

ARTIGO ORIGINAL

Sífilis materna e congênita em um hospital universitário da capital de um estado do Nordeste brasileiro: um desafio para o sistema de saúde do Brasil

Maternal and congenital syphilis in a university hospital in the capital of a state in northeastern Brazil: a challenge for the Brazilian health system

José Elias Soares da Rocha¹ , Manoel Calheiros Silva¹ , Telmo Henrique Barbosa de Lima² ,
Marcel Arthur Cavalcante Gonçalves^{3*} , Emmelyne Accioly Soares da Rocha⁴ ,
Iara Dayse Mendes Tenório Albuquerque¹ , Rayssa Rodrigues Silva¹ 

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada por uma bactéria do gênero *Spirochaeta* e da família espiroquetáceas, denominada *Treponema pallidum* que, quando não tratada ou tratada inadequadamente, pode apresentar evolução crônica. A infecção pode ser assintomática, nesse caso, seu diagnóstico somente é possível por meio de sorologia específica.

Objetivo: Determinar o perfil de sífilis na gestação e a taxa de sífilis congênita em grávidas admitidas na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). **Métodos:** Estudo transversal, de caráter retrospectivo, descritivo, analisando 93 prontuários de gestantes portadoras de sífilis e 304 de recém-nascidos com sífilis congênita internados no setor de neonatologia do hospital da Universidade Federal de Alagoas, no período de 2013 a 2016. **Resultados:** A incidência de sífilis em gestantes atendidas no HUPAA foi de 13 casos em 2013, 23 em 2014, 32 em 2015 e 25 em 2016, totalizando 93 casos em quatro anos de estudo. Das gestantes estudadas, todas realizaram consultas de pré-natal, entretanto, 40 obtiveram o diagnóstico de sífilis fora dessas consultas, isto é, no ato da internação hospitalar, enquanto 53 receberam o diagnóstico por ocasião da consulta pré-natal. Considerando a escolaridade, 67,7% das mães com sífilis tinham baixa escolaridade, isto é, cursado da 5ª à 8ª série incompleta, enquanto 8,6% não tinham escolaridade. Analisando a sífilis congênita no setor de neonatologia, foram observados 73 casos em 2013, 109 em 2014, 72 em 2015 e 50 em 2016, totalizando 304 casos de sífilis adquirida por transmissão vertical. Em relação ao tratamento do parceiro sexual, do total das 93 grávidas com sífilis, a ausência de tratamento foi verificada na maioria dos casos (77); os demais 16 receberam tratamento. **Conclusão:** No presente estudo, o número de recém-nascidos com sífilis congênita no período de quatro anos foi cerca de 3,2 vezes superior ao das gestantes com sífilis no mesmo período, justificado pela presença de recém-nascidos na casuística que nasceram em outras maternidades da rede pública e foram encaminhados para tratamento no setor de neonatologia. Chama a atenção a taxa alarmante de crianças que nasceram com sífilis no período deste estudo (31,7/1.000 nascidos vivos). As falhas determinantes para as referidas taxas elevadas de sífilis estão bem estabelecidas: diagnóstico tardio (durante a admissão hospitalar), parceiro não tratado e falha no sistema de saúde (desconhecendo a situação de tratamento do parceiro das gestantes).

Palavras-chave: gravidez; sífilis; infecção congênita.

¹Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina – Tabuleiro do Martins (AL), Brasil.

²Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Maceió (AL), Brasil.

³Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Recife (PE), Brasil.

⁴Faculdade de Medicina de Olinda – Olinda (PE), Brasil.

*Autor correspondente: marcelcgoncalves@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Financiamento: Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Alagoas.

