

Perfil Epidemiológico da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Distrito Federal (2009-2018)

Epidemiological Profile of Syphilis in Pregnant Women and Congenital Syphilis in the Federal District (2009-2018)

Perfil Epidemiológico de la Sífilis en Mujeres Embarazadas y Sífilis Congénita en el Distrito Federal (2009-2018)

Juliane Andrade

Ana Paula Rabelo Chaves

Daniela Mendes dos Santos Magalhaes

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no DF de 2009 a 2018. Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, com dados obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Para a análise e elaboração do perfil foi utilizado o software Microsoft Excel 2013. Considerando o período estudado, o maior percentual de casos de Sífilis em gestante está entre 20 a 29 anos (74,6%), escolaridade de ≥ 8 a 11 anos de estudos (32,6%), raça/cor não branca (57,1%). Quanto aos aspectos clínicos, a Idade gestacional possui maiores notificações no 1º trimestre de gestação (40,6%), maior prevalência da sífilis primária (26,6%), e esquema de tratamento com penicilina (84,1%). As características maternas com bebês notificados foram: sífilis recente (90,6%), as mães realizaram pré-natal (81,0%), diagnóstico materno no pré-natal (60,8%), tratamento materno inadequado (57,4%) e não realizado (30,0%), não realização do tratamento das parcerias (64,4%). Foi detectado um número consideravelmente grande de campos assinalados como ignorados em cada variável destacada. Ainda, os dados revelaram maior notificação de sífilis congênita do que sífilis em gestante entre 2010 a 2014. Salienta-se a importância da formação de qualidade e educação permanente para os profissionais de saúde, visando a melhoria na qualidade do pré-natal, manejo adequado das fases clínicas da sífilis e preenchimento adequado das notificações. A fim de fortalecer as ações da vigilância epidemiológica, de maneira a melhorar as informações contidas nas bases de dados e assim subsidiar o planejamento em saúde.

Palavras-chaves: sífilis congênita, gestantes, sífilis, epidemiologia.

ABSTRACT

This article aims to describe the epidemiological profile of Syphilis in Pregnant Women and Congenital Syphilis in DF from 2009 to 2018. This is a retrospective descriptive epidemiological study, with data obtained by the Department of Informatics of the Unified Health System. For the analysis and preparation of the profile, it was Microsoft Excel 2013

software was used. See the period studied, the highest percentage of syphilis cases in pregnant women is between 20 and 29 years old (74.6%), education ≥ 8 to 11 years of study (32.6%), race / non-white color (57.1%). As for the clinical aspects, gestational age has higher notifications in the first trimester of pregnancy (40.6%), a higher prevalence of primary syphilis (26.6%), and a treatment regimen with penicillin (84.1%). As maternal characteristics with notified babies were: recent syphilis (90.6%), how mothers performed prenatal care (81.0%), maternal diagnosis during prenatal care (60.8%), maternal treatment of killed bush (57, 4%) and not performed (30.0%), failure to carry out the treatment of partnerships (64.4%). A considerably large number of fields marked as ignored were detected in each highlighted variable. Furthermore, the data revealed a higher notification of congenital syphilis than syphilis in pregnant women between 2010 and 2014. The importance of quality training and continuing education for health professionals, qualified to improve the quality of prenatal care, is emphasized, adequate management of the clinical stages of syphilis and adequate completion of notifications. In order to strengthen the actions of epidemiological surveillance, in order to improve the information contained in the databases and thus subsidize health planning.

