



**FACULDADE METROPOLITANA DA GRANDE FORTALEZA
ESPECIALIZAÇÃO EM NEONATOLOGIA E PEDIATRIA**

PATRÍCIA COSTA LIMA

INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

FORTALEZA

2021

PATRÍCIA COSTA LIMA

INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em Neonatologia e Pediatria oferecido pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza – UNIFAMETRO.

FORTALEZA
2021

PATRÍCIA COSTA LIMA

INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Pós-graduação de Enfermagem Pediátrica e Neonatal pela Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Me. Lidiane do Nascimento Rodrigues.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Lidiane do Nascimento Rodrigues
Unifametro (Orientador/Presidente)

Profa. Dra. Aliniana da Silva Santos
Unifametro (1º Membro)

Profa. Me. Maria Solange Nogueira dos Santos
Unifametro (2º Membro)

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita é uma das principais causas de abortamento, óbito fetal, natimortalidade, baixo peso ao nascer, prematuridade e malformações congênitas, dessa forma, é considerada um problema de saúde pública. **Objetivo:** Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a incidência da sífilis congênita. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa. Realizou-se a busca das publicações no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados bibliográfica especializada na área de Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), no mês de janeiro de 2021. **Resultados:** A busca alcançou 112 estudos em sua totalidade, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, a amostra dessa pesquisa foi composta por nove artigos. Os achados deste estudo, evidenciaram que no país existe uma elevada incidência da sífilis congênita, assim como fragilidades relacionadas a qualidade da assistência do pré-natal, diagnóstico, notificação e tratamento da doença. **Conclusão:** Os profissionais de saúde, desempenham papel importante na promoção e implementação de medidas efetivas, que devem ser aplicadas de forma sistemática e estratégica no enfrentamento da sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Incidência. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Congenital syphilis is one of the main causes of miscarriage, fetal death, stillbirth, low birth weight, prematurity and congenital malformations, therefore, it is considered a public health problem. **Objective:** Identify the evidence available in the literature on the treatment of congenital syphilis. **Methods:** This is an integrative review. The search for publications was carried out on the Virtual Health Library website, in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences(LILACS), Bibliographic database specialized in the field of Nursing (BDENF) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), in January 2021. **Results:** The search reached 112 studies in its entirety, after applying the inclusion and exclusion criteria, the sample of this research was composed of nine articles. The findings of this study showed that in the country there is a high incidence of congenital syphilis, as well as weaknesses related to the quality of prenatal care, diagnosis, notification and treatment of the disease. **Conclusion:** Health professionals play an important role in the promotion and implementation of effective measures, which must be applied systematically and strategically in the fight against congenital syphilis.

Keywords: Congenital syphilis. Incidence. Nursing care.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST) e, embora apresente diagnóstico e tratamento de baixo custo, normalmente oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), permanece sendo um problema de Saúde Pública responsável por elevadas taxas de mortalidade (BRASIL, 2016a).

Sua transmissão pode ocorrer por via sexual, vertical e sanguínea. Em relação a transmissão vertical, a gestante apresenta uma maior probabilidade de transmitir a doença nas fases primária e secundária e quando não tratada durante a gestação, a sífilis congênita é uma das principais causas de abortamento, óbito fetal, natimortalidade, baixo peso ao nascer, prematuridade e malformações congênitas (BRASIL, 2017a; SARACENI et al., 2017).

Destaca-se que a infecção fetal da sífilis também pode apresentar manifestações clínicas ao nascer ou mais tardiamente. Na maioria dos casos o recém-nascido (RN) não apresenta manifestações ao nascer, o que dificulta o diagnóstico, assim como as intervenções necessárias para cura, evitando o agravamento e as sequelas da doença (LAZARINI, 2017).

Entre os sinais e sintomas mais comuns da sífilis congênita precoce, pode-se citar: baixo peso ao nascer, hepatomegalia, lesões cutâneo-mucosas, exantema maculoso (em face e extremidades), rinite com secreção serossanguinolenta, alterações ósseas. Na forma tardia podem ocorrer graves sequelas neurológicas (surdez, hidrocefalia, retardo mental), nariz em sela, deformidade dentária, tibia em sabre, fronte olímpica. Mesmo realizando o tratamento adequadamente, as sequelas da forma tardia podem ser irreversíveis (BRASIL, 2017b).