Recebido em: 22/09/2024. Aprovado em: 01/04/2025.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a systemic infectious disease caused by a bacterium of the spirochaeta genus and spirochaetaceae family called *Treponema pallidum*, which, when untreated or inadequately treated, may present a chronic evolution. The infection may be asymptomatic and, in this case, its diagnosis only will be possible through specific serology. **Objective:** To determine the profile of syphilis during pregnancy and the rate of congenital syphilis in pregnant women admitted to the University Hospital Professor Alberto Antunes (HUPAA) maternity ward. **Methods:** Cross-sectional, retrospective, descriptive study, analyzing 93 medical records of pregnant women with syphilis and 304 records of newborns with congenital syphilis admitted to the neonatology department of the University Hospital Universidade Federal de Alagoas from 2013 to 2016. **Results:** An incidence of syphilis in pregnant women who were treated at HUPAA was: 13 cases in 2013, 23 cases in 2014, 32 cases in 2015 and 25 cases in 2016; totaling 93 cases over the four-year study period. Of the 93 pregnant women studied, all underwent prenatal consultations. However, 40 cases were diagnosed with syphilis outside the prenatal consultation, that is, upon admission to hospital, while 53 were diagnosed during the prenatal consultation. Considering education, 67.7% of mothers with syphilis had low education, that is, they had completed incomplete grades 5 to 8, of which 8.6% had no education. Analyzing congenital syphilis in the Neonatology Sector, 73 cases were observed in 2013, 109 in 2014, 72 in 2015 and 50 in 2016, totaling 304 new cases of syphilis acquired through vertical transmission. In relation to the treatment of the sexual partner of the total of 93 pregnant women with syphilis, the absence of treatment was the majority with 77 cases, while 16 cases received treatment. **Conclusion:** The number of newborns with congenital syphilis in the present study over a four-year period was approximately 3.2 times more than the number of pregnant women with syphilis in the same period of the present study, justified by the presence of newborns in the series who were born in other maternity hospitals from the public network and were referred for treatment in the Neonatology Sector. What draws attention is the alarming rate of children born with syphilis during the period of this study (31.7/1,000 live births). The determinant failures for the aforementioned high rates of syphilis are well established: late diagnosis (during hospital admission), untreated partner and failure in the health system (not knowing the treatment status of the pregnant women's partner).

Keywords: pregnancy; syphilis; congenital infection.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada por uma bactéria do gênero *Spirochaeta* e da família espiroquetácea denominada *Treponema pallidum* que, quando não tratada ou tratada inadequadamente, pode apresentar evolução crônica. A infecção pode ser assintomática, nesse caso, o diagnóstico somente é possível por meio de sorologia específica¹.

Quando é contraída pela mulher grávida, a doença reveste-se de importância pela possibilidade de transmissão para o conceito pela via transplacentária, aspecto que configura a sífilis congênita. O tratamento inadequado ou a ausência de tratamento pode levar ao abortamento, ao parto pré-termo, ao óbito fetal ou ao nascimento de recém-nascido (RN) acometido pela doença (sífilis congênita)². Por sua vez, do ponto de vista do organismo adulto, incluindo o da gestante, caso a sífilis não seja tratada, 25% dos casos passarão para o estado de latência, intercalando com lesões secundárias, e de 15 a 20% tornar-se-ão sífilis terciária, podendo surgir entre um e 40 anos depois do início da infecção¹.

A incidência da sífilis tem sido crescente em todo o mundo, sendo divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que cerca de 1,5 a 1,85 milhão de mulheres grávidas contraem a doença a cada ano, e 50% dos filhos apresentam eventos adversos decorrentes da sífilis. As mulheres mais frequentemente acometidas são as mais jovens, mais desfavorecidas economicamente, de cor negra, sem acesso ao pré-natal ou com pré-natal inadequado, seguidas daquelas portadoras

de outras doenças sexualmente transmissíveis, das que utilizam drogas ilícitas e das sexualmente promíscuas³.

O diagnóstico clínico e sorológico da doença é exequível, e quando bem aplicado e interpretado adequadamente, propicia bons resultados. São utilizados os testes treponêmicos FTA-ABS (*Fluorescent treponemal antibody absorption*), *micro-hemagglutination test for antibodies to T. pallidum* (MHA-TP), *T. pallidum particle agglutination assay* (TP-PA) e *T. pallidum enzyme immunosorbent assay* (TP-EIA)=ELISA. Nesse grupo também se inclui o teste rápido, pois se trata de teste treponêmico. Os testes não treponêmicos são inespecíficos e representados por *Veneral Disease Laboratory* (VDRL), *Rapid Plasma Reagin* (RPR) e *Toluidene Red Unheated Serum Test* (TRUST)⁴.

Por sua vez, o tratamento adequado da sífilis é realizado por meio da antibioticoterapia, e a penicilina G benzatina é a única droga comprovadamente eficaz no tratamento da sífilis materna e fetal. Logo, para pacientes alérgicos à penicilina, com antecedente de reação compatível com hipersensibilidade por IgE e teste cutâneo positivo, é indicado o procedimento de dessensibilização. A eritromicina não é mais reconhecida como alternativa para tratamento da sífilis. Algumas particularidades em relação a essa droga são o fato de não atravessar a membrana placentária, portanto, não tratar do conceito infectado⁵.

