

COMPARATIVO EPIDEMIOLÓGICO ENTRE SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL NO PERÍODO DE 2014 A 2018

Annie Karoline Santos Rodrigues¹, José Eduardo Braga Benício¹, Ana Carla Peixoto²

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), a doença se dá pela bactéria *Treponema pallidum*. Após a infecção inicial, esta bactéria pode permanecer no corpo por décadas para só depois manifestar-se novamente. Transmitida normalmente por contato sexual sem o uso de preservativo ou através de contato direto com a lesão, podendo também ser transmitida verticalmente, da mãe para o bebê, durante a gestação. **Objetivo:** Realizar uma sistemática pesquisa de campo a fim de discutir o perfil epidemiológico dos indivíduos portadores de sífilis adquirida, em gestante e congênita no período de 2014 a 2018 em território brasileiro, evidenciando o sexo de maior prevalência, a faixa etária dos infectados, fase em que foi notificada a infecção e a evolução da doença. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado em plataformas de pesquisa científica e epidemiológica a respeito dos casos positivos de sífilis. Para a realização da pesquisa, foram utilizados dados extraídos do site do Ministério da Saúde direcionado para assistência, imunodeficiência e do DATASUS, por fim os dados foram analisados, comparados e organizados em gráficos. **Resultados e Discussão:** De modo geral a maior incidência apresentou-se no ano de 2017 em todas as formas de contágio da doença, no caso da sífilis adquirida a maioria dos casos prevaleceu em pessoas do sexo masculino. Já a sífilis em gestantes, notou-se que a maior incidência ocorreu em mulheres que se encontram entre 20 a 29 anos de idade e ainda a notificação ocorreu na maioria das vezes na fase primária e na fase de latência em todos os anos abordados, no caso da infecção congênita a faixa etária da mãe infectada que predominou foi entre 20 a 29 anos e em todos os anos abordados a doença foi identificada durante o pré-natal. **Conclusão:** Percebeu-se que a doença está presente em um número elevados de pessoas, entre o sexo masculino, feminino e em todas as faixas etárias, sendo encontradas nos seus diferentes estágios de desenvolvimento, e o número de casos novos de sífilis na população brasileira é alto, o que gera preocupação.

Palavras Chaves: Sífilis, *Treponema pallidum*, Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted infection (STI), the disease is caused by the bacteria *Treponema pallidum*. After the initial infection, this bacteria can remain in the body for decades and then manifest itself again. Usually transmitted through sexual contact without the use of condoms or through direct contact with the lesion, and can also be transmitted vertically from mother to baby during pregnancy. **Objective:** To conduct a systematic field research to discuss the epidemiological profile of individuals with acquired syphilis, pregnant and congenital in the period from 2014 to 2018 in Brazilian territory, highlighting the most prevalent sex, age group of infected, phase in which infection and disease progression have been reported. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive and exploratory study conducted in scientific and epidemiological research platforms regarding the positive cases of syphilis. To perform the research, data extracted from the Ministry of Health website directed

¹ Acadêmicos do curso Bacharelado em Biomedicina do IESC FAG. E-mail: anniekaroline1998@gmail.com/eduardobragabenicio@gmail.com

² Orientadora. Biomédica Esp. em Saúde Pública. Professora do IESC FAG. E-mail: anacarla-peixoto@hotmail.com

to care, immunodeficiency and DATASUS were used. Finally, the data were analyzed, compared and organized in graphs. **Results and Discussion:** Overall, the highest incidence was in 2017 in all forms of contagion of the disease, in the case of acquired syphilis most cases prevailed in males. As for syphilis in pregnant women, it was noted that the highest incidence occurred in women between 20 and 29 years of age and the notification occurred most often in the primary phase and in the latency phase in all the years covered, in the study. In the case of congenital infection, the predominant age of the infected mother was between 20 and 29 years and in all the years covered the disease was identified during the prenatal period. **Conclusion:** It was noticed that the disease is present in a large number of people, among males, females and in all age groups, being found in its different stages of development, and the number of new cases of syphilis in the Brazilian population. is high, which raises concern.

Key words: Syphilis, *Treponema pallidum*, Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença de caráter infectocontagioso que foi descoberta em meados do século XV, e apesar de um diagnóstico de rápida detecção e tratamento de baixo custo, ainda é um grande problema de saúde pública. É uma infecção ocasionada por um agente etiológico denominado com *Treponema pallidum*, a transmissão se dá por vias orais e sexuais, através de relações desprotegidas, e pode ser classificada em sífilis primária, secundária e terciária. A princípio a contaminação pode atingir o sistema linfático, originário das regiões infectadas, e mais a frente ela pode disseminar por outras partes do corpo, por meio das vias hematogênicas¹.

A infecção se classifica como sífilis primária a partir do momento que o hospedeiro entra em contato com a bactéria e surge o aparecimento das primeiras manifestações clínicas. No caso de infecção secundária, apresentam-se ulcerações cutâneas, nas extremidades do corpo e no tronco, além das lesões nas mucosas, alopecia, adinamia, febre, entre outras manifestações. A terceira fase é bem tardia, se manifestando anos depois de contato com a bactéria, que caracteriza-se por lesões gomosas na pele, fígado, ossos, rins, entre outros órgãos².

Em muitos casos, a sífilis pode ser assintomática, portanto a infecção de parceiros das pessoas infectadas é silenciosa. Por outro lado, pode-se ocorrer da pessoa está infectada e ser diagnosticada, começar o tratamento e por apresentar melhoras no quadro clínico melhor, e por um pensamento equivocado o paciente abandonar o tratamento por se sentir curado².

Para diagnosticar a doença nas pessoas portadoras, dispõe-se de técnicas diretas que são para identificar a presença das bactérias ou resquícios delas no corpo, e técnicas indiretas, que são para buscar respostas dos anticorpos do hospedeiros a doença³.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), sobretudo a sífilis, é um grave problema de saúde pública mundial há anos, e atinge milhões de pessoas, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Devida a alta taxa de infecção com as IST's, as mesmas são encarregadas pelo o consumo de uma maior parte dos gastos com a saúde, e no Brasil desde 2006 observa-se um crescente número de pessoas infectadas com sífilis⁴.

A sífilis continua sendo um importante desafio para a saúde pública em muitos países no início do século XXI. No Brasil, mostra-se como um evento de alta magnitude e ainda apresenta indicadores desfavoráveis em termos do seu controle, sendo assim, qual a real situação da sífilis adquirida, em gestantes e congênita na atualidade em todo o território brasileiro? Devido às complicações decorrentes da sífilis, no Brasil o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto para que ocorresse o controle da doença. Portanto, toda pessoa

diagnosticada com sífilis tem que ser notificada fazendo com que ocorra uma vigilância sobre a mesma⁴.

Atualmente, os números de sífilis no Brasil apresentam-se elevados, principalmente devido à rotatividade de parceiros sexuais e a não utilização de preservativos por parte da população. As maiores taxas de infecção estão distribuídas principalmente no sexo masculino, porém, também se fazem elevadas por entre o sexo feminino e, o mais preocupante ainda, em mulheres gestantes, que como consequência, eleva os casos de sífilis congênita em território brasileiro. Dados do Ministério da Saúde apontam que, em torno de 40% das mulheres gestantes apresentam um quadro de sífilis primária ou secundária e evoluem para o aborto espontâneo^{1, 3, 5}.

Esse estudo justifica-se, devido a sua relevância social, pois é de suma importância abordar o alto número de pessoas infectadas com a sífilis em território brasileiro nos últimos anos, assim como, descrever estes registros. O estudo é bastante significativo, pois, faz-se necessário que tanto, os profissionais da área da saúde, quanto à população e os acadêmicos de cursos superiores em saúde abordem periodicamente o tema, realizando campanhas preventivas de determinados conteúdos abordados sendo caracterizados pelos métodos de ensino que prioriza a inserção prática em todos os períodos dos cursos principalmente relacionados à saúde. O conhecimento alcançado poderá elucidar a real demanda relacionada à doença, proporcionando embasamento para a realização de outros estudos acerca desta temática e fornecendo elementos que apoiem profissionais de saúde e gestores no planejamento e implementação de ações.