O diagnóstico é realizado através do teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e/ou teste rápido para sífilis durante a gestação, na primeira consulta de pré-natal e na 28ª semana (BRASIL, 2016b). Quando o resultado é positivo,

adota-se a conduta de tratamento da gestante e parceiro para prevenir que o concepto nasça com Sífilis Congênita —(BRASIL, 2015). O tratamento de sífilis pode ser ambulatorial ou hospitalar, sendo realizado preferencialmente com penicilina benzatina, por ser capaz de atravessar a barreira transplacentária e tratar mãe e feto ao mesmo tempo. O uso de ceftriaxona é alternativa para gestantes e não gestantes (BRASIL, 2016c).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sinaliza que a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente (BRASIL, 2017b).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2017), no Brasil, no ano de 2016, a taxa de detecção da sífilis em gestantes (SG) foi de 12,4 casos, a taxa de incidência de sífilis congênita (SC) foi de 6,8 e a taxa de mortalidade por SC, de 6,1, ambos por 1000 nascidos vivos (NVs). Estudo realizado em 2015, nas cinco regiões geográficas brasileiras, apontou que a prevalência estimada de SG foi de 0,85% para o Brasil, 1,05% para a região Norte, 1,14% para o Nordeste, 0,73% para o Sudeste, 0,48% para o Sul e 1,20% para o Centro-Oeste. Em 2013, observou-se uma taxa de detecção de 7,4 casos de sífilis em gestantes para cada 1 000 nascidos vivos, mostrando assim que a SC se encontra em acessão e vale destacar os casos de subnotificação que ainda existe (BRASIL, 2014; 2015).

Diante dos dados mundiais, a OMS definiu a eliminação da sífilis congênita como prioritária, adotando como meta a redução da incidência da doença a 0,5 ou menos casos/mil nascidos vivos até o ano de 2015. O Brasil, no entanto, não atingiu o objetivo e a epidemia se agrava cada vez mais, resultando em mortalidade fetal e neonatal (COOPER *et al.*, 2016).

O Ministério da saúde incluiu desde 2005, a sífilis congênita na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, visando o controle da transmissão vertical da doença, podendo assim quantificar e verificar melhores formas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (SONDA *et al.*, 2013). Logo, a realização dessa notificação é de grande relevância para saúde pública, pois tanto gera dados sobre a incidência do agravo, como indica qual população está sob risco, além de determinar os fatores causais (DOMINGUES, 2016).

Destaca-se que a sífilis congênita pode ser evitada e as medidas de prevenção são simples e de baixo custo, como o uso do preservativo, assim como o tratamento das gestantes, diferente do tratamento de uma criança com a doença, que é mais prolongado e dispendioso, fora o sofrimento psicológico para toda a família. A principal forma de prevenção seria então, um pré-natal de alta qualidade (BRASIL, 2017a).

No entanto, o principal fator de risco para essa doença consiste justamente no acompanhamento do pré-natal inadequado, relacionado a cerca de 70 a 90% dos casos, a saber: (a) anamnese inadequada; (b) sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres); (c) interpretação inadequada da sorologia para sífilis; (d) não reconhecimento dos sinais maternos de sífilis; (e) não tratamento do parceiro sexual; (f) informações inadequadas veiculadas entre a equipe de assistência à saúde; (g) baixa condições socioeconômicas e de escolaridade (MOTA et al., 2018).

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para tal função e entre eles, o enfermeiro. Visto que, a assistência de enfermagem durante o pré-natal envolve inúmeras atribuições, como a solicitação de exames complementares, a realização de testes rápidos, incluindo o de sífilis, e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública (como o pré-natal) e em rotina aprovada pela instituição de saúde (SILVA *et al.*, 2017).

O enfermeiro também deve ser apto para interpretar os resultados dos exames laboratoriais, bem como em reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, para melhor controle do agravo, permitindo assim a confirmação do diagnóstico, com o início imediato do tratamento, principalmente na sífilis gestacional, a fim de reduzir o risco de transmissão vertical da infecção (BRASIL, 2015).

2 OBJETIVO

Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a incidência da sífilis congênita.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada se constituiu em uma revisão integrativa, esta consiste em um levantamento sistemático de publicações sobre determinado assunto, o que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular (CUNHA; CUNHA; ALVES, 2014).

A revisão foi baseada nas seguintes etapas: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento (ACOSTA, DURO, LIMA, 2012).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) a metodologia aplicada irá sintetizar os resultados já existentes na literatura e estes são obtidos em diversas fontes de pesquisa.

O estudo seguiu as seguintes etapas:

✓ Etapa 1: Estabelecimento da pergunta norteadora - Corresponde a uma das etapas mais importantes da revisão integrativa. É nela que é construída a pergunta que norteará toda a revisão.

