilis%20cong%C3%AAAnita%20por%20que%20sua%20preval%C3%AAAncia%20continua%20t%C3%A3o%20alta%20pdfa.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2024.

NOGUEIRA, M. G. S.; CARMO, R. A.; NONATO, S. M. **Guia Técnico Sífilis: adquirida, na gestante e congênita**. Belo Horizonte: Assessoria de Comunicação Social, 2021. p. 38 Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/guia_tecnico_sifilis-01-12-2021.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2024.

PARAÍBA, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. **CIR: Comissões Intergestores Regionais**. João Pessoa: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, 2018. Disponível em: <<https://cosemspb.org/cir/>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

PARAÍBA, Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico 01 Sífilis**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2024. p. 18, jan. 2024. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-epidemiologico-01-2024-sifilis.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2024.

PARAÍBA, Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: Paraíba, 2020 | 2023**. João Pessoa: Conselho Estadual de Saúde, 2020. p. 16. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2024.

ROCHA, A. F. B. Complicações, manifestações clínicas da sífilis congênita e aspectos relacionados à prevenção: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [S.L.], n. 74, v. 4, p. 1-9, abr. 2021..

RPI

SCHMIDT, R.; ZACHARIAS, B. **Guia do episódio de cuidado: Sífilis congênita**. São Paulo: Albert Einstein, 2021. p. 1-3, abr. 2021. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/sifilis-congenita.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2024.