

UM PANORAMA DA SÍFILIS GESTACIONAL NO QUARTO MUNICÍPIO MAIS RICO E POPULOSO DE SÃO PAULO

AN OVERVIEW OF GESTATIONAL SYPHILIS IN THE FOURTH RICHEST
AND MOST POPULOUS MUNICIPALITY OF SAO PAULO, BRAZIL

José Vitor Josias Palermo dos Santos¹
Renan Alexandre Baptista Bonancim²

RESUMO: Doença Infecto Contagiosa, a Sífilis é uma infecção causada pelo *Treponema Pallidum*, podendo ser transmitida por via sexual, transfusão sanguínea, aleitamento materno, contato com objetos contaminados e de forma vertical. Esta representa um grande problema de saúde pública, devido ao aumento de risco para inúmeras condições fetais, como morte perinatal, parto pré-termo, baixo peso ao nascimento, anomalias congênitas, sífilis ativa no recém-nascido e sequelas à longo prazo, como surdez e acometimento neurológico. Apesar de possuir tratamento de baixo custo e eficaz, a sífilis na gestante semostra uma preocupação mundial, devido ao grande aumento de sua incidência ao longodos últimos anos. O presente estudo, por meio de dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), busca evidenciar o aumento dessa doença evitável em São Bernardo do Campo, o quarto maior município do Estado de São Paulo em termos de população e receitas orçamentárias realizadas, bem como relatar os dados epidemiológicos das gestantes acometidas pela sífilis entre os anos de 2010 e 2019.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis na Gestação. Sífilis Congênita. IST. Epidemiologia, Saúde Pública.

ABSTRACT: Contagious Infectious Disease, Syphilis is an infection caused by *Treponema Pallidum* and can be transmitted sexually, by blood transfusion, breastfeeding, contact with contaminated objects and in a vertical manner. This represents a major public health problem due to the increased risk for numerous fetal conditions, such as perinatal death, preterm birth, low birth weight, congenital anomalies, active syphilis in the newborn and long-term sequelae, such as deafness and neurological impairment. Despite having low- cost and effective treatment, syphilis in pregnant women is a worldwide concern, due to the great increase in its incidence over the past few years. The present study, using data collected in the DATASUS Disease and Notification Information System, seeks to highlight the increase of this preventable disease in São Bernardo do Campo, the fourth largest municipality in the São Paulo, Brazil, in terms of population and budget revenue realized, as well as report the epidemiological data of pregnant women affected by syphilis between the years 2010 and 2019.

Keywords: Syphilis. Syphilis in Pregnancy. Congenital Syphilis. STI. Epidemiology. Public Health.

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras – Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: josevitorjps@gmail.com.

²Docente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras – Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: renan.bonancim@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Causada pela espiroqueta *Treponema Pallidum*, a sífilis é uma doença transmissível por via sexual, vertical, transfusão sanguínea, podendo também ser transmitida por meio do aleitamento materno, caso estejam presentes lesões sifilíticas na mama, e de forma indireta, por meio de objetos contaminados.^{1,2}

A sífilis é uma doença sistêmica, crônica e possui diversas apresentações clínicas, sendo conhecida como “a grande imitadora”, podendo inclusive ser assintomática. A sífilis materna está relacionada com aumentos de 21% no risco de natimortos, 6% para prematuridade e 9% para morte neonatal.^{3,4}

Mundialmente, são estimados 520 mil casos ao ano de Sífilis Congênita, fazendo com que ela seja mais comum que a transmissão vertical de HIV⁵, sendo sua transmissão por disseminação hematogênica, em qualquer estágio da gestação, por meio da placenta, sendo mais provável o contágio na primeira e segunda fase da doença, podendo chegar a 100% de probabilidade de transmissão. Também pode ser transmitida na hora do parto, por meio do contato do concepto com lesões sifilíticas no canal do parto, bem como pela amamentação quando presentes lesões na mama.⁶

A Sífilis Gestacional se relaciona com diversas condições, como morte perinatal, parto pré-termo, baixo peso ao nascimento, anomalias congênitas, sífilis ativa no recém-nascido e sequelas à longo prazo, como surdez e acometimento neurológico.⁷

Anualmente, a sífilis representa em média 937 mil casos, evidenciando um aumento de causas multifatoriais, tais como falta de adesão ao tratamento da gestante e do parceiro, período de latência da doença e dificuldade do pré-natal, que dificultam o manejo da sífilis⁸, trazendo como consequência prematuridade, aborto, parto pré-termo e óbito neonatal.^{5, 9, 10} Em 2016, uma epidemia desta doença no Brasil foi confirmada pelo Ministério da Saúde.¹¹

O presente estudo se propõe a fazer uma análise observacional, por meio de dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do DATASUS, sobre a incidência de Sífilis Gestacional no Município de São Bernardo do Campo, que é atualmente o quarto maior município em termos de população e receitas orçamentárias realizadas do Estado de São Paulo^{12,13}, a partir do ano de 2010 até o ano de 2019.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, observacional e descritivo por meio da coleta de dados no Sistema de Informação de Agravos e Notificações DATASUS, sobre os dados dos casos de sífilis em gestantes no município de São Bernardo do Campo – SP, Brasil, entre os anos de 2010 e 2019, sendo analisado os seguintes dados: número de casos, idade gestacional, idade da gestante, escolaridade, etnia, esquema de tratamento e classificação clínica da doença.

RESULTADOS

No período analisado, compreendendo entre os anos de 2010 à 2019, foram notificados 1.059 casos de sífilis em gestantes, sendo 2010 o ano com menor número de casos (35), entretanto, tal ano também cursou com a menor taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos, de 3,2. Já em 2018, foi o ano com maior número de casos (193), representando um aumento de 551,42% e, proporcionalmente ao aumento de casos, notou-se um aumento na taxa de detecção, que foi a maior registrada neste período, saltando para 18 a cada 1.000 nascidos vivos, ou seja, um aumento de 562,5%. Nota-se também um decréscimo na taxa de detecção em 2019 (13,1) e por consequência nos casos(141).

Quanto à idade gestacional, a maioria se deu no primeiro trimestre, com 558 casos, seguido de 279 casos no segundo trimestre e 189 no terceiro trimestre. Em 33 casos a idade gestacional foi ignorada e nenhum caso se deu como ignorado.

Em relação à idade da gestante, a maior parte ocorreu na faixa etária de 20 à 29 anos, com 557 casos, seguido pelas faixas etárias de 15 à 19 anos (248 casos), 30-39 anos (232) e maior que 40 anos (14 casos), enquanto a faixa etária menos acometida foi a de 10 à 14 anos, com 8 casos registrados neste período.