Para o presente estudo optou-se pela seguinte pergunta: Qual a incidência da sífilis congênita nas regiões do Brasil?

✓ Etapa 2: Realização das buscas nas literaturas e amostragem dos estudos.

Realizou-se a busca das publicações na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). No mês de janeiro de 2021.

Foram utilizados como descritores: “Sífilis Congênita”, “Incidência” e “Assistência de enfermagem”, além de seus termos correspondentes no idioma inglês e espanhol. ~~Sendo inseridos na~~ Para cruzamento dos descritores - busca avançada, foi utilizado o operador booleano “AND”.

Como Os critérios de inclusão foram: artigos que responderam à questão norteadora, nos idiomas: inglês, português e espanhol. Foram ~~critérios de exclusão~~ idos: artigos que possuíam delineamento metodológico incompleto, publicações duplicadas, dissertações, teses e revisões.

✓ Etapa 3: Categorização dos estudos.

Nessa etapa foram deferidas as informações extraídas dos estudos que entraram na revisão. Para coletar as informações dos estudos, foi utilizado um instrumento previamente elaborado, adaptado de Ursi (2005), de maneira a ressaltar as seguintes dimensões: autores, ano de publicação, objetivos e resultados.

✓ Etapa 4: Avaliação dos resultados.

Esta etapa correspondeu à análise de dados, ou seja, cada estudo selecionado foi analisado detalhadamente. Além disso, a competência clínica do pesquisador também foi levada em consideração.

✓ Etapa 5: Intervenções dos resultados.

Esta etapa corresponde à discussão dos resultados, sendo identificadas as principais lacunas do conhecimento e as futuras pesquisas que ainda podem ser realizadas. A discussão foi embasada por dados da literatura que se confrontou com o quadro sinóptico que foi elaborado.

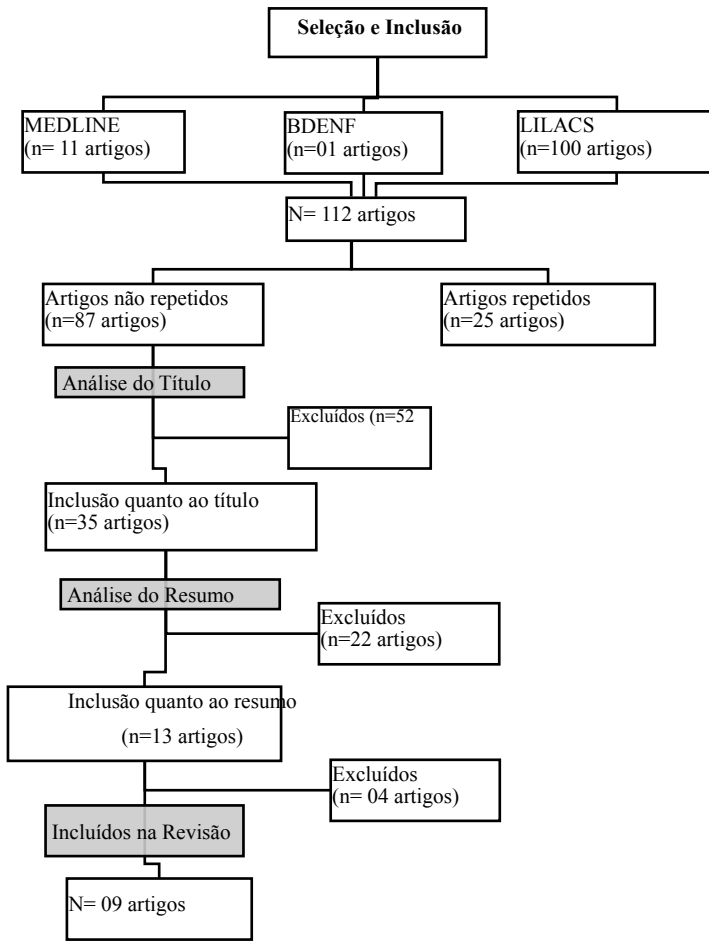
✓ Etapa 6: Síntese do conhecimento e apresentação da revisão.

Nesta etapa, a revisão foi apresentada em um quadro síntese, onde foi possível discutir através da literatura pertinente ao tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram localizados 112 artigos nas bases de dados selecionadas para a condução deste estudo. Destes, 52 foram excluídos pela inadequação do título ao objeto de pesquisa presente no estudo, 22 não responderem aos critérios de inclusão e 25 devido à duplicidade. Após a leitura completa dos artigos, foram excluídos quatro artigos, por não atingirem o objetivo da pesquisa. Portanto, foram incluídos nove artigos na revisão integrativa (Figura 1).