Keywords: syphilis, congenital, pregnant women, epidemiology.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo describir el perfil epidemiológico de Sífilis en Mujeres Embarazadas y Sífilis Congénita en el DF de 2009 a 2018. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, con datos obtenidos por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. Se utilizó el software Microsoft Excel 2013. Considerando la En el período estudiado, el mayor porcentaje de casos de sífilis en mujeres embarazadas se encuentra entre 20 y 29 años (74,6%), educación ≥ 8 a 11 años de estudio (32,6%), raza / color no blanco (57,1%). En cuanto a los aspectos clínicos, la edad gestacional presenta mayores notificaciones en el primer trimestre de gestación (40,6%), mayor prevalencia de sífilis primaria (26,6%) y régimen de tratamiento con penicilina (84,1%). Las características maternas con bebés notificados fueron: sífilis reciente (90,6%), madres realizadas atención prenatal (81,0%), diagnóstico materno en atención prenatal (60,8%), tratamiento materno inadecuado (57,4%) y no realizado (30,0%), fracaso para realizar el tratamiento de partenariados (64,4%). Se detectó una cantidad considerablemente grande de campos marcados como ignorados en cada variable resaltada. Además, los datos revelaron una mayor notificación de sífilis congénita que sífilis en gestantes entre 2010 y 2014. Se enfatiza la importancia de una formación de calidad y educación continua para los profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prenatal, el manejo adecuado de la estadios clínicos de la sífilis y adecuada cumplimentación de notificaciones. Con el fin de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, con el fin de mejorar la información contenida en las bases de datos y así subsidiar la planificación en salud.

Palabras clave: sífilis congénita, mujeres embarazadas, epidemiología

1.INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita (SC) é resultado da transmissão do *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, da mãe infectada (Sífilis em gestante- SG) para o feto¹. Considerado um grave problema de saúde pública, uma vez que se trata de uma infecção que pode ser prevenida por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento adequado de sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais².

Segundo o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), para o tratamento da sífilis, a benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Não existem evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo³.

A presença da SG e, consequentemente, SC em recém-nascidos, é sinal de falha no pré-natal visto que o diagnóstico e tratamento precoce de gestantes são medidas bastante eficazes na prevenção de sua transmissão vertical⁴. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o rastreamento da sífilis durante o pré-natal como orientação para políticas públicas e universal cobertas pela Atenção Primária à Saúde (APS)⁵.

No Brasil, com a criação da Rede Cegonha em 2011, foram estabelecidas diretrizes para melhoria do atendimento materno-infantil⁶. Dentro do componente pré-natal preconiza-se a ampliação da testagem rápida para sífilis na Unidade Básica de Saúde (UBS) no primeiro e terceiro trimestres de gestação e no puerpério com a finalidade de tratar a SG e prevenir a transmissão vertical da sífilis^{2, 6, 7}. No DF, de acordo com o Protocolo de Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido (2017), o teste rápido é realizado no primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação, sendo aplicado também no momento do parto independente da realização dos testes anteriores⁸.

Para a tomada de decisão e elaboração de políticas e estratégias no enfrentamento da SC e SG, o acesso e a disponibilidade da informação sobre o quantitativo do número de casos é imprescindível. Então, desde 1986 a SC é uma doença de notificação compulsória nacional⁹ e a SG desde 2005¹⁰, realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No Brasil, houve um aumento no número de notificações de casos de sífilis em gestante de 25,7% de 2017 (49.796 casos) para 2018 (62.599 casos) e um incremento de 5,1% nos casos de sífilis congênita em relação ao mesmo período (24.933 casos/ 26.219 casos, respectivamente). No Distrito Federal (DF), o número de notificação de SC teve um aumento

de 38,2% de 2017 (280 casos) para 2018 (387 casos), enquanto as notificações de SG aumentaram 38,3% neste mesmo período (392 casos/ 542 casos, respectivamente)¹¹.

Essa alta incidência de SG e SC, descrita pelo aumento no número de casos, está associada a questões sociais como escolaridade, cor da pele e fatores assistenciais como início tardio do pré-natal, baixo número de consultas, menor realização de exames sorológicos. O diagnóstico tardio, a não adesão ao tratamento ou o tratamento inadequado da gestante são entraves que dificultam a redução da transmissão vertical da sífilis^{12,13}.

Diante do crescimento no número de notificações de casos da infecção, torna-se imprescindível uma análise do perfil epidemiológico da SG e SC no DF, tal perfil permite o planejamento de estratégias de enfrentamento para SG e SC, a partir das políticas existentes e avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Deste modo, o objetivo deste estudo é descrever o perfil epidemiológico da SG e SC no DF de 2009 a 2018.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados e informações de Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos, Epidemiológicas e Morbidades, de domínio público e não nominal, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram incluídos neste estudo todos os casos de SG e SC disponíveis no DATASUS nos anos de 2009 a 2018 no DF.

