



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Ana Paula Rabelo Chaves

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

BRASÍLIA-DF

2021

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem

Ana Paula Rabelo Chaves

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Juliane Andrade

BRASÍLIA – DF

2021

ANA PAULA RABELO CHAVES

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Brasília, 17 de Maio de 2021

**Comissão Examinadora**

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliane Andrade

---

Membro Efetivo: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Melão de Moraes

---

Membro Efetivo: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Oliveira Silveira

---

Membro Suplente: Ms. Lucas Santos Cardoso

## AGRADECIMENTOS

Analisando minha trajetória dentro do curso, posso afirmar com convicção que dentro da Universidade de Brasília (UnB) tive acesso a oportunidades que não teria em outra instituição. Por isso, sou grata a UnB por todos os projetos de extensão, de pesquisa e estágios que pude participar, nos quais pude desenvolver habilidades, tanto profissionais como habilidades de vida.

Agradeço a minha Família, meu Pai (Antônio), minha Mãe (Giselma), minha Irmã (Larissa) e minha Madrinha (Maria Lucimar) que mesmo a distância sempre acreditaram no meu potencial e me proporcionaram subsídios para que eu pudesse ser quem eu quisesse. Sem vocês esse momento não seria possível.

Sou Grata pelas minhas amigas/irmãs Mônica Lima, Luana Karina e Suellen Rocha, que me apoiaram e me fortaleceram para que eu pudesse chegar até o final.

Agradeço a minha prima Maria Irismar, que sempre torceu por mim e sei que se orgulha das minhas conquistas.

A UnB me deu amigas que tornaram possível esse momento chegar, e aqui quero enfatizar o quanto a Déborah Alves, Juliana Lopes, Larissa Castro e Maria Paula foram importantes por terem me acolhido dentro da UnB. Além delas, eu não poderia deixar de citar como a Esther Carone e Leticia Felix me ajudaram nesses últimos anos sendo compreensíveis, gentis e tão companheiras.

Agradeço imensamente os ensinamentos das Enfermeiras Fátima Sicca, Patrícia Pinheiro e Ana Tereza Conceição, que exercem com maestria a profissão da enfermagem dentro do Hospital Universitário de Brasília (HuB), servindo como exemplos de profissionais a serem seguidos.

O Projeto de Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia me mostrou a autonomia da profissão e como a união da equipe de enfermagem faz diferença dentro do serviço. Aqui deixo meus agradecimentos a técnica de enfermagem Elza Brasil, a Carolayne Ohana e a Gabriela Lopes que são pessoas que espero levar para o resto da vida, por todo companheirismo, troca e apoio.

Serei eternamente grata a minha orientadora Juliane Andrade, que me ensinou com muita paciência e afeto os caminhos da pesquisa e a importância da prática baseada em evidências para o exercício da enfermagem. Professora, muito obrigada pelas orientações, pelas oportunidades e por acreditar em mim. Espero um dia ser uma enfermeira tão competente e defensora da Atenção Básica, como a senhora.

A todos aqueles que contribuíram de maneira direta ou indireta para a concretização desse sonho, Meus Mais Sinceros Agradecimentos!!!!

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL (2009-2018)<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Distrito Federal de 2009 a 2018. **Método:** 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. **Resultados:** Considerando o período estudado, o maior percentual de casos de Sífilis em gestante está entre 20 a 29 anos (74,6%), escolaridade de  $\geq 8$  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. **Conclusão:** 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.

**Descritores:** Sífilis Congênita; Gestantes; Sífilis; Epidemiologia.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Ana Paula Rabelo Chaves, orientado pelo Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliane Andrade – Departamento de Enfermagem / UnB. O manuscrito foi formatado de acordo com as normas da Revista Panamericana de Salud Pública.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
MÉTODO.....	8
RESULTADO.....	10
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	19

## 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 feto (1). 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 sexuais (2).

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 mundo (3).

A presença da SG e, conseqüentemente, 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 vertical (4). 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-infantil (6). 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 anteriores (8).

A alta incidência de SG e SC 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 (9,10).

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 nacional (11) e a SG desde 2005 (12), 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 sífilis congênita no SINAN teve um aumento de 38,2% de 2017 (280 casos) para 2018 (387 casos), enquanto as notificações de sífilis em gestantes aumentaram 38,3% neste mesmo período (392 casos/ 542 casos, respectivamente) (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.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados SINAN e Sistema de Informações sobre



Nascidos Vivos (SINASC) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram incluídos neste estudo todos os casos de SG e SC registrados no SINAN disponíveis no DATASUS nos anos de 2009 a 2018 do DF.