A sífilis que acomete a gestante teoricamente poderia ser quase que completamente eliminada, pois existem medidas preventivas, *screening* universal e tratamento eficaz, entretanto esse desafio continua, com crescentes taxas tanto maternas quanto fetais.

OBJETIVO

Portanto o objetivo do presente estudo foi para determinar a incidência de sífilis em duas instâncias: na gestação e no recém-nascido de mãe infectada (sífilis congênita).

MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente 93 prontuários de gestantes portadoras de sífilis e 304 de recém-nascidos com sífilis congênita internados no setor de neonatologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em Maceió (AL), no período de 2013 a 2016. Os dados foram coletados de prontuários e das pacientes diagnosticadas com sífilis na gestação, cujo teste diagnóstico utilizado foi o não treponêmico VDRL e confirmado com teste treponêmico FTA-ABS. Quanto aos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita, seguiram-se os critérios de avaliação utilizados pelo setor de neonatologia do HUPAA, indicados pelo Ministério da Saúde do Brasil, para diagnosticar sífilis congênita (diagnóstico clínico e laboratorial da mãe, critérios laboratoriais do RN, achados clínicos no RN compatíveis com sífilis congênita, achados radiológicos ou laboratoriais, situação epidemiológica e ausência de tratamento adequado). Consideraram-se os RNs que nasceram na própria maternidade, entre 2013 e 2016, ou a ela encaminhados, oriundos de outros serviços da cidade de Maceió (AL).

Os casos foram notificados pelo núcleo de epidemiologia do HUPAA, o qual é responsável pela alimentação dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As principais variáveis analisadas foram idade, acesso ao pré-natal, escolaridade, atividade econômica desenvolvida pela gestante, tratamento em vigência do diagnóstico de sífilis materna, bem como o esquema de tratamento e sua eficácia.

Os indivíduos foram selecionados de acordo com a notificação dos casos de sífilis materna e congênita da maternidade e do setor de neonatologia do HUPAA. Os dados foram digitados e analisados por meio do programa *Epi-Info*, versão 3.5.3, e as tabelas elaboradas no programa *Microsoft Excel*® 2010.

A análise descritiva partiu da distribuição de frequência das variáveis selecionadas e proporções para avaliar o perfil das gestantes com sífilis e dos casos incidentes de sífilis congênita. Estimou-se a incidência acumulada de sífilis congênita e sífilis gestacional, de acordo com as categorias das variáveis. Os resultados encontrados foram confrontados com outras publicações existentes no âmbito da literatura científica, com o objetivo de embasar as discussões.

Por se tratar de pesquisa retrospectiva, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lavrado no momento da internação dos pacientes. É regra do hospital público o paciente ou seu representante

legal assinarem documentos no ato da internação, tomando ciência dos procedimentos e das ações necessárias e impostas ao paciente e de que nenhuma medida em relação ao caso será tomada no sentido de prejudicá-lo.

O estudo foi autorizado pelas instituições participantes e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob o parecer nº 2.212.758.

RESULTADOS

A incidência de sífilis nas gestantes atendidas no HUPAA foi a seguinte: 13 casos em 2013, 23 em 2014, 32 em 2015 e 25 em 2016, totalizando 93 no período estudado (Gráfico 1). A faixa etária com maior número de casos foi a dos 20 aos 34 anos, representando 46 registros (49,46%) do total. Em segundo lugar, vieram as gestantes de 15 a 19 anos, com 31 casos (33,33%) (Tabela 1).

Considerando a escolaridade, as gestantes não alfabetizadas totalizaram cinco, o que representa 5,37% do total analisado, enquanto aquelas que cursaram da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (incompleto) constituíram a maioria (33,33%) (Tabela 2). Já os casos envolvendo as estudantes somaram apenas sete (7,52%). Além da escolaridade, a ocupação também foi analisada. “Donas de casas” foi a ocupação relatada em mais da metade dos casos (53) (56,98%), seguidas por vendedoras ambulantes etc. (28) (30,1%). Apenas duas (2,15%) se declararam desempregadas (Tabela 3).