Referente à escolaridade das gestantes, a maior parte dos casos contou com essa informação ignorada, representando 398 do total de casos. Das notificações em que tal informação não foi ignorada, a maior parte ocorreu em gestantes com o ensino médio completo, com 192 casos, seguido por ensino médio incompleto (152), 5^a à 8^a série completa (138), fundamental completo (86), 1^a à 4^a série incompleta (36), 4^a série completa (24), superior completo e incompleto (16 cada) e por fim, apenas 1 caso ocorreu em analfabeta. Nota-se também que houve oscilações ao longo dos anos quanto à faixa

mais acometida, sendo a faixa de 5^a à 8^a série completa em maior número nos anos de 2011, 2013, 2014 e 2017, sendo nos outros anos avaliados superada pela porção que apresentava ensino médio completo.

Quando analisada a etnia das gestantes, foi notado um predomínio na etnia branca, com 503 casos no período avaliado, seguida por parda (337), preta (104), amarela (7) e indígena (1). Tal informação foi ignorada em 107 dos casos notificados.

Em relação ao esquema de tratamento da gestante, houve uma limitação dos dados fornecidos do DATASUS, sendo divulgados apenas dos anos 2016, 2017, 2018 e 2019. Neste período, 589 casos foram tratados devidamente com Penicilina, 22 casos não foram realizados nenhum tratamento, 01 utilizou-se de outro esquema terapêutico e 01 caso ignorado.

Foi observado, quanto à classificação clínica da sífilis nas gestantes, um predomínio de casos na fase latente da doença, com 953 casos notificados, seguidos por 44 fase primária, 11 secundária e 06 terciária. Tal dado foi ignorado em 45 notificações. Conforme a figura 8, foi fornecido o dado de comparação quanto a taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos do município fazendo um paralelo à taxa estadual e da região sudeste, onde São Bernardo apresentou índices inferiores à ambas em todo o período analisado.

DISCUSSÃO

Apesar de apresentar um rastreamento de baixo custo e tratamento eficaz, que são estimados em U\$1,50 por pessoa^{14,15}, além de políticas públicas que contribuem com o aumento da testagem, como o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, de 2007, e a Rede Cegonha, instituída em 2011, que permitem uma ampliação da triagem pré-natal, bem como a instauração da realização do teste VDRL no primeiro e terceiro trimestre de gestação^{16,17}, a sífilis gestacional e a transmissão vertical se mostram um grande problema de saúde pública, visto o grande aumento mundial da incidência de casos de sífilis, estimando-se que em 2016 houve 6,3 milhões de novos casos, sendo 0,69% na gestação e 200 mil óbitos perinatais⁴

Foi lançado em 2007, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Iniciativa Global para Eliminação da Sífilis Congênita, tinha como objetivo que pelo menos 90% das mulheres fossem testadas e tratadas adequadamente para sífilis⁵, sendo Cuba, país

também localizado na América Latina, o primeiro país do mundo a receber reconhecimento da OMS, para erradicação da transmissão vertical de Sífilis e HIV, em 2013¹⁸. Além das questões geográficas, Cuba também apresenta um sistema de saúde gratuito e universal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado em 1960 como desdobramento da Revolução Cubana de 1959, permitindo que, apesar dos bloqueios e sanções econômicas, o país possua taxas de saúde e educação iguais às dos países desenvolvidos, como a taxa de mortalidade infantil de 4,2 a cada 1000 nascidos vivos (NV) - em contraste com a taxa brasileira de 13,3 de óbitos por NV¹⁹ e alfabetização de 99,8% (sendo a brasileira de 93,4% - IBGE 2019), que contribuem para um alto grau de escolaridade cubano, um fator diretamente correlacionado ao acesso e maior educação comunitária em saúde. Em Cuba, o SNS é pautado pelos princípios de Universalidade, Acessibilidade, Gratuidade, Regionalização e Integralidade, que não diferem tanto do modelo brasileiro, sendo também organizado em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, bem como possuir o conceito ampliado de saúde, envolvendo os aspectos sociais no adoecimento e alta resolutividade do Programa Médico e Enfermeiro da família (PMEF), em torno de 80%, similar ao da Estratégia da Saúde e Família (ESF) brasileira. Contudo, como diferenças entre os sistemas de saúde, é importante frisar que no SNS, a administração dos recursos e serviços são realizados conforme as necessidades populacionais, sendo o MINSAP e todas as estruturas vinculadas à ele, realizados pelos próprios profissionais de saúde em conjunto aos usuários do sistema, além do fato do SNS ser a única forma de prestação de serviços de saúde em Cuba e do número de habitantes atendidos pelas equipes da APS, sendo 1500 por equipe em Cuba e 4000 no Brasil.²⁰

Em São Bernardo do Campo, houve um aumento no número de casos de 551,42% entre 2010 e 2019, dado que corrobora com trabalhos apresentados por diversos autores, em diversas localidades, que também relataram grandes aumentos na incidência da infecção ^{4, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38}

Contudo, deve-se levar em consideração a estimativa significativa da subnotificação da sífilis no Brasil, de até 67%, enquanto apenas 17,4% dos casos de sífilis congênita são notificados, mesmo com o uso do Sistema Nacional de Notificações^{17, 28, 38,}

³⁷. As notificações são legalmente responsabilidade de todos os profissionais de saúde e suas inserções no Sinan devem ser realizadas corretamente e com sua frequência estabelecida, para permitir que suas informações possam ser utilizadas para

planejamento e tomada de decisões de saúde pública.⁴⁰ Entre os fatores que possam estar relacionados à subnotificação, Melo et al⁴¹ destaca que parece haver relação com a notificação ser um processo burocrático ou considerado sem importância pelos profissionais de saúde, sobrecarga dos profissionais de saúde, falta de confirmação diagnóstica das doenças, características complexas do paciente e falhas na vigilância epidemiológica da doença, e os problemas nos registros médicos nos atendimentos.⁴¹

Todavia, um fato a ser observado é o crescimento da taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos no município, que aumentou 562,5% no período analisado, também evidenciado em outros estudos brasileiros^{28,32}. Contudo, as taxas do município encontram-se menores do que a taxa do Estado de São Paulo e, inclusive da região do sudeste brasileiro, em todo o período analisado.

Quanto às características epidemiológicas das gestantes, resultado parecido foi evidenciado no estudo de Silva et al²², onde a sífilis foi mais prevalente em mulheres brancas, entretanto, quanto à etnia, esta mostrou-se diferente de diversos estudos, que mostraram uma prevalência em mulheres não-brancas^{9, 22, 23, 32, 38}. Tais gestantes, como este estudo evidencia, bem como Silva et al²², apresentaram algum nível de escolaridade e são jovens, tal qual diversos outros estudos também correlacionam^{9, 22, 29, 32, 38}. Também se nota este estudo consoante com Damasceno et al³⁸ quanto à fase clínica da doença, que se mostrou majoritariamente presente em fase latente, em 89,99% dos casos notificados no município.