Observando as informações citadas a cima, o objetivo do presente trabalho é apresentar uma sistemática pesquisa de campo, a fim de, descrever o número de casos de Sífilis adquirida, em gestantes e congênita entre os anos de 2014 a 2018, em território brasileiro, evidenciando a faixa etária, sexo e fase do diagnóstico, assim como, discutir as características da doença e os principais diagnósticos e tratamento da mesma.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo trata-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, que aborda as questões epidemiológicas, que se caracteriza pela análise, observação e exploração, de uma determinada área e de um grupo específico de pessoas.

Realizou-se uma revisão de literatura sobre o tema sífilis, que foi embasada em artigos científicos, relacionados aos bancos de dados Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), em revistas e jornais on-line e site do Ministério da Saúde. E como critérios de inclusão, foram utilizados materiais de estudo em espanhol, inglês e português, e publicações de vários anos relacionados ao assunto.

Para expressar os dados epidemiológicos de pessoas infectadas com sífilis, foram utilizados dados secundários extraídos do site do Ministério da Saúde direcionado para assistência a imunodeficiência e do DATASUS os mesmos foram organizados, e comparados considerando as pessoas infectadas com a sífilis adquirida, em gestante e congênita pelo ano de contágio, no Brasil, os dados foram expostos segundo gráfico, por fim a discussão teve fundamento em pressuposições teóricas.

REVISÃO DE LITERATURA

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA SIFILIS

A sífilis é uma doença adquirida por meio de uma bactéria Gram Negativa com a morfologia de espiroqueta do gênero *Treponema*, ela é da espécie *pallidum* possui

aproximadamente de 5 a 20 mm de comprimento e somente 0,1 a 0,2mm de espessura e forma espiraladas de 10 a 20 voltas. É um microrganismo flagelado que começam na margem distal da bactéria e localiza-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Locomove-se por giro do tronco em volta dessas fibrilas, e assim auxilia na sua movimentação. A bactéria não possui membrana celular e é dotada de um envelope externo composto por peptidoglicano, mucopéptido e fosfolipídeo, sendo este último o mais externo. Vários outros gêneros de *treponema* podem atingir o homem, porém o agente etiológico da espécie *pallidum* é o de maior importância clínica².

A sífilis pode ser transmitida de diversas formas, por via oral, via sexual, por transmissão vertical (quanto à sífilis é transmitida de mãe para filho), por contato direto com as ulcerações cutâneas, seja por beijo ou toque nas mesmas⁵.

Com todos os tratamentos disponíveis para a doença, a sífilis é considerada um grave problema de saúde pública devido à alta possibilidade de reinfeção³. Em alguns casos a doença é assintomática, e assim ocorre a infecção dos parceiros sexuais das pessoas já infectadas. Por outro lado pode ocorrer também do paciente abandonar o tratamento, por perceber e entender de forma equivocada que não mais está doente, e assim a doença evolui-se para um estágio mais grave¹.

A possibilidade de infecção depende muito da carga bacteriana e do estágio da doença, na sífilis primária encontra-se cancro e muco, sendo assim é a fase aguda da doença e é quando se encontra a maior chance de contrair a doença³. Outro problema grave que ocorre, não evidenciando os dados de infecção é a subnotificação da doença em novos casos⁷. Diante disso, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema que foi criado para recolher dados sobre agravos, que se notificam em todo o Brasil.

Para se utilizar o SINAN pode-se gerenciá-los em todos os níveis administrativos, desde níveis intermediários chegando até o nível central, e assim seguindo a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o Sinan colhe informações relevantes e as pessoas responsáveis tomam decisões a nível federal, estadual e municipal no que diz respeito à gestão em saúde⁸.

A sífilis adquirida é uma enfermidade infectocontagiosa a nível sistêmico, a transmissão se dá através de atos sexuais sem proteção, normalmente pela parte genital ou anal, é quase assintomática o que faz com que a pessoa infectada com a doença não tenha o conhecimento da mesma, e assim propagando aos seus parceiros sexuais. A doença se classifica em primária, secundária, terciária e latente⁹.

Em geral ocorre o surgimento de úlceras na fase primária nos órgãos genitais acometidos, entre eles pode-se citar ainda: boca, língua e ânus. Na fase secundária esta doença atinge a pele, onde ocorre o surgimento de úlceras na parte do tronco e partes extremas do corpo, sendo eles pés e mãos. Na infecção em caráter terciário ocasiona sintomas bem mais complexos alcançando os órgãos internos, o sistema cardiorrespiratório e até mesmo o Sistema Nervoso Central (SNC), como consequência levar à morte. Ao que se relaciona ao tempo após a contaminação com a infecção, pode se classificar em latente precoce (até um ano) ou latente tardia (após um ano)¹⁰.

A sífilis em gestantes tem a transmissão da mesma maneira que na sífilis adquiridas, ou seja, por vias sexuais, o que agrava a situação nesse caso é a gestante ser acometida pela infecção, e ela não ser tratada ou fazer o tratamento de maneira inadequada, podendo ocorrer assim à contaminação verticalmente. O bebê tem a possibilidade de ser infectado ainda dentro da barriga (via transplacentária) em qualquer fase da gestação ou durante o parto pelo canal vaginal e contato com as úlceras¹¹. O Ministério da Saúde propõe a realização do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) no princípio do pré-natal (caso o resultado do exame seja positivo deve-se iniciar o tratamento do parceiro e da gestante) deve-se ainda ficar fazendo controle com VDRL para triagem da doença¹².

Tudo isso só ocorre pelo grande número de gestantes infectadas pela bactéria *T. pallidum* e também pela facilidade no tratamento e diagnóstico da doença, tendo em vista que quanto antes for diagnosticado mais fácil será o tratamento da gestante e do parceiro infectado e maior chance de redução dos números da doença¹³.

A sífilis de caráter congênito inicia-se quando o *T. pallidum* através da disseminação sistêmica é transmitida para o bebê quando a mãe não dá atenção de maneira correta para a infecção; quando esta é tratada de forma inadequada, por reinfeção, por via transplacentária ou no momento do parto. A infecção pode resultar em aborto, parto prematuro, perda fetal e morte perinatal⁹.

A chance de transmissão para o feto é maior na fase em que há grande quantidade de bactérias circulantes no sangue, ou seja, na fase aguda. Na sífilis primária e secundária, esse índice varia de 70-100%. Já na latente recente, chega a 40% e na latente tardia, 10%. Em crianças de até dois anos diagnosticada com sífilis, temos a sífilis congênita precoce, que tem por características clínicas: prematuridade, osteocondrite, anemia, hepatoesplenomegalia, alteração no sistema nervoso central, baixo peso, nariz em sela, icterícia, lesões mucocutâneas, febre, rinite, trombocitopenia, meningite, palidez dentre outros sintomas⁵.

Se o diagnóstico for feito em crianças a partir dos dois anos, temos a sífilis congênita tardia e suas características clínicas são irreversíveis, dentre elas podemos citar: tibia em forma de lâmina de sabre, mandíbula curta, surdez, fronte olímpica, dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, molares em amora, surdez causada por lesão neurológica dentre outros sintomas¹⁶. Ressalta-se ainda que, a sífilis congênita afeta os recém-nascidos em maior número, do que qualquer outra doença neonatal³.

A sífilis é uma infecção que se apresenta em diferentes fases, pode-se apresentar em quatro determinadas etapas: sífilis primária, secundária, terciária e sífilis latente¹⁴.

A sífilis primária é decorrente do microrganismo presente *T. pallidum* em contato com o corpo humano, o quadro clínico relaciona-se com ulcerações cutâneas e muco em determinadas partes do corpo, são ferimentos indolor que se caracterizam com o fundo e a borda endurecidas que se nomeiam como cancro duro, essas úlceras podem aparecer e desaparecer em um determinado período de tempo. O período de incubação da infecção varia entre 3 a 90 dias, as ulcerações (são a resposta da multiplicação bacteriana) podem surgir até 21 dias após a inoculação da bactéria, podendo ser vaginal, peniana ou extragenital (anus, mama, língua e boca)⁸. Algumas dessas bactérias chegam aos gânglios linfáticos da região da infecção e a partir daí ocorre a disseminação da doença por todo o corpo através do sangue³.

Na infecção de caráter secundário o *T. pallidum* é disseminado para todas as partes do corpo, através da circulação sanguínea, e podem ocasionar muitos sintomas através do sistema imunológico entrando em ação por meio das células de defesa⁶. Os sintomas mais relacionados com a doença são: febre alta, cefaleia, alopecia, hepatoesplenomegalia, artralgia, anorexia, prurido, as erupções que são características da doença principalmente no tronco (costas) e nas extremidades do corpo (planta dos pés e palmas das mãos)⁵.