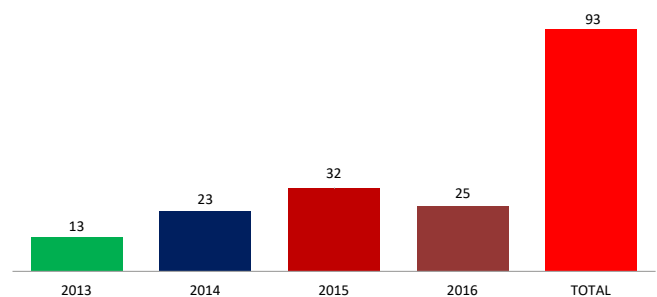


Gráfico 1. Gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL), entre 2013 e 2016.

Tabela 1. Distribuição das gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL), segundo a faixa etária.

Faixa etária gestante (anos)	2013	2014	2015	2016	Total
10–14	0	0	1	1	2
15–19	1	9	10	11	31
20–34	9	11	17	9	46
35–49	3	3	4	4	14
Total	13	23	32	25	93

Das 93 (100%) gestantes estudadas, todas realizaram consultas de pré-natal, entretanto 40 (43,0%) tiveram o diagnóstico de sífilis fora da consulta do pré-natal, isto é, no ato da internação hospitalar, enquanto 53 (57,0%) receberam o diagnóstico por ocasião da consulta pré-natal (Gráfico 2).

Considerando as mães que trouxeram os recém-nascidos de outros serviços para tratamento da sífilis congênita, não temos os números

Tabela 2. Nível de escolaridade das gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL).

Escolaridade da mãe	2013	2014	2015	2016	Total
Analfabeta	2	2	2	2	8
1ª a 4ª série incompleta	4	6	3	4	17
4ª série completa	1	1	1	1	4
5ª à 8ª série incompleta	7	8	10	9	34
Ensino fundamental completo	1	2	5	3	11
Ensino médio incompleto	1	2	2	3	8
Ensino médio completo	3	3	3	2	11
Total	19	24	26	24	93

Tabela 3. Ocupação informada pelas gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL).

Ocupação da gestante	2013	2014	2015	2016	Total
Dona de casa	7	17	15	14	53
Estudante	1	0	4	2	7
Empregada doméstica/serviços gerais	0	2	0	1	3
Desempregada	0	0	2	0	2
Outra	5	4	11	8	28
Total	13	23	32	25	93

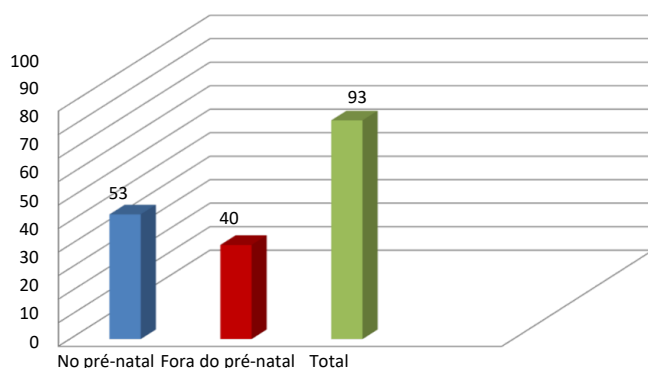


Gráfico 2. Realização do teste treponêmico em gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL), 2018.

de consultas de pré-natal nem o momento do diagnóstico da sífilis materna, entretanto, observando os resultados, podemos referir que o tratamento não foi realizado ou no mínimo foi ineficaz.

Todas as gestantes apresentaram teste não treponêmico (VDRL) reagente, que em seguida foi confirmado por meio de teste treponêmico (FTA-ABS).

Quanto ao esquema de tratamento da sífilis, o uso da penicilina G benzatina foi o tratamento de eleição na maioria dos casos, com os seguintes esquemas: 2.400.000 UI em três doses, totalizando 7.200.000 UI, representou 74 (79,6%) das opções terapêuticas, enquanto o esquema com dose única de 2.400.000 UI foi utilizado em 15 (16,1%). Em três casos (3,2%), as gestantes foram notificadas com tratamento não realizado, enquanto em um (1,1%) foi utilizado esquema terapêutico diferente da penicilina benzatina (Gráfico 3).