Figura 1 - Processo de seleção nas bases de dados e inclusão de artigos científicos na revisão sistemática integrativa.



Fonte: Autoria própria (2021)

| :

| ___ Quanto ao ano de publicação, quatro foram publicados em 2017, dois em
| 2018, um em 2019 e dois em 2020, com idioma na língua portuguesa (n=10). Em
| relação as bases de dados, foi encontrado um (n=1) na BDENF, sete (n=7) na LILACS
| e um (n=1) na MEDLINE. ~~Os detalhes dos artigos da amostra encontram-se no Quadro~~
| ~~4.~~

A análise dos dados dos estudos incluídos na pesquisa foi categorizada, contemplando os seguintes itens: autores, ano de publicação, objetivos, resultados, conforme quadro 1.

Quadro 1- Caracterização dos estudos incluídos na revisão sistemática integrativa-

[\(continuação\)](#)

Autoria/ano	Objetivos	Resultados
Soares et al., 2020	Analisar a distribuição espacial da sífilis em gestantes e da sífilis congênita no estado do Espírito Santo, Brasil, no período de 2011 a 2018.	Identificou-se aglomerado significativo para sífilis em gestantes e sífilis congênita, compreendendo a região metropolitana de Vitória, estendendo-se até o norte do estado pelo litoral.
Alves et al., 2020	Analisar a tendência temporal da incidência de sífilis congênita (SC) e caracterizar a doença no estado de Minas Gerais (MG) entre 2007 e 2015.	A taxa de incidência variou entre 0,61 e 5,08/1.000 nascidos vivos (NV), com incremento na tendência temporal do coeficiente de incidência da SC no período de 2007 a 2015, porém teve diagnóstico definitivo para SC recente (95,2%).
Silva et al., 2019.	Descrever o perfil epidemiológico dos casos de Sífilis Congênita (SC) notificados em um município nordestino.	Identificaram-se 57 casos, com taxa anual média de incidência de SC de 6,72 casos por mil nascidos vivos (NV), entre 2011-2015, variando de 11,20/1000 NV em 2012 a 3,77/1000 NV em 2015.
Guimarães et al., 2018.	Descrever as características da sífilis na gestação e da sífilis congênita no Maranhão entre 2009 e 2013.	No período foram confirmados 1.033 casos de sífilis em gestantes e notificados 679 casos de sífilis congênita. O maior número de casos de sífilis ocorreu em gestantes de 20 a 39 anos (69,5%), com ensino fundamental incompleto (51,1%), teste não treponemo reativo (88,7%) e classificação da sífilis como primária (55,4%).
Reis et al., 2018.	Caracterizar os casos notificados de sífilis congênita no período de 2011 a 2014, no Município do Rio de Janeiro, e analisar possíveis associações entre a morbidade por sífilis congênita e as condições de vida das populações residentes nos	Foram notificados 6.274 casos de sífilis congênita, o que representa uma taxa de incidência de 17,3 casos/mil nascidos vivos. Observou-se alta proporção de gestantes que tiveram diagnóstico tardio de sífilis e tratamento inadequado.

	bairros da cidade.	
--	--------------------	--

Quadro 1- Caracterização dos estudos incluídos na revisão sistemática integrativa

(conclusão)

Saraceni et al., 2017.	Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita nos estados brasileiros do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul e no Distrito Federal a partir de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).	A taxa de detecção de sífilis em gestantes cresceu entre 21% (Amazonas) e 75% (Rio de Janeiro). A incidência de sífilis congênita seguiu o mesmo perfil de incremento, variando de 35,6% no Distrito Federal a 639,9% no Rio Grande do Sul, com redução de 0,7% no Amazonas.
Cavalcante; Pereira; Castro, 2017.	Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e sífilis congênita no período 2007-2014 em Palmas-TO, Brasil.	Foram identificadas 171 gestantes com sífilis (4,7/1.000 nascidos vivos [NV]) e 204 casos de sífilis congênita (5,6/1.000 NV); predominaram gestantes pardas (71,3%), com baixa escolaridade (48,0%) e diagnóstico tardio no pré-natal (71,9%); a incidência de sífilis congênita variou de 2,9 a 8,1/1.000 NV no período;
Moreira et al., 2017.	Analisar a incidência de sífilis congênita, os exames para diagnóstico e tratamento fornecido aos recém-nascidos.	A incidência de sífilis congênita foi crescente durante o período estudado (2009 a 2014) de 0,92 casos para 8,65/1.000 nascidos vivos. Quanto aos recém-nascidos, 99 (50,00%) eram do sexo feminino, 126 (63,64%) pardas, 153 (77,27%) nasceram assintomáticas e 129 (65,15%) tratadas com penicilina G cristalina.
Lima et al., 2017.	Analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Sobral, Ceará	Foram diagnosticados e notificados 119 casos de sífilis congênita, sendo possível observar que a partir do ano de 2010 o número de casos aumentou substancialmente, passando de 9 casos para 45 em 2013. A incidência anual variou de 1,8 casos/1000 nascidos vivos, em 2008, a 13,8 casos/1000 nascidos vivos, em 2013.