Para SG foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: faixa etária em anos (10-19; 20-39;  $\geq 40$ ), escolaridade em anos ( $<8$ ;  $\geq 8$ ;  $\geq 12$ ; ignorado) e cor da pele (branca; não branca; ignorado). No DataSUS, as variáveis referentes a cor da pele ou raça são estratificadas em: preta, branca, amarela, parda, indígena e ignorado; a categorização para cor da pele em branca e não branca foi utilizada nesse estudo para fins de disposição dos dados. 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;  $\geq 40$ ; ignorado), escolaridade da mãe em anos ( $<8$ ;  $\geq 8$ ;  $\geq 12$ ; 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).

Os dados das notificações dos casos de SG e SC de Brasília–DF (2009-2018), foram exportados do DataSUS e tabuladas no programa *Microsoft Office Excel*®. As notificações foram contabilizadas e as variáveis foram analisadas através de frequência absoluta e frequência relativa ao longo da série histórica estudada. Os dados analisados foram utilizados na construção de tabelas e gráfico deste trabalho.

## RESULTADOS

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  $\geq 8$  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	%
<b>Faixa etária em anos</b>		
10 a 19	481	21,9
20 a 39	1 639	74,6
$\geq 40$	77	3,5
<b>Escolaridade em anos</b>		
<8	465	21,4
$\geq 8$ a 11	710	32,6
$\geq 12$	76	3,5
Ignorado	923	42,5

<b>Cor da pele</b>		
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.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade Gestacional</b>		
1º Trimestre	893	40,6
2º Trimestre	635	29,0
3º Trimestre	560	25,5
Idade gestacional ignorada	109	4,9
<b>Classificação Clínica</b>		
Sífilis Primária	584	26,6
Sífilis Secundária	77	3,5
Sífilis Terciária	364	16,6
Sífilis Latente	226	10,3
Ignorado	946	43,0
<b>Esquema de Tratamento*</b>		
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  $\geq 8$  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	%
<b>Faixa Etária da Mãe em anos</b>		
10 a 19	340	18,7
20 a 39	1 342	73,7
$\geq 40$	64	3,5
Ignorado	75	4,1
<b>Escolaridade da mãe em anos</b>		
>8	488	26,8
$\geq 8$ a 11	513	28,2
$\geq 12$	59	3,2
Não se aplica	19	1,1
Ignorado	739	40,7
<b>Cor da Mãe</b>		
Branca	303	17,3
Não Branca	934	53,2
Ignorada	517	29,5
<b>Idade da Criança</b>		
< 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

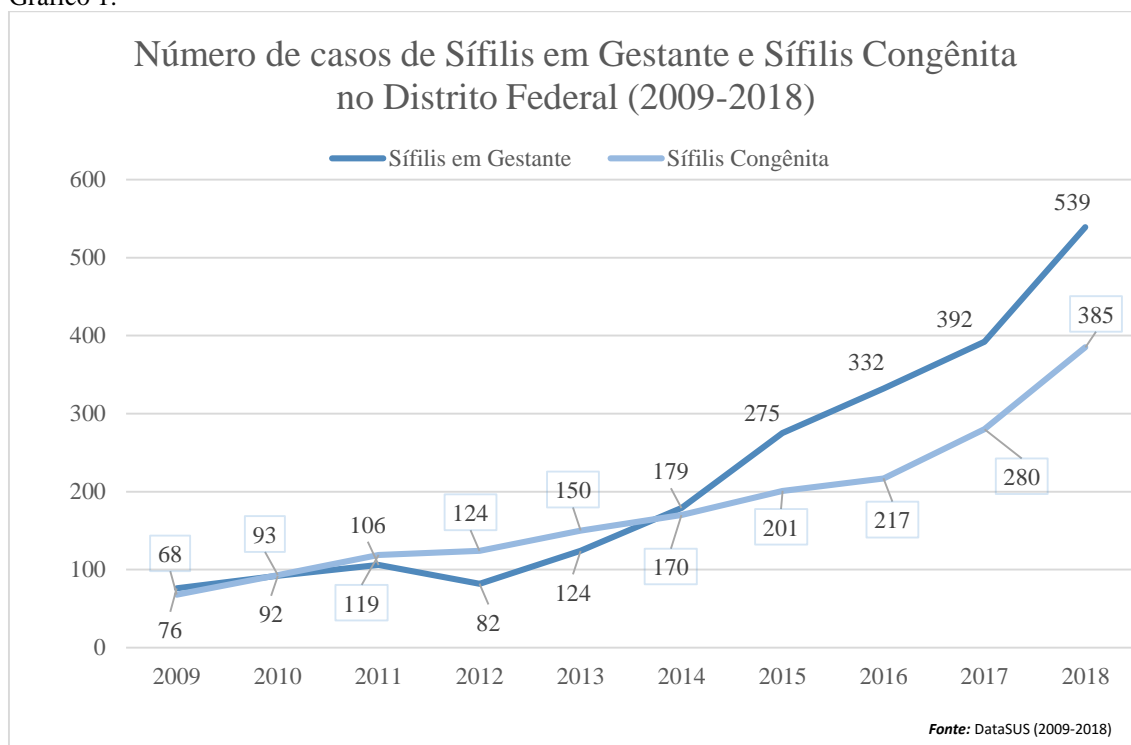
Variáveis	N	%
<b>Realização de pré-natal</b>		
Sim	1 475	81,0
Não	259	14,2
Ignorado	87	4,8
<b>Momento do diagnóstico da sífilis materna</b>		
Durante o pré-natal	1 087	60,8
No momento do parto/curetagem	458	25,6
Após o parto	132	7,4
Não realizado	16	0,9
Ignorado	94	5,3
<b>Esquema de tratamento materno</b>		
Adequado	90	4,9
Inadequado	1 044	57,4
Não Realizado	547	30,0
Ignorado	140	7,7
<b>Parceiro tratado</b>		
Sim	341	18,7
Não	1172	64,4