Em relação ao parceiro sexual, do total de grávidas com sífilis (93), a ausência de tratamento foi relatada pela maioria (77) (82,8%), enquanto 16 (17,2%) receberam tratamento (Tabela 4). Quando analisado o motivo pelo qual não foi realizado o tratamento, a maioria dos parceiros (33) (42,8%) alegou qualquer motivo não convincente, 18 (23,3%) referiram não ter sido convocados para tal procedimento, 12 (15,6%) disseram que perderam o contato com a gestante, sete (9,1%) alegaram ter sido convocados, mas recusaram

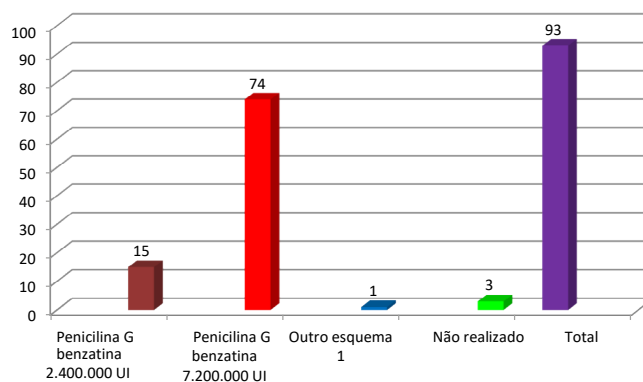


Gráfico 3. Escolha da droga e esquema de tratamento para gestantes com sífilis na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL), 2018.

Tabela 4. Realização do tratamento dos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL).

Tratamento do parceiro	2013	2014	2015	2016	Total
Sim	4	4	3	5	16
Não	9	19	29	20	77
Total	13	23	32	25	93

o tratamento, enquanto outros sete (9,1%) apresentaram sorologia não reagente (Gráfico 4).

Analisando a sífilis congênita no setor de neonatologia do HUPAA, foram observados 73 casos em 2013, 109 em 2014, 72 em 2015 e 50 em 2016, totalizando 304 casos (Gráfico 5). Ressalte-se que apenas 93 crianças nasceram na maternidade do HU/UFAL; as 211 restantes internadas no setor de neonatologia do HU/UFAL, para tratamento da sífilis congênita, eram oriundas de outros serviços de saúde.

Considerando a idade das mães de RNs com sífilis congênita, observou-se que 166 (54,6%) tinham entre 20 e 34 anos, enquanto a menor taxa foi encontrada na faixa etária dos 10 aos 14 anos (8) (2,6%), conforme se verifica no Gráfico 6.

Quanto ao pré-natal por parte das mães de RNs com sífilis congênita, foi constatado que 241 (79,3%) realizaram pelo menos seis consultas durante a gravidez, enquanto 63 (20,7%) não as realizaram (Gráfico 7).

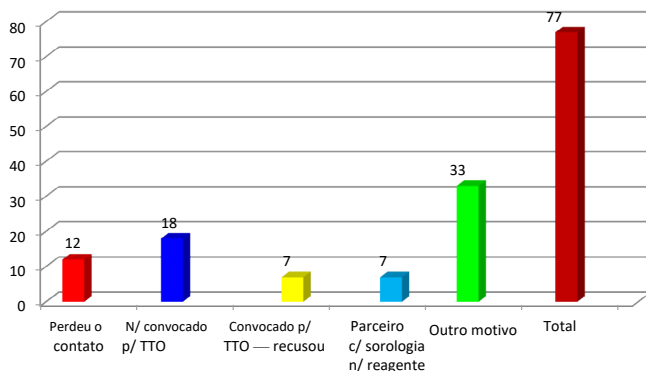
O diagnóstico de sífilis em mães de RNs com sífilis congênita foi realizado durante o pré-natal apenas em 98 (32,2%) gestantes,

enquanto a maioria (202) (66,4%) tiveram o diagnóstico no momento do parto; em quatro (1,3%) casos, a doença foi diagnosticada após o parto (Gráfico 8).

Já o tratamento dos parceiros das 304 mulheres que pariram seus filhos com sífilis congênita foi realizado por apenas 47 deles (15,46%), contra 127 (41,77%) que não o realizaram. Em 130 (42,7%) casos, não foi possível obter essa resposta (Gráfico 9).

DISCUSSÃO

O número de RNs com sífilis congênita (304) no período de quatro anos (de 2013 a 2016) foi cerca de 3,2 vezes mais alto do que o de gestantes com sífilis (93) no mesmo período do presente estudo no HUPAA-FAMED-UFAL, achado justificado pela presença de RNs nessa casuística que nasceram em outras maternidades da rede pública do município de Maceió (AL) com sífilis congênita e que foram encaminhados para tratamento no setor de neonatologia do HUPAA/FAMED/UFAL. Portanto, suas mães estiveram presentes no referido serviço apenas como acompanhantes dos filhos até o final do tratamento.