A infecção de caráter terciário ocorre entre 1 a 10 anos após o contato, e uma pequena minoria de pessoas infectadas com a sífilis, se desenvolve até essa fase, caracterizando-se pelos infectados que não fazem o tratamento de forma adequada. No quadro clínico dessas podem apresentar lesões gomosas e essas podem atingir o sistema nervoso e cardiovascular, além do fígado e dos músculos, as lesões são indolores e quando úlceras deixam cicatrizes⁷.

A fase latente da sífilis não possui nenhum sintoma ou sinal de infecção e só pode ser percebida através dos testes sorológicos nos pacientes que em alguma fase da vida apresentou sintomas da sífilis primária e secundária, e após estes sintomas das duas fases desaparecerem por si só, e a marca do início da fase latente. Portanto pode ser classificada como tardia (com mais de um ano após o contato com a bactéria) ou precoce (com menos que um ano)¹⁵.

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO PARA SÍFILIS

Para o diagnóstico dos portadores da doença, dispõe-se de técnicas diretas que visam observar a bactéria ou parte das mesmas, e de técnicas indiretas que propõem observar os anticorpos do corpo da pessoa com a patologia relacionadas com o patógeno³.

Os métodos diretos correspondem: a Imunofluorescência Direta (IFD), microscopia no campo escuro, e Reação da Cadeia da Polimerase (PCR), estes métodos são utilizados exclusivamente na fase inicial da patologia (sífilis primária e sífilis secundária) que são as fases onde estão presentes os cancros, e muco ricos na quantidade das bactérias, e assim traz a eficiência dos exames em questão ate porque as técnicas buscam a bactéria ou parte dela. Se utilizados na fase tardia, os testes apresentam uma baixa eficiência³.

Os métodos de diagnósticos indiretos são testes sorológicos e podem se classificar em não treponêmicos e treponêmicos³. Os métodos não treponêmicos são mais baratos, portanto são os mais utilizados para o diagnóstico¹⁶. Caso o resultado dê reativo no método não treponêmico, é solicitado um teste treponêmico para a confirmação e saber em qual estágio se encontra a infecção³. Analisando os critérios do o Ministério da Saúde (2017) e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e OMS o diagnóstico deve ser expresso da seguinte maneira:

- Em casos de sífilis adquirida, em pessoas sintomáticas, é necessário apenas um exame, independente de ser não treponêmico ou treponêmico.
- Ao fazer análise de caso de sífilis em gestantes, os critérios apresentam uma certa diferenciação, pois abrange todas as fases que são: pré-natal, parto e puerpério.
- Se tratando de gestantes assintomáticas, considera-se apenas um ou dois testes reagentes sem tratamento da gestante.
- Se for gestante sintomática, define-se apenas com um teste treponêmico, de qualquer título, ou não treponêmico⁴.

Testes não-treponêmicos detectam anticorpos dirigidos para combater antígenos das células danificadas do hospedeiro pela infecção. Os mais usados são o VDRL e o Rapid Plasma Reagin (RPR). Ambos possuem especificidade entre 95 a 99% e sensibilidade entre 85 a 100%³.

Testes treponêmicos detectam anticorpos direcionados a antígenos da bactéria *T. pallidum*, sendo, portanto mais específicos que os não treponêmicos. Alguns dos testes treponêmicos mais utilizados são: Ensaio de Hemaglutinação *Treponema Pallidum* (TPHA); Aglutinação de Partículas de *Treponema Pallidum* (TP-PA); e Absorção de Anticorpos Treponêmicos Fluorescentes (FTA-Abs). Recentemente têm sido utilizadas análises baseadas em Imunoensaio Enzimático (EIA). A sensibilidade e especificidade dos testes treponêmicos são de 90 a 100% e de 95 a 100%, respectivamente³.

A mais de cinquenta anos utiliza-se a penicilina para o tratamento da sífilis, tem eficiência para tratar à sífilis adquirida quanto às sífilis congênita. A penicilina administrada em quantidades de doses e tempo determinadamente adequadas é bactericida, não deixando que precursores (que são formados por enzimas catalisadoras) da parede celular das bactérias atuem. A parede da bactéria não tem mais condições de se recompor e fica sujeita à ação hidrolítica das lisozimas do organismo¹⁷. O tratamento inicia-se de acordo com o estágio na qual a enfermidade se encontra. Quanto às sífilis congênita, a penicilina também é o medicamento de escolhido para o tratamento¹⁵.

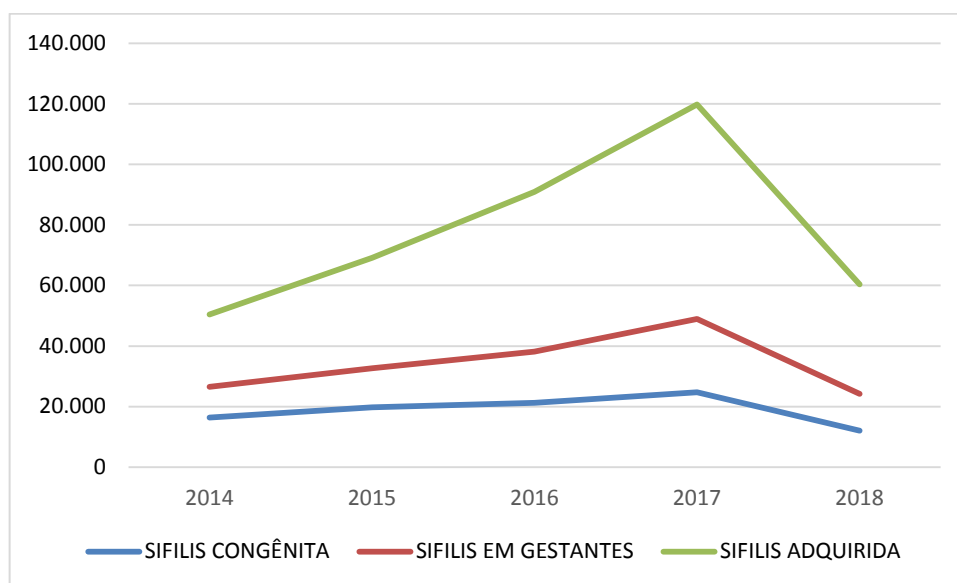
Uma das melhores maneiras de se combater a sífilis é por meio de prevenções e campanhas diretamente enviadas para o público-alvo, Alguns fatores para se notar tais como baixa renda, nível de escolaridade e estado civil, tipo, união estável ou morar juntos, são fatores sociodemográficos que devem ser considerados como apontadores de maiores chances

de adquirir a doença. Além desses fatores, considera-se também vida sexual ativa cada vez mais precoce, variedade de parceiros sexuais, uso de entorpecentes e relações sexuais desprotegidas¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com dados obtidos pelo sistema de informações SINAN, disponibilizados no DATASUS e os boletins epidemiológicos do ministério da saúde os casos de sífilis não se mantiveram estáveis entre 2014 a 2018 como mostra o Gráfico 1, apresentando assim, um acentuado crescimento no período de 2017, e de acordo com os dados do gráfico 1, é possível verificar que, em 2014 os casos confirmados de sífilis foram de 50.410 mil pessoas acometidas pela sífilis adquirida. Contudo, nota-se que os casos confirmados de sífilis adquirida continuam a aumentar sistematicamente desde 2015 a 2017, com o maior número de casos em 2017 (119.800 novos casos), em 2015 foram registrados 69.142 resultados positivos e em 2016 ocorreu um aumento de 21.714 novos casos, com um total de 90.883. Já em 2018, é possível verificar que ocorreu uma queda nestes números, com apenas 60.390. Em 2014 foram confirmados 50.410 casos de sífilis Adquirida

Gráfico 1 Casos confirmados das 3 principais formas de contágio da sífilis (adquirida, gestantes e congênita), entre os anos de 2014 a 2018 no Brasil.



Fonte: DATASUS.