Ignorado	308	16,9
<b>Diagnóstico Final</b>		
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.



## 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 analisado (15).

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  $\geq 8$  a 11 anos de estudos. A baixa escolaridade e faixa etária da gestante evidenciam a criação de ambiente socialmente vulnerável e propenso a risco de adoecimento (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, conseqüentemente 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.

Além disso, os dados demonstram a importância do tratamento da parceria, principalmente quando se trata de uma IST e envolvimento no pré-natal. 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 MS (23).

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 parceiro (24), 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.

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 conseqüentemente 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.

### **CONCLUSÃO**

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.

## REFERÊNCIA

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: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>. Acesso em jan. de 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: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em jan. de 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: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em jul. de 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):120-125. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista28-4-2016/DST%20v28n4\\_IN\\_120-125.pdf](http://www.dst.uff.br/revista28-4-2016/DST%20v28n4_IN_120-125.pdf). DOI: 10.5533/DST-2177-8264-201628404. Acesso em jan. de 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: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44790/9789241503020\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44790/9789241503020_eng.pdf?sequence=1) Acesso em mai. de 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, p. 109. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em mai. de 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*. [Internet] 2018; 27(4):e2018127. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400008>. Acesso em jul. de 2020
8. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Portaria SES-DF N° 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 N° 124 de 30.06.2017. Acesso em jul. de 2020
9. Araujo MAL, Andrade RFV, Barros VL de, Bertoncini PMRP. Fatores associados a desfechos desfavoráveis causados pela infecção por sífilis na gravidez. *Rev Bras Saude Mater Infantil*. [Internet]. 2019; 19 (2): 411-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200009>. Acesso em out. de 2020
10. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita; 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812](https://www.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. de 2019.
11. 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. p. 19827. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-542-de-22-dezembro-de-1986/>. Acesso em jan. de 2020
12. 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: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033\\_14\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html). Acesso em jan. de 2020
13. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – Sífilis 2019. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em jan. de 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*. [Internet] 2018;23(8):2587-97.

- Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016>. Acesso em mai. de 2020
15. Araujo RS, Souza ASS, Braga JU. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017? *Rev. Saúde Pública*. 2020; 54: 109. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002196>. Acesso em jul. de 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: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-aco-es-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>. Acessado em jan. de 2020
  17. Barbosa DRM, Almeida MG, Silva AO, Araújo AA, Santos AG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev enferm UFPE*. [Internet]. 2017; 11(5): 1867-74. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>. DOI: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201716. Acesso em jul. de 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*. [Internet]. 2019; 52:e20180226. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0226-2018>. Acesso em jul. de 2020
  19. Ramos MG, Boni SM. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá - PR. *Saude e pesqui*. [Internet]. 2018; 11(3): 517-26. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6695>. DOI: 10.17765/1983-1870.2018v11n3p517-526. Acesso em jul. de 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*. [Internet] 2019;19(4):865-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>. Acesso em jul. de 2020
  21. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde debate*. [Internet]. 2018; 42 (n. spe2): 111-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s208>. Acesso em jul. de 2020

22. Conceição HN, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde debate. Saúde debate. 2019; 43(123): 1145-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>. Acesso em jul. de 2020
  
23. Herrmann, A. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.  
[https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf). Acesso em ago. de 2020
  
24. Domingues RM, Lauria Lde M, Saraceni V, Leal Mdo C. 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. [Internet]. 2013; 18(5):1341–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500019>. Acesso em mai. de 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. [Internet]. 2018; 36( 3 ): 376-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;3;00011>. Acesso em out. de 2020