TTO: tratamento.

Gráfico 4. Motivos alegados pelos parceiros sexuais das gestantes com sífilis para não realização do seu tratamento na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL).

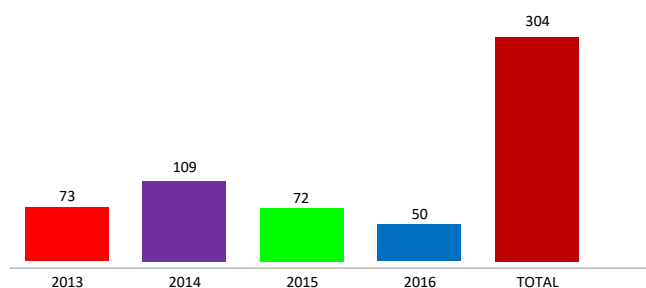


Gráfico 5. Incidência anual de sífilis congênita no setor de neonatologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL).

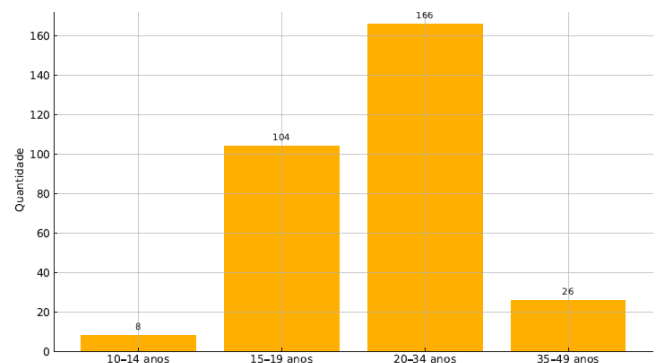


Gráfico 6. Faixa etária das mães de recém-nascidos com sífilis congênita. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL).

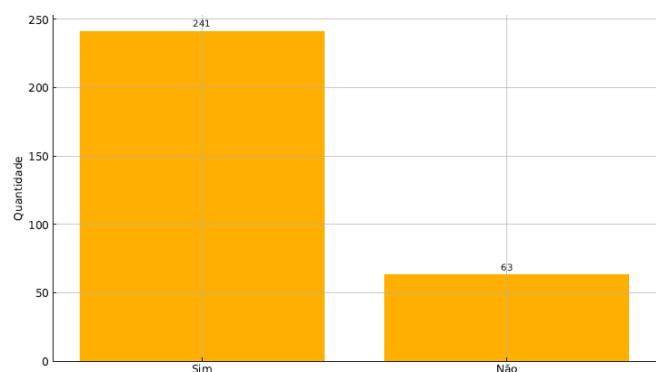


Gráfico 7. Realização de pelo menos seis consultas de pré-natal por mães de recém-nascidos com sífilis congênita. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Maceió (AL).

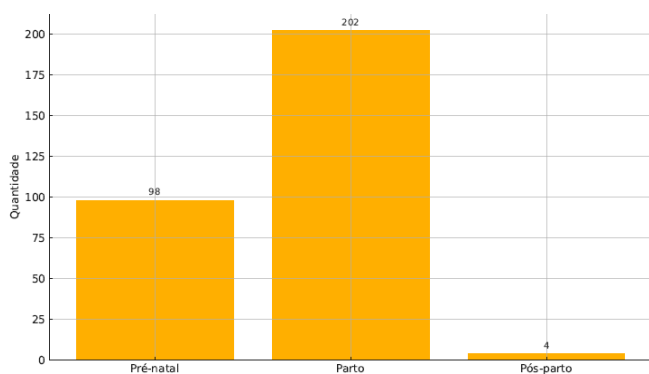


Gráfico 8. Momento do diagnóstico de sífilis materna e recém-nascidos com sífilis congênita.

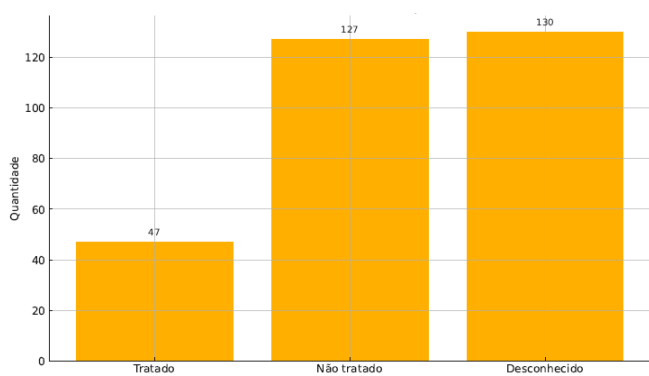


Gráfico 9. Uso de antibióticos pelos parceiros sexuais de mães de recém-nascidos com sífilis congênita.