O período de 2009 a 2018, analisado no presente estudo, foi escolhido devido às implementações de ações de saúde que ocorreram durante esses anos, entre elas, a criação da Rede Cegonha em 2011 e o Protocolo de Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido em 2017. Dessa forma, através da série histórica estudada é possível analisar os impactos de tais ações na melhoria do atendimento materno-infantil.

A exportação dos dados foi realizada no dia 14 de abril de 2019 e no dia 21 de janeiro de 2020. Em seguida, os dados foram tabulados e realizaram-se os cálculos referentes à estatística descritiva, com a elaboração das frequências absolutas, que, em seguida, foram organizadas em tabelas e gráficos no software Microsoft Excel 2013.

Para SG foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: faixa etária em anos (10-19, 20-39, ≥ 40), escolaridade em anos (<8 , ≥ 8 , ≥ 12 , ignorado) e cor da pele (branca, não branca, ignorado). Variáveis clínicas: idade gestacional (1º trimestre, 2º trimestre, 3º

trimestre) e classificação clínica da sífilis (primária, secundária, terciária, latente, ignorado), variáveis de tratamento: esquema de tratamento (penicilina, outro esquema, não realizado, ignorado).

Para SC foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: Faixa etária da mãe em anos (10-19, 20-39, ≥ 40 , ignorado), escolaridade da mãe em anos (<8 , ≥ 8 , ≥ 12 , ignorado), cor da mãe (branca, não branca, ignorado) e idade da criança (<7 dias, 7-27 dias, 28-364 dias, 1 ano, 2-4anos, 5-12 anos). Variáveis clínicas: realização de pré-natal (sim, não, ignorado), momento do diagnóstico da sífilis materna (durante o pré-natal, momento do parto/curetagem, após o parto, não realizado, ignorado) e diagnóstico final (sífilis congênita recente, sífilis congênita tardia, aborto por sífilis, natimorto por sífilis), e variáveis de tratamento: esquema de tratamento materno (adequado, inadequado, não realizado, ignorado) e parceiro tratado (sim, não, ignorado).

A fonte de informação DATASUS foi escolhida, por ser de fácil acesso, rápida e eficiente para a obtenção de dados e informação em saúde. Por se tratar de dados de domínio público dispensa a aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa).

3. RESULTADOS

Os dados evidenciam que durante o período analisado (2009-2018), o número amostral (N) de notificações de SG contabilizou o total de 2.197 casos da infecção, enquanto para SC foram notificados 1.807 casos para o mesmo intervalo. Os dados foram dispostos em quatro tabelas e um gráfico.

As tabelas 1 e 2 trazem informações maternas referentes às características sociodemográficas, clínicas e de tratamento, de acordo com dados obtidos pelo DataSus entre 2009 a 2018. A faixa etária com maior percentual de casos de Sífilis em gestante está entre 20 a 29 anos, representando 1639 casos (74,6%) das notificações compreendidas no período entre 2009 a 2018. Quanto ao perfil da escolaridade entre 2009 a 2018, 710 casos (32,6%) das mulheres possuíam de ≥ 8 a 11 anos de estudos, 923 casos (42,5%) foram classificados como Ignorado (tabela 1).

Entre 2009 a 2018 a distribuição de raça/cor demonstrou um maior índice de não brancos, contabilizando 1255 casos (57,1%). O número da categoria Ignorado 417 casos (23,9%), na totalidade, da variável raça/cor representou percentual maior do que o número de casos em pessoas na cor branca 417 casos (19,0%) (tabela 1).

Tabela 1.
Variáveis sociodemográficas de sífilis em gestante. Distrito Federal, 2009-2018.