Fonte: Autoria própria (2021).

Em todos os estudos dessa revisão, foi possível observar que houve um aumento na incidência da sífilis congênita nos últimos anos. Esses dados merecem destaque, pois estão bem acima da meta preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de registrar igual ou menos de 1/1.000 NV, ~~como pode-se observar a seguir.~~

Ao analisar um estudo realizado em todo o país, a taxa de incidência de sífilis congênita (SC) por 1-000 ~~N~~nascidos ~~v~~Vivos (NV) cresceu em quatro estados e no Distrito Federal (DF) entre 2007 e 2012; o incremento variou de 35,6% no DF a 63,9% no Rio Grande do Sul (SARACENI et al., 2017). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas em municípios brasileiros de forma individual.

No estudo feito em Recife, no período de 2011 a 2015, encontrou-se uma taxa anual média de incidência de SC de 6,72/1.000 nascidos vivos (SILVA et al., 2019). Em Palmas, de 2007 a 2014, a taxa de incidência elevou-se de 2,9 para 8,1 casos por 1.000 nascidos vivos (48,0%) (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017). No Rio de Janeiro, esse número foi bem mais preocupante, logo, no período de 2011 a 2014, observou-se um incremento de 17,3 casos/mil NV (REIS et al., 2018).

Corroborando com esses estudos, observa-se que a cidade de Porto Velho apresentou aumento significativo da incidência da SC ao comparar os anos de 2009 (estado= 0,50/1.000 NV e município= 0,92/1.000 NV) e 2014 (estado= 4,21/1.000 NV e município= 8,65/1.000 NV) (MOREIRA et al., 2017). Em Sobral os dados foram semelhantes, no período de 2008 a 2013, a taxa de incidência anual variou de 1,9 casos/1000 NV, em 2008, a 13,8 casos/1000 NV, em 2013 (LIMA et al., 2017).

Na pesquisa realizada em Minas Gerais (MG), entre 2007 e 2015, observou-se que a incidência da infecção aumentou no período, variando entre 0,61 e 5,08 por 1.000 NV (ALVES et al., 2020). Verificou-se que, no Maranhão, nos anos de 2009 a 2013, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 1,1 casos para cada 1.000 nascidos vivos, sendo a maior taxa no ano de 2012, com 1,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos (GUIMARÃES et al., 2018).

Em relação as notificações, em Sobral, no período de 2008 a 2013, foram notificados 119 casos de SC, tendo um aumento a partir do ano de 2010, passando de nove para 45 casos em 2013 (LIMA et al., 2017). Já em Rondônia, foram notificados 326 casos de SC entre os anos de 2009 a 2014 (MOREIRA et al., 2017). E no Rio de Janeiro, de 2011 a 2014 foram notificados 6.274 casos de sífilis congênita, em menores de 1 ano de idade (REIS et al., 2018).

Dados semelhantes também foram encontrados nos outros estudos, no período de 2007 a 2014, foram identificados em Palmas 204 casos de sífilis congênita (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017). Em MG, entre 2007 e 2015, ~~houveram~~houve 4.381 casos notificados (ALVES et al., 2020). No período de 2009 a 2013 foram notificados 679 casos de sífilis congênita no Maranhão (GUIMARÃES et al., 2018). Entre 2011 a 2018, foram 3.908 casos de SC no estado do Espírito Santo (SOARES et al., 2020).

Esse aumento pode ser atribuído a diversos fatores, como o aumento das notificações, as ações de vigilância epidemiológica direcionadas para uma melhor abordagem e identificação dos casos da doença no município, a obrigatoriedade das notificações, a qualificação dos profissionais de saúde, entre outras coisas. Destaca-se que apesar desses números já serem elevados e preocupantes, eles ainda podem estar sendo subnotificados.

Em relação ao perfil apresentado pelas genitoras e pelos recém-nascidos (RN) com diagnóstico de sífilis congênita, nos estudos selecionados para essa revisão, foram bem semelhantes.