O que chama a atenção é a taxa alarmante de crianças que nasceram com sífilis no período deste estudo (31,7/1.000 nascidos vivos), que é ainda maior que a média das capitais brasileiras, no período de 2009 a 2016, como mostram Rêgo et al.⁶. A maior taxa de sífilis congênita em menores de um ano ocorreu em 2016, em Porto Alegre (RS) (31,07/1.000 nascidos vivos). O Nordeste apresentou altas taxas, em especial a capital pernambucana (Recife) (23,67/1.000 nascidos vivos), número que supera enormemente a meta proposta pela OMS e corroborada pelo Ministério da Saúde como parte das metas do Pacto pela Saúde, que é a de atingir a taxa (recurso) registrada em 2015 (1,0/1.000 nascidos vivos), resultado que reflete a dificuldade do controle efetivo da sífilis na gestação⁶.

Observou-se, neste estudo, aumento em torno de 11,8% na taxa de sífilis congênita em 2014 em relação ao total registrado em 2013. Nos anos seguintes, 2015 e 2016, houve decréscimo dessa taxa em relação a 2014, entretanto, ficando ainda muito superior àquela proposta pela OMS e pelo Ministério da Saúde.

São vários os fatores que contribuem para a manutenção dessa elevada taxa de sífilis congênita, como ficaram evidentes nesse estudo,

os quais foram representados pela qualidade da consulta de pré-natal, pois mesmo a maioria (79,3%) tendo realizado pelo menos seis consultas, meta mínima preconizada pela OMS, o diagnóstico de sífilis em mães de RNs com sífilis congênita foi realizado durante o pré-natal em apenas 98 (32,2%) casos, enquanto a maioria (202) (66,4%) tiveram o diagnóstico no momento do parto, o que demonstra a necessidade de avançar em relação à qualidade das equipes de assistência pré-natal e em todos os setores que colaboram no âmbito do diagnóstico da sífilis, incluindo o protocolo de coleta de sangue materno, a logística envolvendo o laboratório e a unidade básica de saúde e quaisquer outros meios que facilitem o diagnóstico da doença na gestação.

Outro aspecto comprometedor foi o grande número de casos de tratamento materno ineficaz para a grávida com diagnóstico de sífilis, que totalizou 256 (84,2%), o que encontra possíveis explicações na elevada taxa de parceiros sexuais dessas gestantes que não fizeram o tratamento, totalizando 85,1%. Saliente-se, entretanto, que a escolha da medicação para a maioria das gestantes (77,4%) deste estudo foi adequada, tendo em vista que a penicilina G benzatina é a droga considerada de escolha para esse tratamento. No entanto, a ausência de tratamento do parceiro implica sabidamente na reinfecção materna, o que facilita a transmissão vertical da sífilis, configurando, portanto, a mãe como potencial transmissora da doença para o conceito.

Segundo Moraes et al., a falha na detecção precoce da sífilis congênita e o tratamento inadequado ou a falta de tratamento dos parceiros são os possíveis obstáculos para a erradicação da mortalidade fetal⁷.

Em gestantes, a sífilis pode ser transmitida verticalmente, por via transplacentária, em qualquer fase da gestação: média de 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% na fase latente, portanto, influenciada pelo estágio da infecção na mãe (maior no primário e secundário) e pelo tempo que o feto foi exposto à bactéria⁸.

O elevado número de parceiros que não receberam tratamento adequado para sífilis encontrado no estudo de Domingues et al.⁹ corrobora o presente estudo e destaca a real possibilidade de reexposição da gestante à *Treponema pallidum*, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença, visto que sífilis prévia não confere imunidade, e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical.

Outros fatores possíveis para a inadequação do tratamento da gestante são o abandono do tratamento, a falta da medicação de escolha, a dosagem inadequada para o estágio da doença e o término próximo do parto (menos de 30 dias)^{9,10}.

O presente estudo coaduna com as palavras de Colombo et al.¹¹:

“A ocorrência de sífilis congênita, abortos, natimortos e óbitos por SC refletem, na maioria dos casos, assistência pré-natal inadequada,

seja no atendimento direto à gestante ou no estabelecimento dos fluxos de atenção na rede básica de saúde”.