Provavelmente as mudanças no comportamento destes números, principalmente, quanto a redução dos casos, podem estar relacionadas com a eficácia das campanhas de conscientização acerca das IST's realizadas pelo Ministério da Saúde junto as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde. Outro fator que pode estar contribuindo para a redução, pode estar ligada a disponibilidade em pontos específicos e estratégicos de distribuição gratuita de preservativos femininos e masculinos, principalmente em eventos de grande magnitude como, carnavais (temporada de praias).

Porém, quanto a avaliação dos casos confirmados em gestantes, os resultados mostram-se um pouco mais homogêneos com relação à infecção pela bactéria causadora da doença no período da gravidez. (No gráfico 1) é possível visualizar que, de 2014 a 2016, os números mantiveram-se instáveis com um crescimento constante e discreto. Em 2014, foram

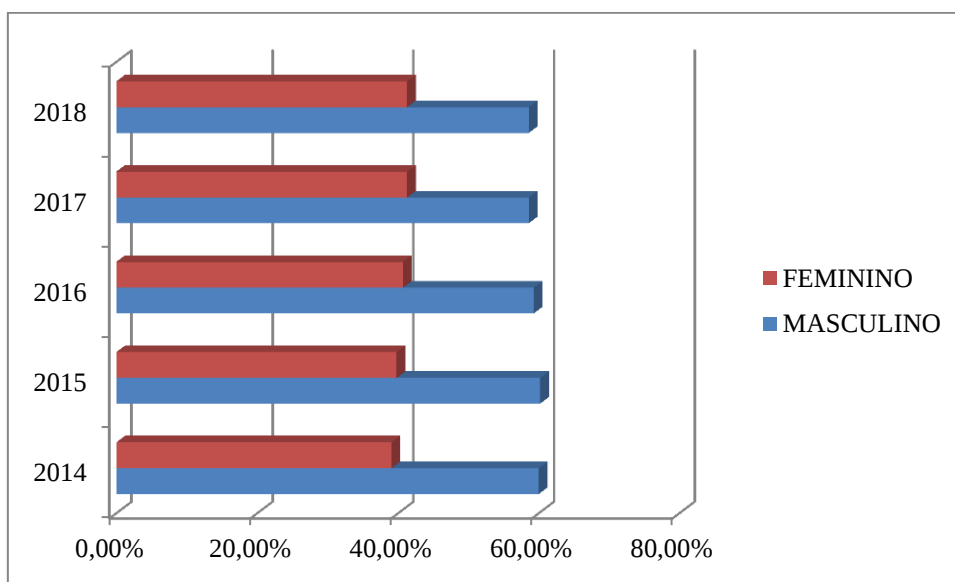
registradas 26.569 gestantes com sífilis e, em 2015 ocorreu um aumento de 6.136 a mais do que no ano anterior, com um total de 32.705 gestantes doentes. Já em 2016 foram registrados 38.124, e em 2017 o número de gestantes portadoras da bactéria *Treponema Pallidum* também se comportaram com um aumento assustador, com 10.848 casos a mais do que em 2016 totalizando 48.972. Contudo, considera-se que, em 2018 ocorreu uma redução significativa neste número, que se comportou como o menor desde 2014, com uma redução de 2.315 casos e um total de 24.254.

Estes resultados estão de acordo com aqueles encontrados em um trabalho realizado com dados coletados em um período entre o dia primeiro de junho de 2000 a 31 de maio de 2001, em um hospital universitário da região sul do Brasil, intitulado “Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal”. Neste trabalho das 1.739 gestantes avaliadas 27 eram soro positivo para a bactéria causadora da doença¹⁸.

O Gráfico 1 também apresenta os resultados quanto ao número de casos congênitos de sífilis. Estes resultados apresentaram uma similaridade de comportamento quando comparados com a sífilis adquirida e em gestantes, pois o ano de 2017 é marcado por um aumento notório nestes números de 24.746, enquanto que, de 2014 a 2016 estes números cresceram discretamente, com os seguintes resultados: 16.347 em 2014; 19.722 em 2015 e 21.270 em 2016 respectivamente. Já em 2018, ocorreu uma redução de mais de 50% no número de 12.720 a menos em relação a 2017, totalizando 12.026.

Além do número geral de indivíduos infectados pelo *Treponema Pallidum*, é possível observar também, os casos de sífilis adquirida de acordo com o sexo (Gráfico 2). De forma geral é possível visualizar que o sexo masculino representa as maiores vítimas da doença entre os anos de 2014 a 2018 com todos os anos a cima de 58% dos casos.

Gráfico 2 Os casos de sífilis adquirida de acordo com o sexo entre os anos de 2014 a 2018 no Brasil.



Fonte: DATASUS

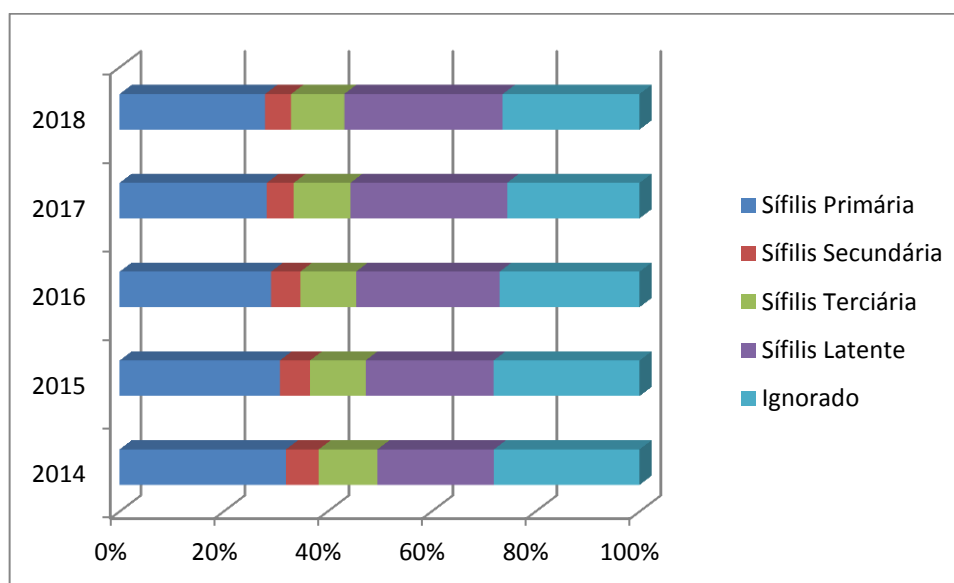
Durante os anos de 2014 a 2015 o número de homens contaminados pela Sífilis adquirida foram os maiores durante os 5 anos analisados. Dos casos de 2014, 60,03% eram homens, contra 39,07% mulheres. Em 2015 estes resultados apresentaram-se praticamente constantes, com 60,2% homens e 39,8% mulheres. Já em 2016, observou-se uma discreta diminuição de meninos contaminados, com 59,3% contra 40,7% de meninas. Em 2017 e 2018 os números se

comportaram da mesma forma e com o mesmo perfil, com 58,6% dos casos do sexo masculino e 41,3% feminino respectivamente.

A Sífilis adquirida representa o maior índice de todos os casos informados ao sistema no Brasil até o ano de 2006, pois esta doença é contraída por via sexual, ou seja, pelo contato entre um indivíduo sadio com um outro doente¹⁹. No entanto, para que uma pessoa possa contrair Sífilis adquirida, é necessário entrar em contato direto com as ulcerações treponêmicas existentes no aparelho sexual do doente, sendo que, estas lesões são causadas pela bactéria. É necessário enfatizar ainda que, para alcançar a cura desta doença é indispensável realizar o diagnóstico e assim, prescrever o melhor tratamento que deve ser administrado para ambos os parceiros sexuais com sífilis adquirida recente que, nesse caso, atuam como casos-fontes de disseminação da doença²⁰.

Já, o gráfico 3 do presente trabalho mostrou que, em 2014 foram registrados 50.410 mil novos casos de sífilis no Brasil, sendo que deste total, 32% foi diagnosticada como sífilis primária, 6,3% secundária, 11,3% terciária e 22,4% como sífilis latente conforme demonstra o gráfico 3. Portanto, é possível visualizar que, a maioria dos casos foram diagnosticados entre 2014 a 2015 quando a doença ainda era sífilis primária, ou seja, durante os primeiros sintomas da mesma, o que maximiza as possibilidades de cura da paciente e, consequentemente a redução das chances de transferência da bactéria para o feto.

Gráfico 3 Casos de Sífilis em gestantes de acordo com a classificação clínica da doença no momento do diagnóstico no período de 2014 a 2018 no Brasil.