O diagnóstico precoce, bem como terapia adequada, são grandes instrumentos para prevenção da infecção vertical da sífilis⁴, além do tratamento de parceiros, sendo o momento anterior à gravidez ideal para realização desta triagem, entretanto, devido às baixas condições sociais, muitas mulheres procuram atendimento somente durante o pré-natal, este que apresenta dificuldades, tais como: demora para realização da primeira consulta, demora na realização dos exames, tratamento inadequado da gestante e do parceiro, não realização do VDRL do terceiro trimestre, o não uso de preservativos durante o tratamento e falta de registro no cartão da gestante^{22,22,23,30,39}.

De acordo com o Manual de Eliminação da Sífilis Congênita, elaborado pela OMS, o exame VDRL deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestres de gestação, além do momento do parto, de modo a ser realizado tratamento precoce do recém-nascido, caso a mãe não tenha sido testada ou tratada adequadamente^{38, 39}.

No Brasil, em relação ao exame VDRL, 66% a 95% das gestantes tem acesso ao primeiro, realizado no primeiro trimestre, enquanto que apenas 0,2-20,7% tem acesso ao segundo, cuja realização é preconizada no terceiro trimestre¹⁷. Estes aspectos evidenciam ainda mais a falha na aplicação de protocolos, que se cumpridos, possibilitariam a redução da transmissão³⁶.

Apesar de uma cobertura pré-natal acima de 95%²³, de acordo com o Ministério da Saúde, 56,6% das gestantes receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam nenhum tratamento, 12,1% foram ignorados e apenas 4,1% das gestantes receberam o tratamento adequado³². Para que o tratamento seja considerado adequado, a gestante deve ser medicada com Penicilina G Benzatina, conforme esquema adequado para fase da doença, o tratamento deve ser concluído 30 dias antes do parto e o parceiro deve ser tratado²⁸. Na cidade de São Bernardo do Campo, apenas os anos de 2016, 2017, 2018 e 2019 apresentam os dados quanto ao esquema de tratamento, sendo este realizado com Penicilina em 96,24% das gestantes, com apenas 3,59% não receberam o tratamento.

Mesmo que a gestante seja tratada adequadamente, ainda há alto risco de reinfecção caso seu parceiro não seja tratado, sendo a conduta recomendada a de tratar imediatamente a gestante e avisá-la para notificar seu parceiro para que ele também seja tratado^{28,32}. O estudo realizado por Pagnussat et al⁴⁴, sobre o tratamento dos parceiros nas cidades do ABC Paulista, evidenciou que, em São Bernardo do Campo, somente 4,5% dos parceiros foram tratados entre 2007 e 2016, estando abaixo das médias estaduais e nacionais. Outros estudos realizados no Brasil também evidenciam o tratamento inadequado das gestantes e dos parceiros^{22, 23, 24, 26}. Também deve-se levar em consideração em relação ao tratamento é que existiu uma irregularidade de fornecimento da penicilina, principalmente entre 2014 e 2016⁴, que pode ter contribuído na piora dos índices.

CONCLUSÃO

Apesar de ser uma doença que possui um custo baixo para diagnóstico e tratamento curativo, e apresentar protocolos bem estabelecidos pelo Ministério da Saúde para seu enfrentamento, a sífilis ainda é uma epidemia mundial, sobretudo em gestantes. É necessária uma reflexão e estudos referentes à custo-efetividade, ou a diferença de custode duas intervenções dividida pela diferença entre as consequências

dessas intervenções em termos de saúde⁴⁵, do tratamento precoce da sífilis gestacional, prevenindo e economizando recursos que são dispendidos nas possíveis complicações desta enfermidade, como surdez e complicações neurológicas, que necessitarão de gastos adicionais e cuidados especiais, havendo em contrapartida um tratamento eficaz e curativo por U\$1,50 dólares, além da piora na qualidade de vida da própria gestante e do conceito que apresentar complicações, que sofrerão diversos estigmas no campo biopsicossocial. É importante destacar o apontamento feito por Queiroz et al⁴⁶, em que a APS é deixada de lado quanto aos estudos de custo-efetividade.

No município de São Bernardo do Campo, atualmente o quarto mais populoso e o quarto mais rico do Estado de São Paulo, foi evidenciado um aumento de 551,42% na incidência dos casos de sífilis em gestantes, compatível com diversos outros estudos brasileiros acerca do tema. Proporcionalmente, em 9 anos, também houve um aumento na taxa de detecção da doença até 2018, porém ocorreu um decréscimo no ano de 2019, acarretado à um decréscimo no número de casos notificados neste mesmo ano, sendo importante investir na identificação e fortalecimento de instrumentos que façam com que ocorra melhora na cobertura do pré-natal da atenção primária, podendo se pensar em estratégias como programas de testagem fora das unidades de saúde e alternativas para lidar com o quadro de subnotificação de doenças de notificação compulsória, como a sífilis.⁴⁷

Entretanto, apesar do aumento, a taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos do município encontrou-se abaixo das médias estaduais e regionais (sudeste), o que contrasta em relação ao orçamento do município, o 4º maior do Estado mais rico do sudeste, e do baixo custo efetivo do diagnóstico e tratamento precoce desta doença, o que poderá representar um aumento nos casos de complicações materno-fetais relacionadas à sífilis gestacional, doença esta erradicada em alguns países, como Cuba, que apresenta menores recursos em relação ao Brasil e possui uma saúde também pautada pelo foco na atenção primária da saúde, entretanto com uma maior participação dos usuários e dos profissionais que atuam nas comunidades, já que estes são quem guiam o despendimento e alocação de recursos de seu sistema de saúde, bem como suas prioridades de atuação e organização, levando em conta as características e necessidades de cada PMEF, que podeseer uma alternativa, tendo em vista o atual contexto econômico brasileiro, que implementa políticas de austeridade promovidas pelo Governo

Federal desde 2015, como o congelamento dos gastos públicos federais em saúde por 20 anos, sancionado em 2015 e que poderá retirar até 197 bilhões de dólares do orçamento do SUS até 2036, ou seja, mostra-se cada vez mais necessário alocar os recursos de forma direcionada e equânime, focando nas necessidades de cada área.⁴⁸

Em relação às características epidemiológicas das gestantes, chama a atenção o fato de mulheres brancas serem maioria dos casos notificados, o que contrapõe resultados de diversos estudos relacionados ao tema, que mostraram uma prevalência em mulheres não-brancas. Há que ser questionado se poderá se tratar de uma questão demográfica do município ou se existem outros fatores que contribuam para que mulheres não brancas, especialmente pretas e indígenas, possuam menor acesso ao sistema de saúde, tendo em vista o contexto social brasileiro, que é submetido à ótica do racismo estrutural, definido como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde preventivos para mulheres pretas⁴⁹, já que estudos, como Silva et al⁴⁹, versam sobre as dificuldades que mulheres pretas enfrentam ao acesso à saúde, como discriminação e violência dentro dos serviços de saúde, que aliados ao sexismo e fatores de vulnerabilidade social, como níveis de instrução e renda e aspectos sociais e econômicos, em que mulheres pretas se encontram em maior vulnerabilidade, podem contribuir para dificuldade ao acesso à saúde.