Na pesquisa de Cavalcante, Pereira e Castro (2017), predominaram mulheres pardas (90,2%), na faixa etária de 20 a 34 anos (73,5%), com escolaridade de ~~E~~Ensino ~~M~~Médio incompleto ou completo (48,0%). Corroborando com essa ideia, o estudo de Moreira et al., (2017) apontou a idade média de 23,97 anos, pardas (70,71%) e com escolaridade até o ensino fundamental (54,04%). Na variável ocupação nota-se que a grande maioria, 147 (79,80%), não exerciam atividade remunerada.

Ao observar o estudo de Saraceni et al., (2017), os dados variaram de acordo com a realidade de cada região. A mediana de idade variou de 23 anos no Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro a 26 anos no DF. As mulheres do DF, Espírito Santo e Rio de Janeiro apresentaram maior escolaridade. O Amazonas, o Rio de Janeiro e Ceará, apresentaram maior proporção de casos em residentes na capital, ~~enquanto que~~enquanto o Espírito Santo e o Rio Grande do Sul distribuíram mais os casos entre outros municípios (SARACENI et al., 2017).

A pesquisa de Silva et al., (2019), seguiu na mesma linha, com predominância na faixa etária de 20 a 25 anos, pardas (92,4%), com ensino fundamental incompleto (43%), a principal ocupação foi dona de casa (72,2%). Em relação ao local de moradia, o estudo de Alves et al., (2020), apontou que a maioria era residente em zona urbana, 4.025 casos (91,9%), assim como no estudo de Lima et al., (2017) que foi de 95%. Sobre o estado civil, a maioria das gestantes era solteira (81,25%) e não possuía filhos nascidos vivos em gestações anteriores (41,6%) (SILVA et al., 2019).

Em relação ao diagnóstico de sífilis, as genitoras receberam durante o pré-natal, 2.463 (56,2%) gestantes, ~~enquanto~~ ~~que~~ enquanto 1.233 (28,1%) receberam no momento do parto. E o tipo de parto, o parto normal foi realizado por 82,2% das gestantes. (ALVES et al., 2020). A maioria obteve teste não treponêmico reativo e classificação da sífilis como primária (GUIMARÃES et al., 2018).

Sobre os RN, a faixa etária de maior prevalência foi de 0 a 6 dias (94,7%), praticamente não houve diferença entre sexos, 1.990 casos (47,9%) femininos e 1.993 (48,0%) masculinos (GUIMARÃES et al., 2018; ALVES et al., 2020). Em outro estudo a predominância foi no sexo masculino com 52,08%. A maioria dos casos apresentou o peso igual ou maior que 2.500g (83,33%), e a idade gestacional de 37 semanas ou mais (75%). Percebe-se que, no que se refere ao diagnóstico clínico, 56,14% eram assintomáticos para a SC (SILVA et al., 2019).

Já pesquisa de Moreira et al., (2017) também sinalizou que a SC estava presente em crianças do sexo feminino (50%). Para raça/cor da pele, 126 crianças (63,64%) eram pardas. Quanto aos aspectos clínicos, 153 casos (72,27%) assintomáticos e 33 (20,20%) ignorados.

No que concerne à variável idade ao diagnóstico da SC, a maioria (88,2%) se encontrava com até dois dias de vida. Em 78,2 % dos casos, o tratamento realizado foi com Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia, 93,3% não apresentaram sinais e sintomas da doença e em 94% houve evolução com vida (LIMA et al., 2017). Nos quesitos de exames laboratoriais e imagem, o teste não treponêmico em sangue periférico foi reagente em 161 (81,31%) casos. Não foi realizado o teste não treponêmico em líquido em 157 (79,29%) dos casos. A radiografia de ossos longos apresentou-se sem alterações em 98 (49,49%) e não foi realizada em 57 casos (28,79%) (MOREIRA et al., 2017).

Em relação ao prognóstico, evoluíram como vivos no momento da notificação 3.730 (85,1%) crianças, 115 (2,6%) foram a óbito por SC, 44 (1,0%) a óbito por outras causas e 165 (3,8%) foram abortos. Segundo o estadiamento do caso, foram diagnosticados como SC recente 95,2% dos casos; 0,1% como SC tardia e 4,7% como natimorto com sífilis (ALVES et al., 2020).

Corroborando, ao se analisar a evolução dos casos de sífilis congênita, observou-se: que 78,9% dos casos foram classificados como vivos; 2,5% tiveram óbito por sífilis; 3,4% foram a óbito por outras causas; 9,3% como aborto; e 5,9% natimortos (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017). Constatou-se que a taxa de mortalidade infantil por sífilis

congênita no período foi de 2,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos (GUIMARÃES et al., 2018).