Fonte: DATASUS.

Em 2014, 32% dos casos de sífilis foram diagnosticados em gestantes ainda na fase inicial, ou seja, durante o estágio primário da doença; 6,3% no estágio secundário e 11,3% no terciário, entanto, 22,4% foram diagnosticadas já no estágio de latência, ou seja, no período em que a cura já não se faz mais possível e que o tratamento tem a função de reduzir a multiplicação da bactéria e assim, minimizar os sintomas da mesma a fim de evitar a contaminação do feto. Contudo, 28% dos casos de 2014 foram completamente ignorados, fazendo com que, não seja possível acompanhar a evolução do tratamento e o desenvolvimento da doença nestas gestantes.

Já em 2015, 30,8% das pacientes foram diagnosticadas ainda na fase primária da doença; 5,8% na secundária; 10,7% na terciária e 24,6% a sífilis já se encontrava na fase de

latência, aumentando os riscos de contágio do feto. Em 2015 a porcentagem dos casos ignorados ultrapassou o ano de 2014, com um total de 28,1% dos mesmos.

Em 2016, o diagnóstico da sífilis latente em gestantes apresentou um aumento de 3 pontos percentuais a mais do que em 2015, pois, 27,6% das pacientes foram diagnosticadas já na fase de latência da doença, contra 29,1% dos diagnósticos realizados na fase primária; 5,6% durante a fase secundária e 10,7% na terciária. Já os casos ignorados reduziram para 26,9% em relação ao ano de 2015.

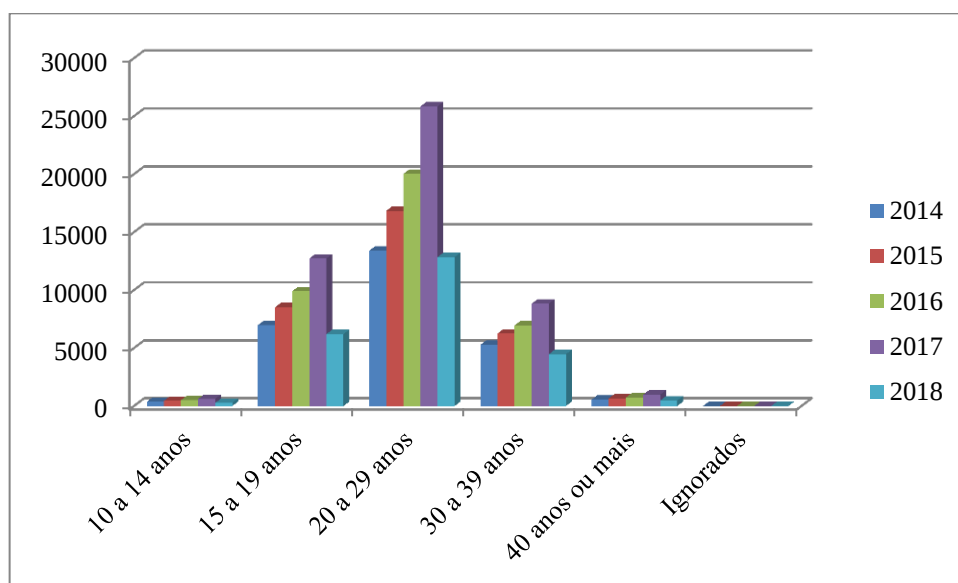
Ainda no gráfico 3 é possível observar os resultados do estágio clínicos do diagnóstico da doença também para o ano de 2017. Estes resultados apontam um aumento dos casos que só foram diagnosticados no estágio de latência com 30,1% concordando com o perfil epidemiológico do ano de 2017. Já 28,3% foram diagnosticados na fase primária; 5,2% na secundária e 10,9% na terciária. Em 2017 também ocorreu uma redução de 1,4% para os casos ignorados, com um total de 25,5% dos mesmos.

Já em 2018, os resultados não se apresentaram com diferenças discrepantes quando relacionados a 2017. Porém, a maioria dos casos 30,5% das gestantes só foram diagnosticados no período de latência, contra 28% na fase primária; 5% na secundária e 10,2% na terciária. No entanto, os casos ignorados subiram 0,8%, com um total de 26,3% de gestantes não informadas no sistema.

Alguns autores enfatizam que, existem regiões do Brasil em que as gestantes encontram inúmeras dificuldades de acesso aos serviços oferecidos a fim de atestar e acompanhar a sua saúde e de seu filho, como por exemplo, a insuficiência de oferta nos serviços de pré-natal e de realização de exames para o diagnóstico laboratorial. Por tanto, as elevadas taxas de sífilis congênita estão intimamente relacionadas à deficiência e/ou ausência de assistência médica especializada para o atendimento pré-natal^{18,21}.

Além dos resultados quanto a etapa de desenvolvimento da doença ao qual foi realizado o diagnóstico, o gráfico 4 apresenta os resultados referentes a idade das mesmas no momento em que ocorreu o diagnóstico. De forma geral, é possível visualizar que as maiores das gestantes diagnosticadas com a doença já se encontravam na faixa etária entre 20 a 29 anos, assim como, a existência no sistema de criança e adolescentes com idade entre 10 a 14 anos grávidas e positivas para sífilis. Concordando com os resultados anteriores é possível perceber que, ao ano de 2017 mais uma vez é recorde quanto ao número de crianças e adolescentes portadoras da bactéria.

Gráfico 4. Faixa etária das gestantes diagnosticadas com sífilis entre os anos de 2014 a 2018 no Brasil.



Fonte: DATASUS

Em 2014 foram registradas 13.399 gestantes com idade entre 20 a 29 anos com sífilis. Já em 2015 ocorreu um aumento de 3.435 gestantes se relacionar com o ano anterior e um total de 16.835. Em 2016, os resultados não se comportaram de uma forma diferenciada, pois, ocorreu um aumento de 3.188 casos em relação ao ano de 2015, totalizando 20.023 gestantes confirmadas para a doença. No entanto, o ano de 2017 apresentou o maior aumento, com 5.820 a mais do que o ano anterior, ou seja, com um total de 25.843. Mesmo com um aumento recorrente de gestantes que se encontravam no perfil de 20 a 29 anos com sífilis em 2018 este número reduziu consideravelmente em relação a 2017, apresentando redução de 12.995 casos e um total de 12.848.

Estes resultados estão de acordo com aqueles encontrados em um trabalho realizado em uma Clínica Universitária no setor de obstetrícia localizada região sul do Brasil, em que, a média na idade das gestantes diagnosticadas com sífilis foi de 24,4 anos. Deste número, 29,6% das gestantes eram adolescentes, com idade de até 19 anos; 55,6% eram mulheres que se encontravam na idade entre 20 a 29 anos; 11,1% estavam entre 30 a 39 anos e 3,7% tinham mais que 39 anos, corroborando assim com os resultados encontrados e apresentados no presente trabalho por meio do sistema data SUS¹⁸.

Quanto as gestantes com idade entre 10 e 14 anos os resultados não comportam diferentes quanto os resultados discutidos anteriormente, pois, o ano de 2017 apresenta uma alta radical em comparação à notória redução dos resultados apresentados pelo ano de 2018. No gráfico 4, é possível visualizar que, 370 meninas estavam gestantes e infectadas, enquanto que, em 2015 eram 446, apresentado um aumento de 76 casos na comparação entre um ano e outro. Já em 2016 e 2017, estes números continuaram a subir, sendo que, em 2016 foram 514 adolescentes gestantes contra 608 em 2017, apresentando um aumento de 94 casos a mais. No entanto, em 2018 estes números reduziram consideravelmente, apresentando o menor resultados dentro dos 5 anos analisados e uma redução de 336 gestantes a menos diagnosticadas com sífilis neste ano e um total de 272 diagnosticadas.