De acordo com Stimson et al⁵⁰, mulheres pretas e indígenas na América Latina tem como fator de impedimento à procura de serviços de saúde a discriminação enraizada nesses serviços, sendo importante frisar que, quando estas mulheres procuram os serviços de saúde, ficam mais expostas a receberem assistência de qualidade inferior e mais propensas à atrasos e demoras do que outras pessoas, bem como a humilhação, exclusão e vergonha durante o atendimento, fazendo necessária uma reflexão sobre o treinamento das equipes da APS, que necessitam estar preparadas para realizar um atendimento pautado na equidade, de acordo com os princípios do SUS. Também deve-se aliar o contexto racial ao nível de escolaridade das gestantes, que se mostrou com limitações neste estudo, pois 37,86% das notificações ignoraram o campo de escolaridade, tendo em vista que melhores índices educacionais podem estar relacionados à erradicação da transmissão vertical de sífilis, como ocorreu em Cuba.¹⁸

Um dos grandes desafios à implementação da ESF é a formação e manutenção das equipes, principalmente em cidades de médio e grande porte, já que há um mercado de trabalho dinâmico e que promove constantemente alternativas à esses profissionais. Em

idades com mais de 100.000 habitantes na região metropolitana de São Paulo, de acordo com Bousquat, Cohn e Elias⁵¹, apresentam um amplo mercado de trabalho na área da saúde, atraindo maiores investidores privados, que se traduz em maior quantidade de serviços de média e alta complexidade, maior número de especialidades médicas e maior número de especialistas. Um estudo realizado em Praia Grande, município litorâneo localizado à 61,8 km de São Bernardo do Campo e que também possui uma população maior que 100 mil habitantes⁵², demonstrou uma dificuldade na fixação dos profissionais de saúde na atenção básica do município, que apesar de possuir um sistema de contratação vinculado à concurso público - o que poderia estar relacionado à maior chance de permanência do profissional de saúde pela estabilidade - 34% dos médicos não permaneceram na ESF durante o estudo, o que prejudica o fator de continuidade no seguimento e enfraquece a construção do vínculo e relação médico-paciente, tão importantes no contexto da atenção primária, sendo que foi possível correlacionar como um dos fatores à alta rotatividade dos profissionais neste município a baixa qualificação profissional, já que 73% dos médicos participantes do estudo não realizaram residência médica, que pode ser um dos fatores que os levou à deixar a ESF para busca de melhor especialização, tendo em vista o contexto do mercado de trabalho, além do fato que a qualificação inadequada dos profissionais pode gerar baixa qualidade da assistência prestada. Para Neto et al⁵³, no contexto profissional atual dos médicos da família, apesar do aumento da oferta de vagas e implementação de programas como o Mais Médicos, ainda é frequente encontrar postos de trabalho médico ociosos na APS, além de apontar que atualmente algumas operadoras de saúde estão buscando contratar médicos da família para o setor privado, o que pode aumentar ainda mais, à longo prazo, o déficit desses profissionais no SUS e gerar maior iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Tendo em vista que a gestão da APS é responsabilidade direta do município, é necessária a valorização do profissional especialista em Medicina da Família e Comunidade, médico especialista treinado para realizar pré-natal de baixo risco na APS.

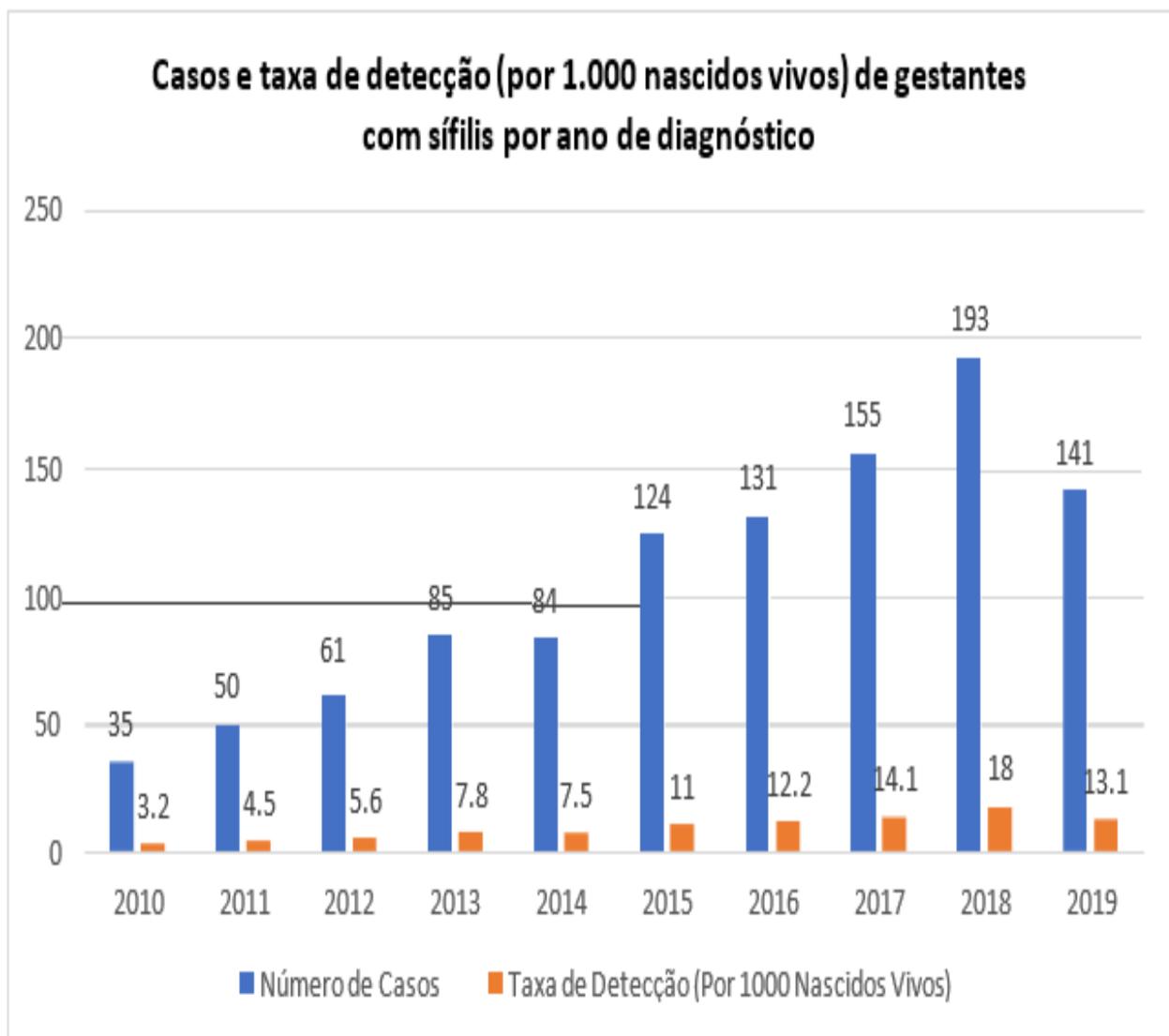
Portanto, é necessário que o poder público execute medidas públicas visando melhorias na atenção primária, capacitando os profissionais com treinamentos periódicos, promovendo ferramentas de educação em IST para a comunidade, que atuaria como aliada às equipes, bem como reforçar a busca ativa dos parceiros das gestantes, que mostram-se importantes reservatórios da doença, de modo a também