Diante do exposto, a maior ocorrência de sífilis foi entre gestantes jovens e com menor escolaridade, o que sugere que esses são grupos populacionais mais expostos à infecção, e indica a necessidade de maior atenção dos programas de controle. No que concerne às características dos casos de sífilis congênita, ressalta-se que, os diagnósticos da sífilis em gestantes não foram realizados em tempo oportuno e os tratamentos de maneiras adequadas, no entanto, o mesmo não aconteceu com as crianças que foram infectadas.

Nos estudos selecionados, observou-se que o maior problema estava no acompanhamento do pré-natal, diagnóstico, notificação, tratamento e educação em saúde, ambos feitos de forma errada ou incompleta. Ressalta-se que, assim como nos outros tópicos, nesse também os estudos apresentaram dados semelhantes.

Dentre os 198 casos notificados, 157 (79,29%) gestantes realizaram o pré-natal, entretanto não foi possível verificar em qual trimestre o diagnóstico foi dado, nem o número de consultas realizadas. O tratamento materno foi considerado inadequado em 109 casos (55,05%) e 37 (18,69%) tiveram acesso ao tratamento adequado. Além disso, 119 parceiros (60,10%) não realizaram o tratamento para sífilis. O diagnóstico de sífilis materna foi realizado durante o pré-natal em 119 casos (60,10%), seguido por 56 (28,28%) no momento do parto/curetagem (MOREIRA et al., 2017).

Corroborando com esses dados, o estudo de Cavalcante, Pereira e Castro (2017) apontou que do total de casos de sífilis congênita, 81,4% das mães realizaram o pré-natal na gestação e 48,0% foram diagnosticadas no pré-natal, destas, 83,0% não tiveram seus parceiros tratados. A maioria das mães não receberam tratamento (54,4%), e parte importante recebeu tratamento inadequado (40,7%) (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Na pesquisa realizada no Brasil, a maior parte das mulheres com sífilis realizou pré-natal, variando entre 67,3% nas amazonenses a 83,3% nas residentes no DF. Cerca de 50% das mulheres do DF, Espírito Santo e Rio Grande do Sul tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal. No Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro, a maioria das mulheres recebeu o diagnóstico na internação para o parto ou curetagem (SARACENI et al., 2017).

O mesmo estudo aponta que o tratamento materno foi considerado inadequado em 44,7% das mulheres no Rio Grande do Sul e em 79,8% das mulheres no Amazonas, com as outras unidades federativas dentro desse intervalo. Os parceiros foram tratados junto com as gestantes em 7,9% dos casos no Rio de Janeiro e 19,1% no Amazonas. Quanto ao desfecho da

gestação, no Ceará e no Distrito Federal 83,1% e 93,0% dos casos foram considerados como sífilis congênita, respectivamente.

Observa-se, em relação à assistência ao pré-natal, que 89,47% das mulheres realizaram o pré-natal com quatro a seis consultas (47,91%). Realizou-se o diagnóstico da SC, com maior frequência (42,1%), durante o parto ou a curetagem. Diagnosticou-se a SC durante o pré-natal em 35,08% dos casos. Relata-se que, quanto ao tipo de parto, os normais e os cesáreos apresentaram uma divisão igualitária (50% para cada) (SILVA et al., 2019).

Identificou-se que, apesar da recomendação do Ministério da Saúde, somente 35,08% das gestantes tiveram o diagnóstico ainda no período pré-natal. Relata-se que cerca de 49% tiveram o esquema de tratamento inadequado possibilitando-se recidivas e resistência ao tratamento (SILVA et al., 2019). Entre as gestantes com o diagnóstico durante o pré-natal, menos da metade (39,2%) finalizaram o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto ressaltando-se que 2,7% não o realizaram. Quanto ao parceiro sexual, 95 (79,9%) não o realizaram concomitantemente à gestante (LIMA et al., 2017).

Quanto à situação de tratamento materno, das gestantes que tiveram o diagnóstico no pré-natal, o tratamento foi considerado inadequado em 3 474 (59,2%) e 1 473 (25,2%) não foram tratadas (SARACENI et al., 2017). A maioria dos parceiros sexuais não foi tratada concomitantemente (55,8%), trataram oportunamente 587 (13,4%) casos (ALVES et al., 2020).

A partir dos resultados, observa-se que, além de outros fatores, a falta do tratamento do parceiro sexual da maioria das gestantes com sífilis, pode contribuir muito para as possibilidades de reinfeção e falhas na adequabilidade do tratamento das mulheres (LIMA et al., 2017).