O perfil apresentado por gestantes com idade entre 15 a 19 anos também apresentaram aumento considerável entre os anos de 2014 a 2017 e uma redução no ano de 2018. Em 2014 foram diagnosticadas 6.983 mulheres como portadoras da bactéria *T.*

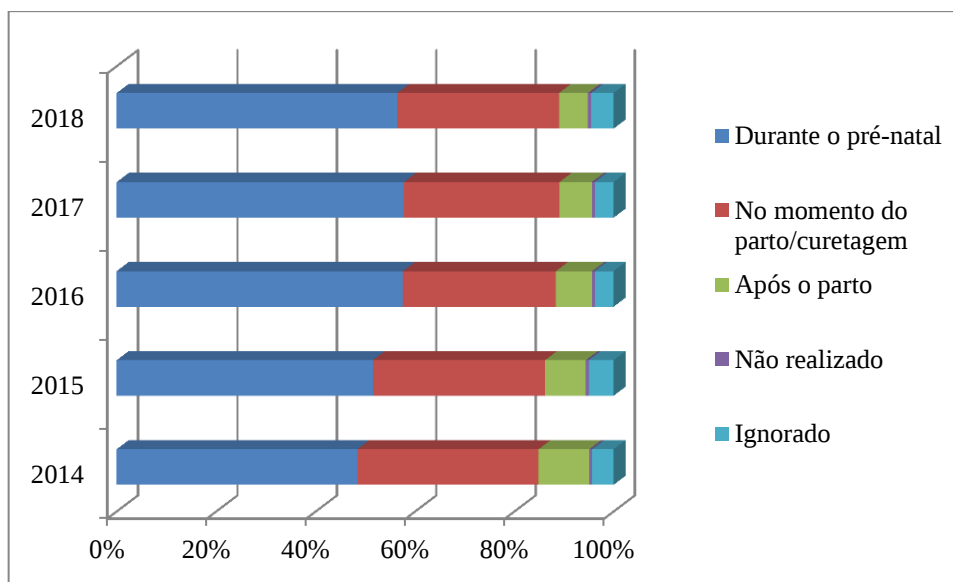
pallidum, contra 8.522 em 2015; 9.903 no ano de 2016 e 12.724 em 2017, com um aumento no número de casos entre 2014 a 2017 de 4.202. Já em 2018 este número apresentou-se o menor dos 5 anos analisados anteriormente, com uma redução para a metade de casos em relação a 2017 com um número total de 6.200.

A maioria dos trabalhos encontrados discute o fato de que, a idade prevalente de gestantes com sífilis é entre 20 a 34 anos. Como por exemplo, um trabalho realizado em Palmas do Tocantins, em que dados coletados do sistema SINAN entre os anos de 2011 a 2015, 70,45% das gestantes diagnosticadas com sífilis estavam com idade entre 20 a 34 anos, sendo que, os resultados para as meninas e adolescentes foram os que se comportaram em menor número, com apenas 1,13%¹⁹. Estes mesmos resultados também foram encontrados ainda na Capital do Tocantins e relatados por outros autores no ano de 2016²⁰.

Em um trabalho realizado na região Sul do Brasil em 2014, a faixa etária das mulheres com sífilis estava concentrada para aquelas que tinham 30 anos ou mais²². Na mesma região, em outro trabalho realizado em este número apresentou-se de forma diferente, em que o maior número estaria na população de gestantes com idade entre 19 a 35 anos²³. Possivelmente, estes resultados se fixaram na população de mulheres que estão entre a maior idade até a fase adulta, pois este é o momento que representa o auge das necessidades reprodutivas das mesmas, sendo inevitável a relação sexual para os fins de reprodução²⁴.

O gráfico 5 buscou avaliar em qual período da gestação foi realizado diagnóstico da doença. De forma geral, é possível perceber que, a maioria dos diagnósticos foram realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou durante a curetagem.

Gráfico 5 Período da gestação em que foram registrados os diagnósticos de sífilis no período de 2014 a 2018 no Brasil.



Fonte: DATASUS

De acordo com os dados a maioria das gestantes obtiveram os resultados ainda no momento do pré-natal, em 2017 apresentou o maior índice de diagnósticos confirmados com 57,7% dos casos de sífilis diagnosticada no pré-natal; 2016 em segundo lugar com 57,5%; 2018 em terceiro (56,4%); 2015 em quarto e 2014 em quinto com 51,5 e 48,4% respectivamente.

Estes resultados apresentaram o mesmo perfil daqueles encontrados em um trabalho intitulado “Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal”, em que 70,4% das

pacientes afirmaram ter recebido o seu diagnóstico *Treponema* positivo ainda nas primeiras consultas de pré-natal¹⁸.

Já para os diagnósticos realizados em gestantes somente no momento do parto, ainda quando o médico estava realizando a curetagem, o ano de 2014 apresentou o maior resultado, pois, 36,5% das pacientes só souberam que estavam portando a doença quando já tinham entrado em trabalho de parto. Este número foi decaindo no decorrer dos anos, sendo que, de 2014 para 2015 o número de gestantes que descobriram a doença somente nesta etapa caiu 1,8% com um total de 34,7%. 2018 foi o terceiro ano no ranking da doença na fase do parto, com somente 32,6%, posteriormente 2017 com 31,3% e por fim, 2016 com 30,8%.

No entanto, também foram encontrados dados divulgados a respeito dos casos de mães que só obtiveram seus resultados bem posteriores ao parto. No gráfico 5 é possível visualizar que, 2014 lidera este ranking com 10,2% dos diagnósticos concebidos algum tempo após o parto. Posteriormente 2015 com 8,2%; 2016 com 7,3%; em quarto lugar está o ano de 2017 com 6,5% e por fim, 2018 com somente 5,8% dos diagnósticos efetivados após o parto.

Estes resultados são corroborados por aqueles encontrados na Clínica Universitária do Sul do Brasil, em que 70,4% das gestantes descobriram ser portadoras da doença ainda durante as primeiras consultas de pré-natal, enquanto que 29,6%, só descobriram estar com doença na ocasião do nascimento da criança¹⁸.

Também foram divulgados resultados quanto à porcentagem de casos suspeitos e diagnósticos clínicos não realizados e de casos ignorados. Para os dois parâmetros, nota-se que, os casos ignorados superam os casos suspeitos e não diagnosticados, como por exemplo, somente em 2014 foram registrados que possivelmente 4,3% das suspeitas de sífilis em gestantes foram ignoradas e que 0,6% não tiveram seus exames realizados. Já em 2015, 5% dos casos foram ignorados e 0,6% não foram efetivados os diagnósticos. Esta realidade não foi diferente para os anos de 2016, 2017 e 2018 respectivamente, pois, em 2016 e 2017 foram 3,8% ignorados respectivamente contra 0,5% não realizados em 2016 e 0,6% em 2017. Já para o ano de 2018 que, 4,5% foram ignorados contra 0,7% não realizados.

A sífilis é uma doença preocupante em todos os estágios da gestação, pois a bactéria pode contaminar o bebê em desenvolvimento, e assim, ocasionar inúmeros problemas à saúde do mesmo. Como a transmissão do *Treponema pallidum* para o bebê pode ocorrer de forma vertical, ou seja, através da placenta, os cuidados para a prevenção da transmissão da doença da mãe para o filho deve ocorrer desde o início da gestação que irá se estender até mesmo após o parto.

Alguns trabalhos relatam ainda que, esta infecção pode ocorrer em qualquer um dos estágios gestacionais, porém, o maior risco se encontra após o 4º mês de gestação devido ao atrofiamento fisiológico das células Langerhans do trofoblasto. Contudo, é comum que ocorra a contaminação no período perinatal secundário, quando o feto entra em contato com lesões maternas que apresentam alto potencial infectante, ou, até mesmo por ocasião da ingestão do líquido amniótico, o que pode explicar o fato de algumas crianças que foram submetidas ao exame de sífilis no momento do nascimento e obtiveram resultados negativos e algum tempo após apresentarem manifestações clínicas da doença²⁵⁻²⁸.