tratá-los e prevenir novas reinfecções na gestante, além de possibilitar que mais gestantes – idealmente todas

- sejam testadas em todos os momentos preconizados pelos protocolos, recebendo tratamento adequado somado ao acompanhamento continuado das gestantes e seus parceiros, para erradicar a transmissão vertical de sífilis.

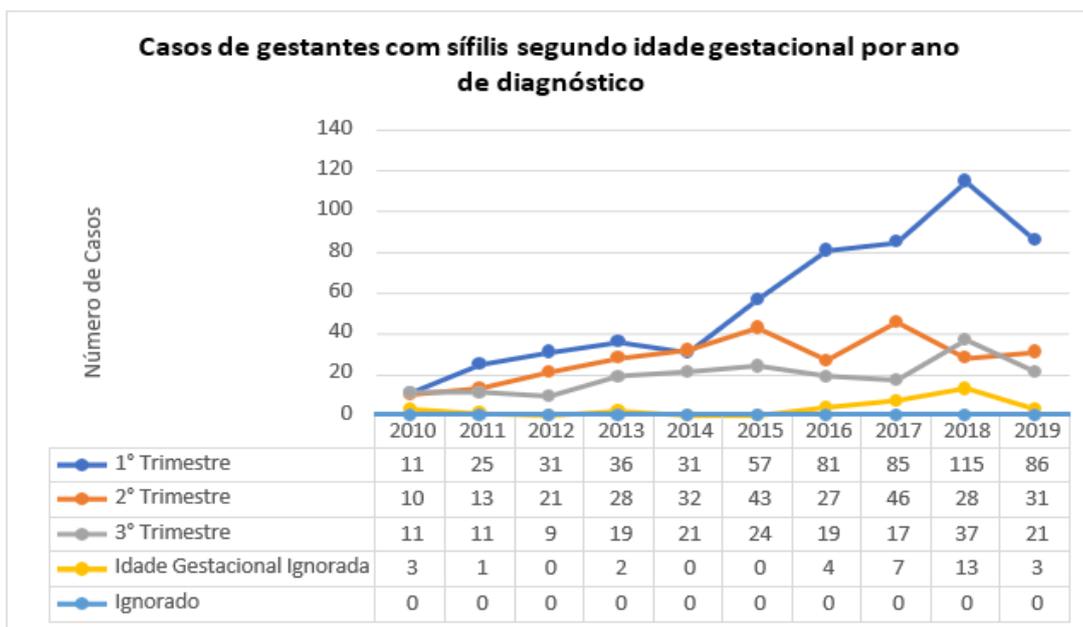
GRÁFICOS REFERENTES AO RESULTADO

Figura 1: Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico.



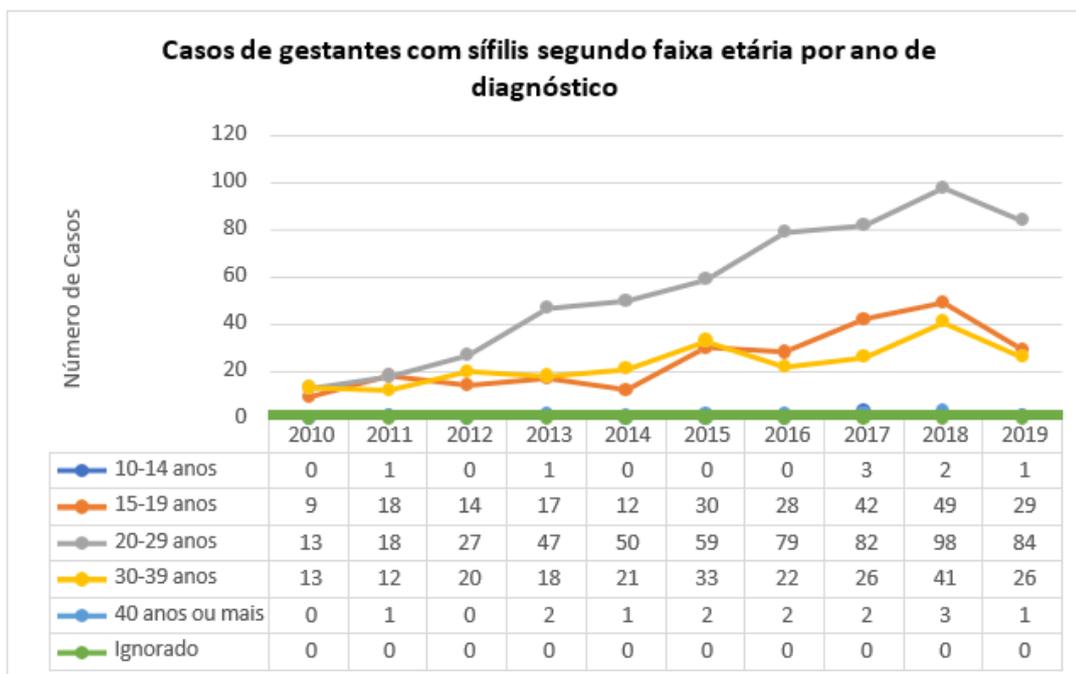
FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 2: Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico



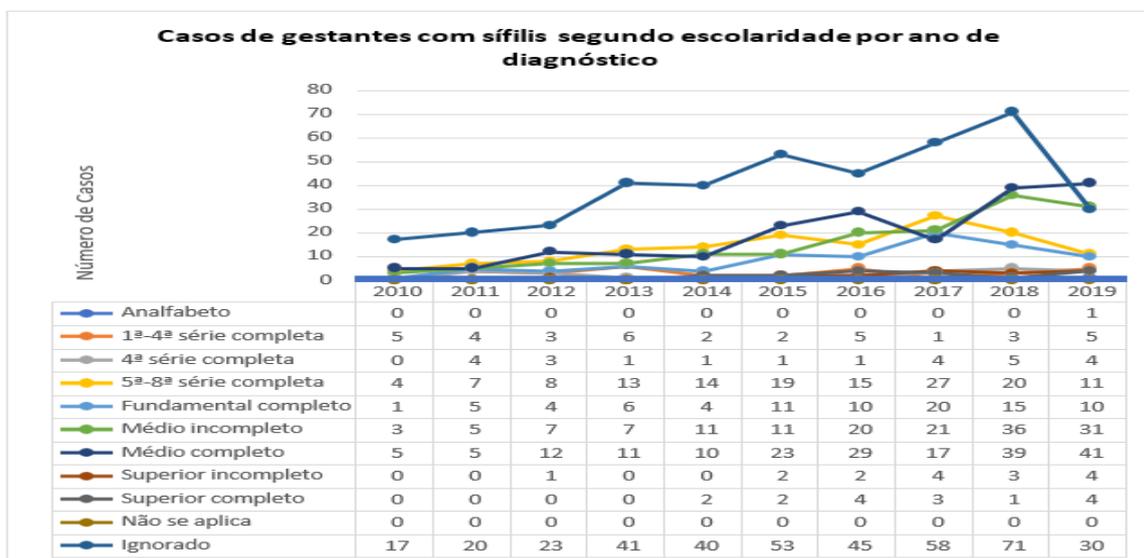
FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 3: Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 4: Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 5: Casos de gestantes com sífilis segundo cor ou raça por ano de diagnóstico

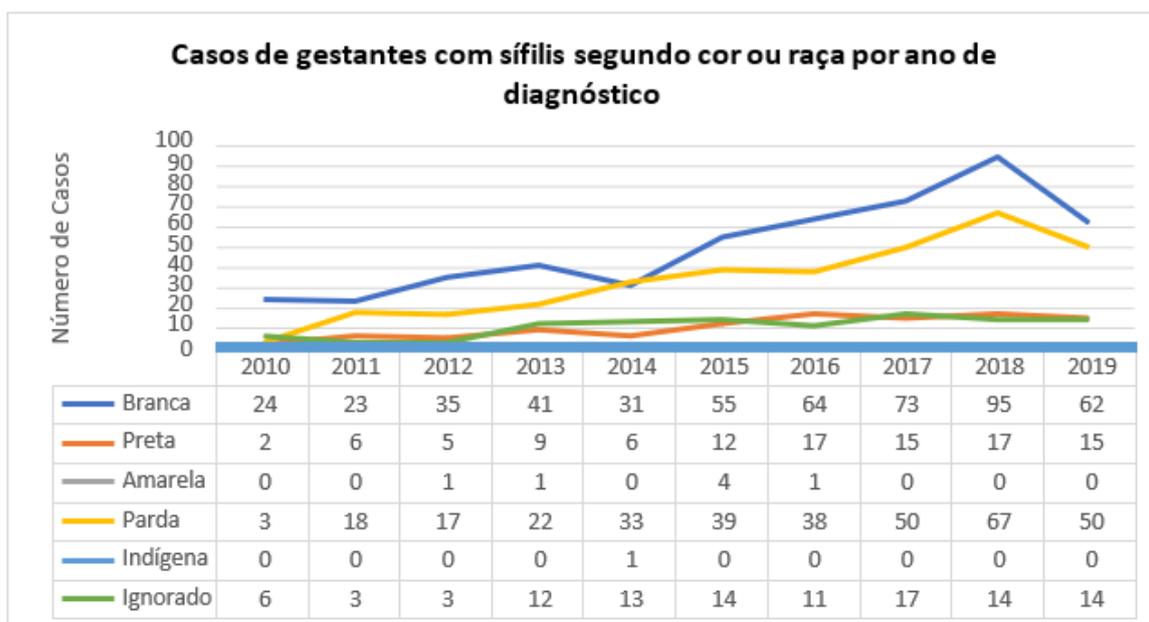
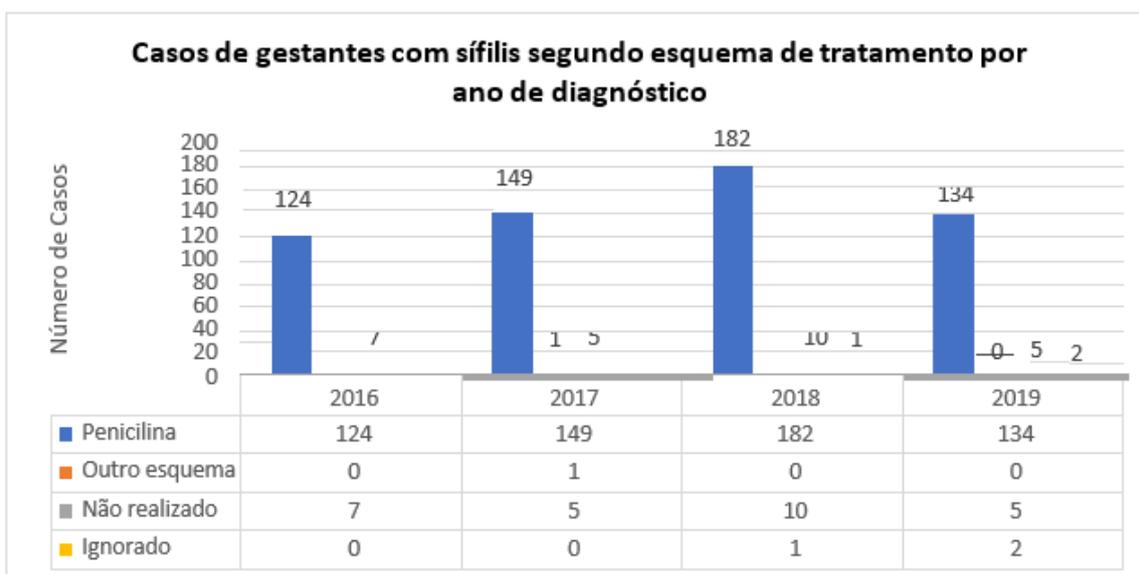
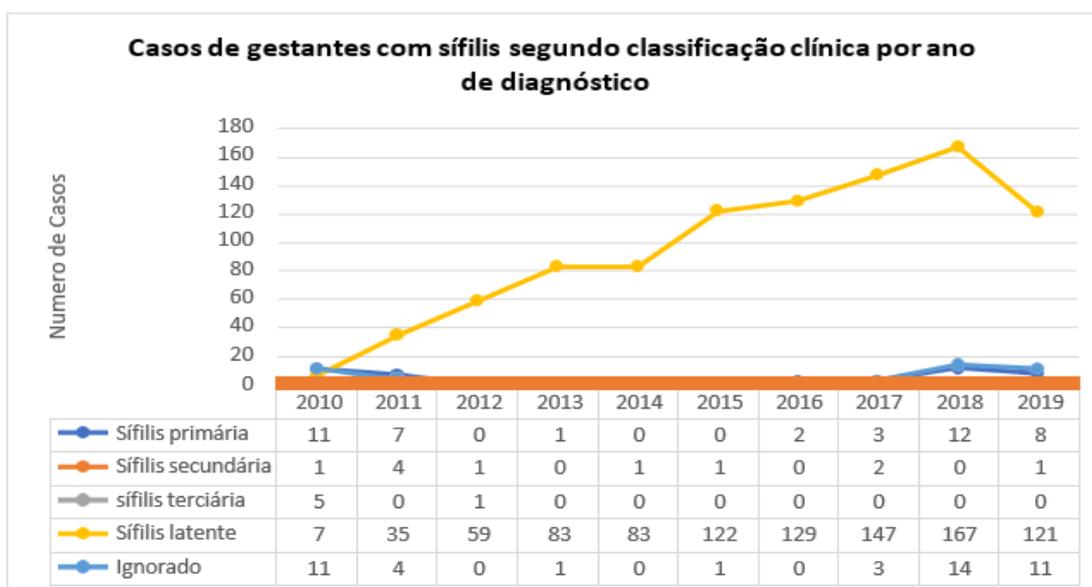