A abordagem para a inclusão de parceiros sexuais nos tratamentos de doenças pode não ser uma tarefa fácil para a equipe de profissionais de saúde. Muitas vezes, a falta de adesão dos parceiros sexuais aos tratamentos de sífilis está relacionada à falta ou à baixa capacidade do profissional para identificar e/ ou conduzir um plano terapêutico mais adequado a cada caso. Faz-se necessário criar um vínculo com esses parceiros, a fim de que eles possam compreender sua responsabilidade e importância no resultado do tratamento (LIMA et al., 2017).

O esquema de tratamento mais utilizado foi Penicilina G Cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia durante 10 dias em 129 indivíduos (65,15%). Em 33 casos (16,67%) houve esquema diferente do estipulado pela ficha de notificação, mas sem informação no banco de dados de qual conduta utilizada (MOREIRA et al., 2017). Fato que demonstra a

importância da capacitação dos profissionais de saúde, indo desde a realização do teste rápido, passando pela notificação e chegando até o diagnóstico e tratamento eficaz.

Acrescente a necessidade de maior empenho por parte dos profissionais para lidar com esses casos, por meio da busca ativa, e ~~também~~ trabalhar com uma abordagem que aproxime e sensibilize os pais em relação a esse tratamento, fazendo que se sintam responsáveis pela saúde e vida daquele concepto (LIMA et al., 2017). Sendo assim, enfatiza-se a relevância do diagnóstico precoce e tratamento imediato das gestantes, no intuito de reduzir a transmissão vertical e as possíveis complicações decorrentes da doença (GUIMARÃES et al., 2018).

A partir dessa análise, destaca-se que se faz necessário melhorar as ações para prevenção da sífilis congênita nos serviços de saúde da atenção básica, focalizando na detecção precoce da gestante, no diagnóstico e tratamento oportuno da sífilis adquirida, assim como na captação dos parceiros. É importante sensibilizar quanto aos riscos que a sífilis poderá acarretar à criança acometida por essa infecção. Sendo assim, é importante uma maior atenção e adoção de medidas preventivas, com atuação de gestores e profissionais da saúde na divulgação de informações acerca da doença e no provimento de meios de prevenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As publicações analisadas evidenciaram que no país, existe uma elevada incidência da sífilis congênita, assim como fragilidades relacionadas a qualidade da assistência do pré-natal, diagnóstico, notificação e tratamento da doença.

Entretanto, faz-se necessário melhorar as ações para prevenção da sífilis congênita nos serviços de saúde da atenção básica, focalizando na detecção precoce da gestante, no diagnóstico e tratamento oportuno da sífilis adquirida, assim como na captação dos parceiros. É importante sensibilizar quanto aos riscos que a sífilis poderá acarretar à criança acometida por essa infecção.

Sendo assim, é necessário uma maior atenção e adoção de medidas preventivas, com atuação de gestores e profissionais da saúde que desempenham um papel importante na promoção e implementação de medidas efetivas, devendo ser aplicadas de forma sistemática e estratégica no enfrentamento da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M; DURO, C. L. M; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

ALVES, P. I. C. et al. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2949-2960, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Ano IV, n.º 1. Brasília, 2015.

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 o diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de atenção básica: Saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. **Nota informativa nº 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016(c).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017. **Bol. Epidemiol**, v. 48, n. 36, p:1-41. 2017(b).

CAVALCANTE, P. A. M; PEREIRA, R. B. 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.

CUNHA, P. L. P. da; CUNHA, C. S; ALVES, P. F. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: COPYRIGHT, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p:e00082415, jun, 2016.

GUIMARÃES, T. A. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 24-30, 2018.

LAZARINI, F. M; BARBOSA, D. A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2845, 2017.

LIMA, V. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 56-61, 2017.

MENDES, K. D. S, SILVEIRA R.C.C.P, GALVAO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017.

MOTTA, I. A. *et al.* Sífilis congênita: porque sua prevalência continua tão alta. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, n. 6, p. 45-52, 2018.

REIS, G. J. et al. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e55, 2018.

SARACENI V, PEREIRA G. F. M, SILVEIRA M.F, ARAUJO M. A. L, MIRANDA A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, p:e44. 2017.

SILVA, I. M. D. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 604-613, 2019.

SOARES, K. K. S. et al. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2018193, 2020.

SONDA et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, RS, v. 3, n.1. 2013.

URSI E. S. Prevenção de lesões de pele no peri operatório: **revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado)**-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.