Porém, alguns autores afirmam que, as possibilidades de transmissão perinatal da doença têm íntima relação com a carga bacteriana apresentada pela mãe, pois, quanto mais *Treponema* circulante na corrente sanguínea da mesma, maior é o risco de contaminação do feto. Por este motivo, nas fases primárias e/ou secundária da sífilis existe o maior risco de contaminação do feto, que pode ocorrer em até 100% dos casos. No entanto, observou-se que, nas fases latente precoce (em que a doença apresenta menos que um ano de evolução) e latente tardia (a doença está com mais de um evoluindo no organismo do hospedeiro) apresentam menor possibilidades de contaminação vertical, sendo que, as possibilidades na

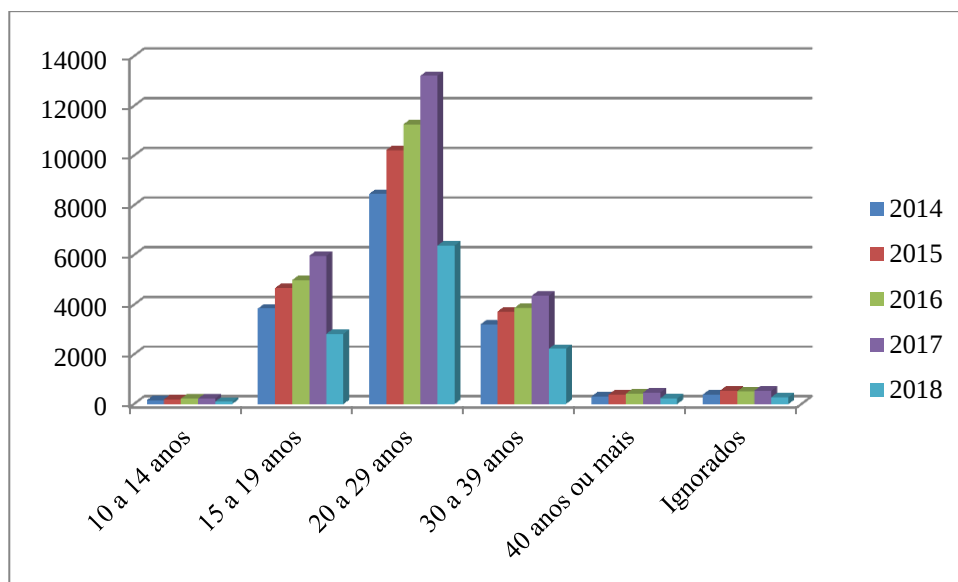
fase latente precoce são de aproximadamente 80% e na e latente tardia de mais ou menos 30%^{26,29,30}.

A legislação do SUS, preconiza que, a cobertura da assistência a gestante durante o pré-natal deve ser universal em todas as regiões brasileiras e independe de qualquer dado estatístico voltado ao tamanho ou características da população, como por exemplo, dos dados demográficos ou características da gestante³¹. No entanto, observou-se uma menor cobertura pré-natal na região Norte do país, principalmente em mulheres que apresentavam baixa escolaridade e/ou componentes de etnias indígenas, provavelmente devido às dificuldades de mobilidade até a unidade de saúde, devido às barreiras geográficas, ou até mesmo, por aspectos sociais e culturais intrínsecos a população atingida¹⁹.

Para conquistar uma gestação segura, a mulher deve fazer no mínimo 6 consultas pré-natais durante os 9 meses de gravidez, com preferência de uma consulta no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação a fim de averiguar a saúde da mesma e de seu filho³². Pois, no momento do pré-natal associado a uma assistência de qualidade é possível implantar na gestante informações e orientações relevantes para a saúde de sua gestação, assim como, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissível durante a gravidez e após o parto³³.

No gráfico 6 encontram-se os resultados em número dos casos de crianças que apresentaram sífilis congênita em relação a idade da mãe. De forma geral, é possível verificar que, os maiores números de crianças que nasceram com sífilis, as mães já estavam em uma idade superior a maior idade (de 20 a 29 anos).

Gráfico 6 Número de casos de sífilis congênita em relação a idade da mãe entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: DATASUS.

Somente em 2014, foram registradas 8.456 mães que tiveram seus filhos na idade entre 20 a 29 anos e eram portadoras da bactéria *Treponema pallidum* e consequentemente passaram-na a seus filhos. De 2014 a 2017 é possível perceber que este número aumenta consideravelmente, sendo que, somente em 2015 foi possível observar um registro de 1.762 casos a mais daqueles descritos em 2014, apresentando um total de 10.218 neste mesmo intervalo de idade que passaram a doença a seus filhos.

Já entre os anos de 2015 a 2016 observou-se um aumento de 1.040 sendo registrado um total de 11.257. O ano de 2017 apresentou maior o número de crianças com sífilis congênita em que a mãe se adequa a idade prescrita a cima, com um total de 13.211 mães com idade entre 20 a 29 anos, com um aumento de 1.954 casos em relação ao ano de 2016. No entanto, em 2018 estes números caíram mais de 50%, pois neste ano foram registrados somente 6.383 que em comparação a 2017 uma redução de 6.828 números de gestantes na idade de 20 a 29 anos que transferiram sífilis a seus filhos durante a gestação.

Foram apresentados também, os resultados de adolescentes e jovens de 15 a 19 anos. Estes resultados também se comportaram com um auto número de mães com esta idade e que transferiram a doença a seus filhos. Mais uma vez, o ano de 2017 para este parâmetro apresentou o maio número de mães que tiveram filhos com sífilis congênita, com 5.963 de casos, sendo que, 2014 a 2017 é possível visualizar um aumento progressivo nestes números, pois, em 2014 o sistema divulgou 3.844 e em 2015 o sistema divulgou um aumento de 827 a mais que o ano anterior e um total de 4.671 mães com filhos positivos para sífilis congênita. Já em 2016 foram 4.988 e em 2018 o número reduziu acentuadamente, comportando-se como o menor número dos 5 anos analisados no presente trabalho (2.826 diagnósticos congênitos com mães em idade de 15 a 19 anos).

O número de sífilis congêntas na população de mães com idade entre 30 a 39 anos também apresentou resultados elevados. Somente no ano de 2014 foram encontrados 3.199 registros de mães com o perfil citado a cima; em 2015 foram 3.719; 2016 com 3.874 e, 2017 mais uma vez como ano que apresentou o maior número destes casos com 4.359. É possível observar ainda na figura 6 que, em 2018 mais uma vez apresentou o menor número, com uma redução de 2.136, o que corresponde a um total de 2.223.

Também foram encontrados resultados para mães com mais de 40 anos que transferiram a doença a seus filhos. Contudo desde 2016 a 2017, os números comportam-se de forma a elevar gradativamente, em 2014 foram 309 contra 386 casos de 2015 e 417 em 2016. Já 2017, o maior número, com 458 e em 2018, mais uma vez o menor número, com somente 225 casos registrados de mães com mais de 40 anos que tiveram filhos com sífilis congênita.

O gráfico 6 também demonstra os resultados de meninas que além de estarem gestantes em uma idade inapropriada e/ou não recomendada devido os riscos durante a gravidez ou até mesmo no momento do parto (10 a 14 anos), também deram luz a filhos portadores da bactéria causadora da sífilis. Mais uma vez, o número de crianças que se encaixam no perfil a cima aumenta gradativamente de 2014 a 2017 com resultados em queda somente em 2018. Em 2014 foram registradas 152 meninas com filhos portadores de sífilis contra 188 de 2015 e 221 de 2016 e 2017 respectivamente. Contudo, em 2018 ocorreu uma queda de 127 diagnósticos para este perfil, com somente 94 meninas que deram luz a crianças com sífilis.

Além dos resultados específicos com relação a idade e o diagnóstico da doença nos filhos, também foram expressos os resultados dos casos ignorados, em que, somente em 2014 foram 387 contra 540 de 2015; 513 em 2016; 534 de 2017 e em 2018 uma redução de 259 casos e um total de 275 crianças que nasceram com sífilis congênita, porém, não se sabe a idade em que a mãe se encontrava no período da gestação e da concepção do filho.

Outros trabalhos realizados no Brasil também encontraram número alarmantes de sífilis congênita pela população, como por exemplo, um trabalho intitulado “Sífilis Congênita: Perfil Epidemiológico em Palmas – Tocantins” e publicado em 2018. Neste trabalho foi avaliado os casos de sífilis congênita registrados na capital em um período de 2011 a 2015, em que, somente em Palmas foram registrados 176 casos neste período estando a cima da média de todos os Estados da região Norte¹⁹.

Já para o Estado de Rio de Janeiro, entre o período de 2000 a 2010, foi registrado uma proporção de 10 casos de sífilis congênita para cada 1.000 recém-nascidos vivos³⁴. Em Belo Horizonte, no período entre 2001 a 2008 ocorreu um aumento súbito no número de casos

positivos da doença de forma congênita, pois os números saltaram de 0,9 para 1,6 recém-nascidos positivos para cada 1.000 nascidos vivos, o que representou um aumento de 78% dos casos³⁵. Já no Distrito Federal do Brasil, de 2007 a 2009 subiram de 1,6 para 2,6 casos de sífilis para cada 1.000 recém-nascidos vivos³⁶. Sendo que, todos estes valores apresentaram-se, a cima do preconizado pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), pois a mesma, determina que, os números não podem ultrapassar de 0,5 casos de sífilis congênita para cada 1.000 recém-nascidos¹⁹.