Variáveis	N	%
Faixa etária em anos		
10 a 19	481	21,9
20 a 39	1 639	74,6
≥40	77	3,5
Escolaridade em anos		
<8	465	21,4
≥8 a 11	710	32,6
≥12	76	3,5
Ignorado	923	42,5
Cor da pele		
Branca	417	19,0
Não branca	1 255	57,1
Ignorada	525	23,9

Fonte: DataSus (2009-2018)

A idade gestacional possui maiores notificações no 1º trimestre de gestação com 40,6% (893 casos), e mantém alto o percentual nos demais trimestres, 635 casos (29,0%) no 2º trimestre e 560 casos (25,5%). As notificações classificadas como idade gestacional ignorada apresentam o menor percentual, 109 casos (4,9%). A classificação clínica da infecção apresentou maior índice na categoria ignorado representando 946 casos (43,0%) notificados entre 2009 a 2018, em seguida a classificação com o maior número de notificações foi a sífilis primária com 584 casos (26,6%) do total das notificações. O esquema de tratamento demonstrou que 84,1% do total de casos no período de 2015 a 2018 utilizaram penicilina no tratamento, o DATASUS não disponibiliza o esquema de tratamento nos anos anteriores a 2015 (tabela 2).

Tabela 2.
Variáveis clínicas e de tratamento de sífilis em gestante. Distrito Federal 2009-2018.

Variáveis	N	%
Idade Gestacional		
1º Trimestre	893	40,6
2º Trimestre	635	29,0
3º Trimestre	560	25,5
Idade gestacional ignorada	109	4,9

Classificação Clínica		
Sífilis Primária	584	26,6
Sífilis Secundária	77	3,5
Sífilis Terciária	364	16,6
Sífilis Latente	226	10,3
Ignorado	946	43,0
Esquema de Tratamento*		
Penicilina	1 294	84,1
Outro Esquema	26	1,7
Não Realizado	76	5,0
Ignorado	142	9,2

Fonte: DataSus (2009-2018)

*Dados disponibilizado no DataSus somente 2015-2018

As tabelas 3 e 4 são referentes às informações das mães de bebês notificados com sífilis congênita entre 2009 a 2018. A faixa etária das mães de bebês com diagnóstico de sífilis congênita com o maior número de notificações estava na faixa de 20 a 29 anos totalizando 1342 notificações, um equivalente a 73,7% dos casos notificados no período de 2009 a 2018.

Das notificações, 513 casos (28,2%) das mulheres com desfecho de SC possuíam escolaridade ≥ 8 a 11 anos de estudos, 739 casos (40,7%) foram classificados como Ignorado. A distribuição de Raça/cor da mãe demonstrou que 934 casos (53,2%) das notificações são classificadas como não brancas. Referente às crianças diagnosticadas com sífilis congênita no período estudado, 1786 casos (98,1%) foram diagnosticadas com menos de 7 dias de vida (tabela 3).

Tabela 3.

Variáveis sociodemográficas de mulheres com bebês notificados com sífilis congênita, Distrito Federal, 2009-2018

Variáveis	N	%
Faixa Etária da Mãe em anos		
10 a 19	340	18,7
20 a 39	1 342	73,7
≥ 40	64	3,5
Ignorado	75	4,1
Escolaridade da mãe em anos		
>8	488	26,8
≥ 8 a 11	513	28,2

≥12	59	3,2
Não se aplica	19	1,1
Ignorado	739	40,7
Cor da Mãe		
Branca	303	17,3
Não Branca	934	53,2
Ignorada	517	29,5
Idade da Criança		
< 7 dias	1 786	98,1
7 -27 dias	10	0,5
28-364 dias	15	0,8
1 ano	5	0,3
2- 4 anos	4	0,2
5-12 anos	1	0,1

Fonte: DataSus (2009-2018)

O diagnóstico final foi classificado em 1486 casos (90,6%) como sífilis congênita recente e 1475 casos (81,0%) notificados no período estudado realizaram pré-natal. Entre 2009 a 2018, o momento do diagnóstico da sífilis materna foi notificado durante pré-natal em 1087 casos (60,8%) dos casos totais. O esquema de tratamento materno foi classificado inadequado em 1044 casos (57,3%) notificados e classificado como não realizado em 547 casos (30,0%) totais do período analisado. Quanto ao tratamento das parcerias, 1172 casos (64,4%) classificou os parceiros como não tratados (tabela 4).