Figura 6: Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico



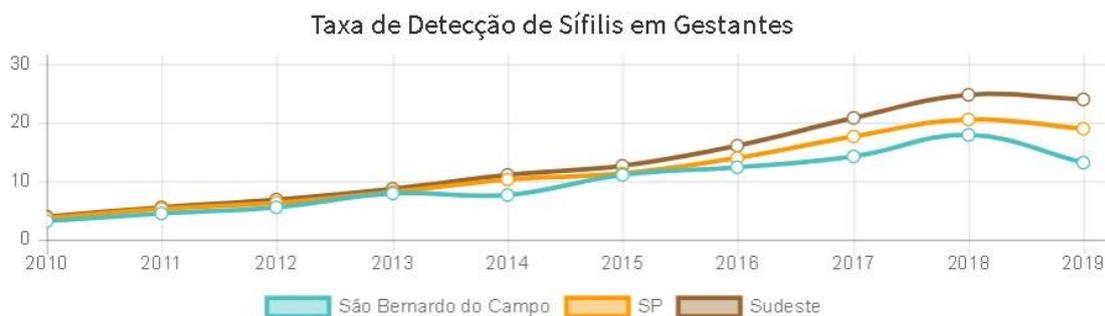
FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 7: Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Figura 8: Taxa de detecção de sífilis em gestantes em comparativo com as taxas estaduais e da região sudeste



FONTE: Tabela gerada pelo sistema DATASUS - MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

REFERÊNCIAS

1. THOMAS DD, Navab M, Haake DA, Fogelman AM, Miller JN, Lovett MA. *Treponemapallidum* invades intercellular junction of endothelial cell monolayers. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1988; 85:306-12. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3285346/>>. Acessado em 10 out. 2020.
2. AVELLEIRA JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):111-26. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02>>. Acessado em 10 out. 2020.
3. ADHIKARI, E. H. Syphilis in Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 2020;135:1121-35. Disponível em: <https://journals.lww.cAbstract/2020/05000/Syphilis_in_Pregnancy.19.aspx>. Acessado em 13 out. 2020.
4. NUNES PS, Guimarães RA, Rosado LEP, Marinho TA, Aquino EC, Turchi MD. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde* [preprint]. 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/1261/1952/20>>. Acessado em 13 out. 2020.
5. NEWMAN L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, et al. (2013) Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med* 10(2): e1001396. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23468598/>>. Acessado em 14 out. 2020.
6. CHEQUER P. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS (BRA); 2006. 70 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf>.

Acessado em 16 out. 2020.

7. ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamentos lógicos e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008.
8. SILVA IMD, Leal EMM, Pacheco, HF, et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Rev. enferm. UFPE on line ; 13(3): 604-613, mar. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015510>>. Acessado em 16 out. 2020.
9. DOMINGUES RMSM, Szwarcwald CL, Souza PRB Junior, Leal MC. Prevalence of Syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. Rev Saúde Pública. [Internet] 2014 [cited Dez 23, 2020]; 48(5):766-774. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2014.v48n5/766-774/>>. Acessado em 16 out. 2020.
10. BOTELHO CAO, Rocha BAM, Botelho CAO Junior, Alvaro GR, Saab F, Botelho LO, et al. Syphilis and miscarriage: A study of 879,831 pregnant women in Brazil. Transl Med. (Sunnyvale). [Internet] 2016 [cited Dez 23, 2023]; 6(4). Disponível em: <<https://www.longdom.org/open-access/syphilis-and-miscarriage-a-study-of-879831-pregnant-women-in-brazil-2161-1025-1000184.pdf>>. Acessado em 16 out. 202.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Nota informativa Nº 06/2016/GAB/DDHAV/SVS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informatia-no-0062016-gabddahvsvsms>>. Acessado em: 20 out. 2020.
12. BRASIL. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>>. Acessado em: 12 dez. 2020.
13. BRASIL. IBGE. Contas anuais. Receitas orçamentárias realizadas (Anexo I-C) 2017 e Despesas orçamentárias empenhadas (Anexo I-D) 2017. In: Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/pesquisa/21/28141?tipo=ranking>>. Acessado em: 23 dez. 2020.
14. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_vertical_hiv_sifilis_manual_bolso.pdf>. Acessado em: 04 nov. 2020.
15. FENTON KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, et al. Infectious disease in high-income settings in the 21st century. Lancet Infect Dis. 2008;8(4):244- 53. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70065-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70065-3)>. Acessado em: 03 nov. 2020.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2018. Bol

Epidemiol [Internet]. 2018;49(45):1-48. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acessado em: 23 dez. 2020.