De acordo com a última atualização do ministério da saúde no ano de 2019 ocorreram exatos 67301 mil casos novos de sífilis adquirida. Em relação à sífilis em gestantes 25787 mil casos foram notificados. Por fim a sífilis congênita houve notificação de 1396 mil casos, todos foram notificados até o mês de outubro do ano de 2019³⁷.

Diante do exposto a cima, a melhor prevenção da doença de forma geral é evitar ações que possam viabilizar o contágio da mesma, ou seja, utilizando-se de métodos preventivos no momento da relação sexual, como por exemplo, o uso constante de preservativos. No entanto, caso a prevenção não tenha acontecido, é necessário que o paciente, especialmente as gestantes, busquem ajuda médica para que ocorra o correto diagnóstico da sífilis e consequentemente o melhor tratamento, a fim de evitar que doença possa evoluir e/ou ser transmitida ao bebê via placenta. Alguns autores enfatizam ainda que, o diagnóstico materno quando ocorre de forma precoce é a melhor forma de prevenir a transmissão da doença para o filho^{26, 27, 29}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber no decorrer do trabalho que, a sífilis é uma doença que está distribuída por toda a sociedade brasileira, entre o sexo masculino, feminino e em todas as faixas etárias, sendo encontradas nos seus diferentes estágios de desenvolvimento, porém, o trabalho evidencia que, os casos mais preocupantes estão concentrados por entre as gestantes e os recém-nascidos portadores da bactéria *Treponema*. Esta alta incidência da doença por entre a população brasileira pode estar relacionada ao fato de que, existe ineficiência de conhecimento por parte destas pessoas com relação à sífilis, como por exemplo, o conhecimento da existência da mesma, suas formas de contágio, a importância do precoce diagnóstico, assim como, o correto tratamento.

Outro fator que pode estar contribuindo drasticamente para a (disseminação) da doença por entre a população brasileira, inclusive de gestantes, pode estar relacionado a insuficiência da correta assistência médica para a identificação da doença e o encaminhamento do paciente para a realização de testes laboratoriais que possam comprovar a presença da bactéria no indivíduo, assim como, a conscientização no momento da consulta para a importância de se praticar a relação sexual com preservativos e, para o caso das gestantes, a importância do acompanhamento regular médico, ou seja, o pré-natal.

Por tanto, acredita que se a melhor alternativa a ser aplicada a fim de reduzir estes números pelo Brasil seria primeiramente, a realização de capacitações continuadas com todos os profissionais da saúde, inclusive os médicos e enfermeiros que acolhem e atendem estes pacientes, com a finalidade de torna-los mais atentos a sintomatologia da doença manifestada em seus pacientes para que possam agir com rapidez no diagnóstico da mesma, de preferência que esteja atrelado a testes laboratoriais. Outra possível resolutiva seria de enfatizar as campanhas de combate à sífilis para além das unidades de saúde, ou seja, expandir a educação em saúde para a comunidade de forma geral, nos mais variados eventos possíveis, objetivando implantar na sociedade um conhecimento básico a respeito da doença, suas formas de contágio, evolução, diagnóstico e tratamento da mesma.

REFERÊNCIAS

1. Almeida, VC de. A sífilis em população vulnerável: epidemiologia e fatores associados à reinfeção e coinfeção com hiv em campinas, São Paulo. 2014. 136. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.
2. Vasconcelos, MIO. et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, 29, 85-92, 30 dez. 2016. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.85>.
3. Dorado, JS Infecciones por treponemas. Sífilis. *Medicine*. 2014 11(51):2993-3002.
4. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília, 2017.
5. Errante, PR Sífilis Congênita e Sífilis na Gestação, Revisão de Literatura. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa* 2016, 13, (31), 120-126.
6. Lafetá, KRG Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , 19, 1, 63-74, Mar. 2016 . Disponível em: Acessado em 20 Julho 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.
7. Tiago, ZS et al. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, jul. 2019 26, (3), 503-512. InstitutoEvandroChagas.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso. Brasília, 2010, 444. Disponível em: Acesso em: 29 junho. 2019.
9. Soroa RM Manejo de la Sífilis em Atención Primaria. *FMC*. 2017 24(1):5-11.
10. Milanez, H Amaral, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Campinas, 2008. 30, (7), 325-7.
11. Silva, VST da.Os (Des) caminhos da Sífilis Congênita no Município de Botucatu/ São Paulo. 2016. 108. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2016.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2018.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita. Brasília; 2016.
14. Henao-Martínez, AF Johnson, SC Diagnostic tests for syphilis: New tests and new algorithms. *Neurology: Clinical Practice*, Aurora, 4,2, 114-122, 2014.

15. Brasil. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. 2016. Acesso em: 16 de julho 2019.
16. Gunsburg, R Santos, AMN. Critérios diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita: História. 2010. Acesso em: 15 de julho 2019.
17. De Lorenzi, DRS Madi, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. Revista RBGO - 2001, 23, 10.
18. Neto, DB da C Oliveira, JS; Silva, KBM.; Figueiredo, BNS, Sífilis Congênita: Perfil Epidemiológico em Palmas – Tocantins. Revista CEREUS, 10, (3), 38-49, 2018.
19. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol; 81(2):111-26, 2006.
20. Mesquita Ko, Lima GK, Filguera AA, Flor SMC, Freitas CL, Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. DST - J bras Doenças Sex Transm ; 2012.24(1):20-27.
21. Vasconcellos, M. Sífilis congênita: a solução está em não ter vaidades. Revista Femina, 28: 101-2, 2000.
22. Serafim, AS; Moretti, GP; Serafim, G. S.; Niero, CV; Rosa, MI; Pires, MM. de S; Simões, PWT. de A. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. Revista da sociedade brasileira de medicina tropical, 2014 47, (2), 13-20.
23. Magalhães, DM. dos S; Kawaguichi, IAL.; Dias, A; Calderon, I. de MP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. 29, (6). 1109-1120.
24. Bowen, VSU J; Torrone, E.; Kidd, S.; Weinstock, H. Increase in incidence of congenital syphilis–United States, 2012–2014. Rev. Centers for Disease Control and Prevention, 2015, 64, (44). 1241-5.
25. Araújo, EC.; Moura, EFA.; Ramos, FLP.; Holanda, VGDA. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. Revista J Pediatr (Rio de Janeiro) 1999.75: 119-25.
26. Lorenzi, DRS.; MADI, J. M; Pontalti, L.; Plkin, A.; Ribas, F. E.; Weissheimer, L. Sífilis congênita: revisão de 35 casos. Rev. Atual, 2000. (9): 15-8.
27. Duarte, G. Sífilis e gestação. In: Cunha SPC, Duarte G, editores. Gestação de Alto Risco. 1ª ed. São Paulo: Médica e Científica; 1998. 277-88.
28. Charles, D. Sífilis: infecções obstétricas e perinatais. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 371-97.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. 1ª edi. Manual de assistência e vigilância epidemiológica, 90. Brasília, 1998.
30. Miura, E. Neonatologia: princípios e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Sífilis congênita.332-8.

31. Viellas, EF. Domingues, RMSM.; Dias, MAB.; Gama, SGND.; Theme, FMM; Costa, JVD
Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde pública. 2014. 30, 1: 85-100.
32. Brasil, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da
Saúde; (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, 32): 2012.
33. Nonato, SM ; Melo, A. P. S.; Guimarães, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à
sífilis congênita em Belo Horizonte MG, 2010-2013. Epidemiologia Serviços de Saúde,
Brasília, 2015, 24(4): 681-694.
34. Domingues, RMSM; Lauria, L. de M; Saraceni, V; Leal, M. do C. Manejo da sífilis na
gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS no
município do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2013.18, (5): 1341-1351.
35. Lima, MG; Santos, RFR; Barbosa, G JA; Ribeiro, G. de S. Incidência e fatores de risco para
sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva,
2013. 18, (2): 499-506.
36. Muricy, C L; Pinto, JVL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Revista da
Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2015. 48, (2), 216-219.
37. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e
hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília, 2019.