Tabela 4.
Variáveis clínicas e de tratamento de mulheres com bebês notificados com sífilis congênita, Distrito Federal, 2009-2018

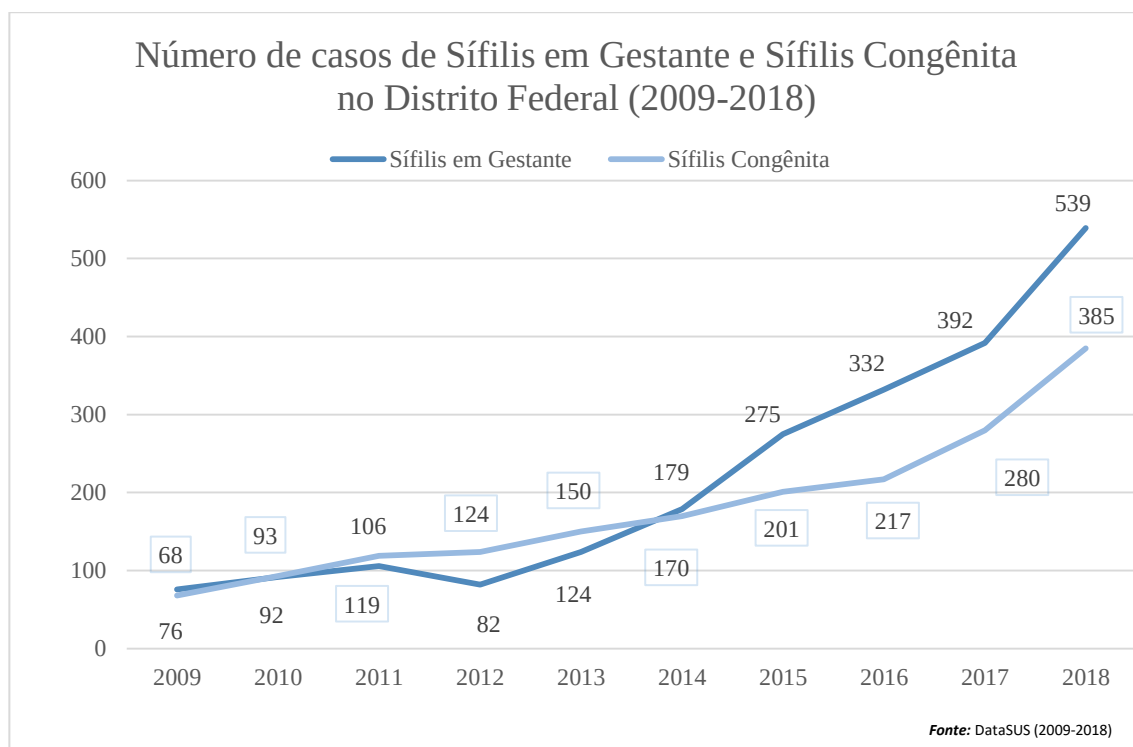
Variáveis	N	%
Realização de pré-natal		
Sim	1 475	81,0
Não	259	14,2
Ignorado	87	4,8
Momento do diagnóstico da sífilis materna		
Durante o pré-natal	1 087	60,8
No momento do parto/curetagem	458	25,6
Após o parto	132	7,4
Não realizado	16	0,9
Ignorado	94	5,3
Esquema de tratamento materno		
Adequado	90	4,9

Inadequado	1 044	57,4
Não Realizado	547	30,0
Ignorado	140	7,7
Parceiro tratado		
Sim	341	18,7
Não	1172	64,4
Ignorado	308	16,9
Diagnóstico Final		
Sífilis congênita recente	1 486	90,6
Sífilis congênita tardia	5	0,3
Aborto por sífilis	94	5,7
Natimorto por sífilis	55	3,4

Fonte: DataSus (2009-2018)

O gráfico 1 revela o aumento no número de casos de SG e SC entre 2009 a 2018. De 2011 a 2014 houve maior notificação de SC do que SG, porém a partir de 2014 a 2018 as notificações de SG superaram as SC.