Ao expor cenário similar ao estudo em revisão sistemática e série de casos, o que favorece o aumento da sífilis congênita no nosso estudo¹¹.

Os resultados obtidos neste estudo não representam a situação sorológica da totalidade das gestantes do município de Maceió (AL), pelo fato de o estudo limitar-se a um serviço da capital (HUPAA), unidade de referência terciária, que recebe grande parte da população portadora de sífilis congênita, fato que certamente aumenta sua taxa no referido serviço. Entretanto, esses números considerados elevados — e chegando a ser alarmantes — não podem estar presentes em quaisquer que sejam os serviços de assistência à gestante, pois a sífilis é doença que pode ser evitada por meio de ações educativas e de condutas objetivas para prevenir a contaminação da gestante.

Fortalezas

1. Aborda um problema de saúde pública significativo, especialmente em regiões com alta prevalência de sífilis congênita.
2. Dados quantitativos robustos: inclui uma análise detalhada de 93 gestantes e 304 recém-nascidos, cobrindo período de quatro anos, permitindo observar tendências.
3. Ênfase na transmissão vertical: explora fatores, como diagnóstico tardio e tratamento ineficaz dos parceiros, oferecendo informações úteis para políticas públicas.
4. Recomendações práticas: destaca a necessidade de melhorar a qualidade do pré-natal e a adesão ao tratamento de parceiros.

Limitações

1. Restrição geográfica: o estudo é limitado a um hospital de referência, dificultando a generalização dos resultados para outras regiões.
2. A ausência de informações detalhadas sobre gestantes de outros serviços impacta a completude da análise.

3. Abordagem retrospectiva: possíveis vieses relacionados à qualidade dos registros médicos analisados.
4. Foco restrito ao tratamento do parceiro: apesar de enfatizar sua importância, faltam análises sobre barreiras específicas à adesão por parte dos parceiros.

CONCLUSÃO

A análise dos casos de sífilis materna e sífilis congênita deste estudo mostra o grande abismo que separa a prevenção, o diagnóstico e o tratamento eficaz da grávida portadora da doença, fato que torna difícil a redução da sífilis congênita no nosso meio e consequentemente no Brasil. Portanto, o diagnóstico precoce da grávida com sífilis, com imediato tratamento eficaz, além da identificação do parceiro sexual e seu tratamento são medidas simples e possíveis de serem implementadas. Entretanto, pelos resultados obtidos no presente estudo e nos diversos serviços do nosso país, fica cada vez mais distante o alcance de metas preestabelecidas pelos organismos internacionais e nacional de saúde para tirar o Brasil desse ranque tão desfavorável no cenário mundial no que se refere ao combate à sífilis materna e congênita.

Aprovação do comitê de ética em pesquisa

O estudo foi autorizado pelas instituições participantes e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com parecer nº 2.212.758.

Participação de cada autor

JESR: Administração do projeto. MCS: Administração do projeto. THBL: Administração do projeto. MACG: Escrita – revisão e edição. EASR: Escrita – revisão e edição. IDMTA: Análise dados, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição. RRS: Análise dados, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Feitosa JAD, Rocha CHR, Costa FS. Artigo de revisão: sífilis congênita. Rev Med Saude Brasília. 2016;5(2):286-97.
3. World Health Organization. Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
5. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137. PMID: 26042815.
6. Rêgo AS, Costa LC, Rodrigues LS, Garcia RAS, Silva FMAM, D'Eça Junior A, et al. Congenital syphilis in Brazil: distribution of cases notified from 2009 to 2016. Rev Soc Bras Med Trop. 2020;53:e20200338. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0338-2020>
7. Moraes BQS, Feitosa AO, Wanderley RA, Machado MF. Trend analysis of clinical aspects of congenital syphilis in Brazil, 2009-2018. Rev Assoc Med Bras (1992). 2021;67(7):991-6. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210432>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde: volume 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
9. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147-57. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>
10. Rac MW, Revell PA, Eppes CS. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):352-63. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.1052>
11. Colombo AC, Santos CT, Toledo MGS, Oliveira CC, Passos CVL, Passos PVL, et al. Natimorto por sífilis congênita em região metropolitana do Rio de Janeiro em 2023: relato de caso. *J Bras Ginecol*. 2023;133:e2313395. <https://doi.org/10.5327/JBG-2965-3711-202313395>