17. SONDA EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Franke C, Krumel CPHM. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura.2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Cristiane_Hernandes/publication/291392911_Sifilis_Congenita_uma_revisao_da_literatura/links/56b1fb3do8ae5ec4ed4b18bf/Sifilis-Congenita-uma-revisao-da-literatura.pdf>. Acessado em: 10 nov. 2020.

18. WORLD Health Organization. Who validates elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/>>. Acessado em: 03 nov. 2020.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 52, nº 37, out.2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf Acessado em 20 set. 2022.

20. DAL Prá KR, Minelli DS, Martini D, Fetzner RRT, Fontana KC. O Sistema Nacional de Saúde Cubano: Caracterização dos serviços de atenção primária à saúde. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 9(2), 91-103, jun,2015.

21. PENNER, J., Hernstadt, H., Burns, J. E., Randell, P., & Lyall, H. (2020). Stop, think SCORTCH: rethinking the traditional “TORCH” screen in an era of re-emerging syphilis. Archives of Disease in Childhood, archdischild-2020-318841. Disponível em: <<https://adc.bmj.com/content/early/2020/06/25/archdischild-2020-318841>>. Acessado em: 23 dez. 2020.

22. SILVA GM, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes CAM. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. Enferm. glob. vol.19 no.57 Murcia Jan. 2020 Epub 16-Mar-2020. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 17 nov. 2020.

23. CERQUEIRA LRP, Monteiro Denise L. M., Taquette Stella R., Rodrigues Nádia C. P., Trajano Alexandre J. B., Souza Flavio Monteiro de et al. The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [Internet]. 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652017005000246&lng=en>. Acessado em: 25 nov. 2020.

24. CAVALCANTE PAM, Pereira RBLima, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000200255&lng=en>. Acessado em: 25 nov. 2020.

25. NONATO SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. Epidemiol Serv Saúde. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S

2237- 96222015000400681&lng=en>. Acessado em: 28 nov. 2020.

26. MILANEZ H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem? Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So10072032016000900425>. Acessado em: 28 nov. 2020.

27. TINAJEROS F, Rey Ares L, Elías V, Reveiz L, Sánchez F, Mejía M, et al. Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.iecs.org.ar/lyr_post/barreras-del-personal-de-salud-para-el-tamizaje-de-sifilis-en-mujeres-embarazadas-de-la-red-los-andes-bolivia/>. Acessado em: 28 nov. 2020.

28. CAMPOS ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2010000900008>. Acessado em: 17 dez. 2020.

29. SÁ RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade Escola – UFRJ. DST J Bras Doenças Sex Transm 2001; 13:6-8. Disponível em: <<http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/01/r13-4-2001-ci.pdf>>. Acessado em 10 out. 2020.

30. LIMA BGC, Costa MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. Epidemiol Serv Saúde 2008; 17:123-7. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974200800020000>. Acessado em 12 dez. 2020.

31. DE Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet 2001; 23:647-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So100-72032001001000006>. Acessado em 14 dez. 2020.

32. FIGUEIRÓ-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no Município de Campo Grande – MS. DST J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19:139-43. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf>>. Acessado em 14 dez. 2020.

33. ALMEIDA MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. DST J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19:144-56. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/6.pdf>>. Acessado em 22 nov. 2020.

34. PADOVANI, C., Oliveira, R. R. de, & Pelloso, S. M. (2018). Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26(o). Disponível

em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Soi04-11692018000100335>. Acessado em 22 nov. 2020.

35. SARACENI V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2017. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44> >. Acessado em 03 dez. 2020.

36. TEIXEIRA LO, Belarmino V, Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA. Tendência temporale distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Si1413-81232018000802587>. Acessado em 27 nov. 2020.

37. HUSSAIN SA, Vaidya R. Congenital Syphilis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island(FL): StatPearls Publishing; 2020. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537087/>>. Acessado em 27 nov. 2020.

38. DAMASCENO AB, Monteiro DL, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LR, TrajanoAJ. Sífilis na gravidez. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2014;13(3). Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12133>>. Acessado em 27 nov. 2020.

39. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:<https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf >. Acessado em 28 nov. 2020.

40. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7 Ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

41. MELO, MAS et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). *Rev. Adm. Saúde (On-line)*, São Paulo, v. 18, n. 71, abr.-jun. 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.23973/ras.71> Acessado em 15 set. 2022.

42. GARCÍA PJ, Williams E, Cárcamo CP, Chiappe M, Holmes KK, Peeling RW, et al. Partner Notification Among Peruvian Pregnant Women With Syphilis. *Sex Transm Dis.*[Internet] 2015 [cited Oct 26, 2016];48(8):457-62. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26165438>>. Acessado em 28 nov. 2020.

43. LOPES IMD. Epidemiologia de gestantes soropositivas para o treponema pallidum e adesão ao acompanhamento dos recém-nascidos. Repositório Institucional Tiradentes, 2020. Disponível em:<<https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/3059>>. Acessado em 04 nov.

2021.

44. PAGNUSSAT M, Assis LP, Loca AP, Gomes CF, Marinheiro JC, Souza T. Análise da adesão ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis gestacional, na região do ABC paulista. *Brazilian Journal*, vol.6, n.9, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/16631>>. Acessado em 10 out. 2021.
45. SECOLI SR et al. Health technology assessment: II. Cost effectiveness analysis. *Arquivos de gastroenterologia*, v. 47, n. 4, p. 329-333, 2010.
46. QUEIROZ ACM, Farias BO, Feijó LCA, Pinto FJM, Caprara A, Sousa, MHL. Estudos de Custo-Efetividade na Atenção Primária no Brasil: Uma Revisão Integrativa. *Essentia Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia*. Sobral, v.21, n 1, 2020, p. 32-38.
47. Menezes MO et al. Pré-natal de gestantes de risco habitual por enfermeira obstetra e obstetrix: custo-efetividade sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021, v. 37, n. 8. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076320>. Acessado em 10 set. 2022.
48. VIEIRA FS, Benevides RPS. Os Impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota Técnica*
- n. 28. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Brasil, 2016. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270> Acessado em 13 set. 2022.
49. SILVA NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa *Rev. Bras. Enferm.* 73 (4), 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834> Acessado em 15 set. 2022.
50. STIMSON CJ, Resnick MJ, Patel SG, Zaid HB, Cookson MS, Penson DF, et al. The influence of access related factors on adherence to clinical practice guidelines for muscle invasive bladder cancer. *Urology Practice*. 2012;1(3):127-33. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.urpr.2014.05.004> Acessado em 27 ago. 2022
51. BOUSQUAT A, Cohn A, Elias P. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: Viana ALD'A, Elias P, Ibañez N, organizadores. *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 245-65.
52. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama de Praia Grande*. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/praiagrande/panorama> Acessado em 14 set 2022.
53. COELHO Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 1 Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>. Acessado em 10 set. 2022.