Gráfico 1.



Fonte: DataSUS (2009 a 2018)

4. DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu descrever o perfil sociodemográfico, clínico e de tratamento de sífilis em gestante e sífilis congênita no Distrito Federal entre 2009 a 2018. A evolução temporal do perfil evidencia o aumento no número de notificações de SG e SC durante o período estudado. Tal aumento deve-se, em parte, à melhoria das notificações visto que SC e SG são agravos de notificação compulsória^{2, 11, 12, 14}.

É necessário frisar que entre 2014 e 2017, o Brasil, experienciou o desabastecimento das penicilinas benzatina e cristalina, sendo elas, fármacos que integram o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no Sistema Único de Saúde (SUS) e são os principais antibióticos para tratamento da sífilis. A falta da medicação de primeira escolha para tratamento da SG e SC pode ter contribuído substancialmente para aumento no número de casos notificados durante o período analisado¹⁵.

As ações da vigilância epidemiológica, capacitação dos profissionais da saúde para preenchimento das fichas de notificação, aplicação do teste-rápido nos três trimestres da gestação e na hora do parto, aplicação de benzilpenicilina benzatina nas unidades básicas de saúde e ampliação da cobertura do pré-natal devido a implementação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) propiciaram a captação precoce, busca ativa e diagnóstico oportuno dos casos de SG e SC, aumentando assim, o número de casos notificados ao longo dos anos^{6, 14, 16}.

A amostra total do período analisado é constituída em sua maioria por mulheres jovens adultas na faixa etária entre 20 a 39 anos, cor de pele auto referida, majoritariamente, como não branca (pardas e negras) e com escolaridade de ≥ 8 a 11 anos de estudos. 21,4% das mulheres notificadas, apresentavam menos de 8 anos de escolaridade. Estudos apontam que a baixa escolaridade e faixa etária da gestante evidenciam a criação de ambiente socialmente vulnerável e propenso a risco de adoecimento^{12,13,17}.

Vale destacar a alta porcentagem da opção “ignorado” na categoria escolaridade, variável que representa importante indicador indireto da situação socioeconômica da população estudada. Outras variáveis, como cor da pele, classificação clínica e tratamento do parceiro tiveram porcentagem alta neste campo. Esta informação aponta para o desconhecimento dos profissionais ao preencher a ficha de notificação. O preparo dos profissionais nesta questão permite a melhoria da coleta de dados, consequentemente da vigilância, análise e tomada de decisão^{14, 16, 18}.

Quanto às variáveis que indicam a qualidade do pré-natal, no período estudado 40,6% dos casos de SG foram notificados no primeiro trimestre, sendo que 26,7% das SG foram classificadas como sífilis primária e 43,0% foram notificados como ignorados, somente 10,3% dos casos foram notificados como sífilis latente, dados que são corroborados por demais pesquisas onde houve baixa notificação de sífilis latente^{17, 19, 20}.

Entretanto, de acordo com Ministério da Saúde (MS) a prevalência dos diagnósticos ocorrem no estágio de sífilis latente (recente/tardia), pois a maioria não apresentam sinais e sintomas, tal dissonância sugere desconhecimento dos profissionais de saúde para diagnosticar a fase clínica da infecção e falha durante o preenchimento da ficha de notificação, fato que pode ser comprovado pelo percentual de notificações na fase clínica classificados como ignorado, além do alto índice de tratamento inadequado que potencializa prejuízos à saúde materno-infantil^{3, 21, 22}.

Outros aspectos da qualidade do pré-natal merecem destaque. Entre 2015 e 2018, a maioria (84,1%) dos casos de SG foi tratada com benzilpenicilina benzatina, única opção para tratamento adequado das gestante que trata o bebê^{1, 2}. Porém, na ficha de notificação não há possibilidade de verificar se o tratamento foi condizente com a fase da sífilis diagnosticada. Mas, ao verificar o campo da ficha de notificação de SC sobre o tratamento materno, 57,3% tiveram tratamento inadequado e 30,0% não foram realizados, a falta de tratamento do parceiro impacta diretamente na eficácia do tratamento materno. Salienta-se que das notificações da SC, um percentual de 81,0% das mães fizeram pré-natal e ainda que apenas 60,8% destas receberam o tratamento durante o pré-natal. Sendo assim, ressalta-se a necessidade de orientações no pré-natal para a condução adequada do tratamento conforme as preconizações dos protocolos do MS, além do acompanhamento dos parceiros durante esse período³.

Nesse sentido, os dados demonstram a importância do tratamento da parceria, principalmente quando se trata de uma IST e envolvimento no pré-natal. Visto que, se o parceiro não foi tratado, foi tratado inadequadamente ou não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento configura-se uma fragilidade do pré-natal, apresentando uma barreira para o tratamento adequado da gestante e intensificando a incidência de SC³. O MS a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem a premissa de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de assistência integral à saúde do SUS. Nessa perspectiva, as consultas do Pré-Natal do Parceiro visa avaliar o estado geral de saúde do pai/parceiro solicitando os exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS²³.

De acordo com os dados obtidos, o não tratamento das parcerias apresenta uma conduta não adequada na assistência do pré-natal e diverge das diretrizes do MS, uma vez que as parcerias devem ser testadas e tratadas para interromper a cadeia de transmissão^{3, 21}. Segundo estudo realizado sobre manejo da sífilis no município do Rio de Janeiro, revelou que aproximadamente 40% dos profissionais pré-natalistas participantes da pesquisa referiram dificuldade para conversar sobre sífilis com o parceiro²⁴, o que corrobora a informação encontrada na presente pesquisa.

Das crianças com desfecho de sífilis congênita no período estudado, 98,1% foram diagnosticadas com menos de 7 dias de vida, representando alto índice de sífilis congênita precoce. Para a prevenção da SC é de suma importância o diagnóstico precoce da SG, além do diagnóstico correto da fase da sífilis e tratamento condizente^{2, 3, 25}.

Quanto aos dados observados no gráfico 1 é possível observar que antes de 2014 as barreiras/dificuldades de diagnóstico da sífilis durante o pré-natal eram mais evidentes, visto que havia maior número de SC registrados do que SG. Para um sistema de vigilância adequado, todas as gestantes com sífilis devem ser notificadas e tratadas, deste modo sempre deve haver maior número de casos de SG do que SC, o que começou a acontecer a partir de 2014.

5.CONCLUSÃO

A utilização de dados públicos secundários de notificação representa uma limitação do estudo devido às inconsistências do preenchimento das fichas de notificação. O alto número de informações ignoradas e em branco prejudica o conhecimento do real perfil epidemiológico dos casos de SG e SC no Distrito Federal. Enfatiza-se a necessidade de melhoria nas coletas de dados para uma vigilância e análise adequada sobre o panorama geral de SG e SC no DF, e consequentemente um planejamento consistente para o enfrentamento da sífilis congênita. Contudo, os dados existentes propiciaram observar os principais aspectos para a melhoria da qualidade pré-natal e de vigilância. Deste modo, fornece elementos para o planejamento em saúde e enfrentamento da SC.

O aumento no número de casos de SG e SC são marcadores da baixa qualidade de assistência do pré-natal, visto que trata-se de um evento totalmente evitável. Apesar das ações da APS, protocolos e diretrizes do MS, a trajetória epidemiológica da sífilis ao longo dos anos revela um aumento da incidência de SG e SC no DF. A elaboração desse perfil ajudou a compreender a situação atual da saúde pública e seus potenciais prejuízos à saúde materno-infantil.

Diante ao exposto, torna-se necessário salientar a importância da formação de qualidade e educação permanente para os profissionais de saúde, visando a melhoria na qualidade do pré-natal, manejo adequado das fases clínicas da sífilis de acordo com os protocolos e diretrizes preconizadas pelo MS e preenchimento adequado das fichas de notificações. A fim de fortalecer as ações da vigilância epidemiológica, de maneira a melhorar as informações contidas nas bases de dados e assim subsidiar o planejamento em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde vol. 2 - 3ª edição atualizada. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços; 2019. Disponível em: portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf. Acesso em: jan. 2020.
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2019. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv. Acesso em: jan. 2020.
3. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2020. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes. Acesso em: jul. 2020.
4. Júnior MBF, Freire GKA, Fernandes HR. Rastreamento da sífilis no pré-natal: oportunidades perdidas em uma maternidade pública na cidade do Recife, Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2016;28(4):120-5. Disponível em: dst.uff.br/revista28-4-2016/DST%20v28n4_IN_120-125.pdf. DOI: 10.5533/DST-2177-8264-201628404. Acesso em: jan. 2020.
5. World Health Organization. Initiative for the Global Elimination of Congenital Syphilis. Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44790/9789241503020_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: mai. 2019.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 jul. 11; Seção 1:109. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: mai. 2019.
7. Nunes PS, Zara AFNC, Rocha DFN, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(4):e2018127. Disponível em: doi.org/10.5123/S1679-49742018000400008. Acesso em: jul. 2020.
8. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Portaria SES-DF nº 342 de 28.06.2017. Publica Protocolo de Atenção à Saúde/ Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. *Diário Oficial do Distrito Federal*. DODF nº 124 de 30.06.2017. Acesso em: jul. 2020.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional a sífilis congênita e a Aids. Diário Oficial da União. 1986 dez. 25; Seção 1:19827. Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-542-de-22-dezembro-de-1986/. Acesso em: jan. 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SVS nº 33, de 15 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: jan. 2020.
11. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – Sífilis 2019. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2019. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019. Acesso em: jan. 2020.
12. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita, 2019. Disponível em: paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812. Acesso em: mar. 2019.
13. Araujo MAL, Andrade RFV, Barros VL, Bertoncini PMRP. Fatores associados a desfechos desfavoráveis causados pela infecção por sífilis na gravidez. Rev Bras Saude Mater Infant. 2019;19(2):411-9. Disponível em: doi.org/10.1590/1806-93042019000200009. Acesso em: out. 2020.
14. Teixeira LO, Belarmino V, Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. Cienc Saude Colet. 2018;23(8):2587-97. Disponível em: dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016. Acesso em: mai. 2020.
15. Araujo RS, Souza ASS, Braga JU. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017? Rev Saude Publica. 2020;54:109. Disponível em: dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002196. Acesso em: jul. 2020.
16. Ministério da Saúde (BR). Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais; 2017. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil. Acesso em: jan. 2020.
17. Barbosa DRM, Almeida MG, Silva AO, Araújo AA, Santos AG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Rev Enferm UFPE. 2017;11(5):1867-74. Disponível em: periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934. DOI: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201716. Acesso em: jul. 2020.
18. Garbin AJI, Martins RJ, Belila NM, Exaltação SM, Garbin CAS. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. Rev Soc Bras Med Trop. 2019;52:e20180226. Disponível em: doi.org/10.1590/0037-8682-0226-2018. Acesso em: jul. 2020.

19. Ramos MG, Boni SM. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá - PR. *Saude Pesqui.* 2018;11(3):517-26. Disponível em: periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6695. DOI: 10.17765/1983-1870.2018v11n3p517-526. Acesso em: jul. 2020.
20. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019;19(4):865-72. Disponível em: doi.org/10.1590/1806-93042019000400007. Acesso em: jul. 2020.
21. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saude Debate.* 2018;42(n. spe2):111-26. Disponível em: doi.org/10.1590/0103-11042018s208. Acesso em: jul. 2020.
22. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saude Debate.* 2019;43(123):1145-58. Disponível em: doi.org/10.1590/0103-1104201912313. Acesso em: jul. 2020.
23. Herrmann A. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: ago. 2020.
24. Domingues RM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet.* 2013;18(5):1341–51. Disponível em: doi.org/10.1590/S1413-81232013000500019. Acesso em: mai. 2020.
25. Andrade ALMB, Magalhaes PVVS, Moraes MM, Tresodi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(3):376-81. Disponível em: doi.org/10.1590/1984-0462;2018;36;3;00011. Acesso em: out. 2020.