

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE MANAUS DE 2017 A 2021

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE CITY OF MANAUS FROM 2017 TO 2021

Walter Junio Bentes Grangeiro 1

Allyson Guimarães da Costa 2

Cristina Lima dos Santos 3

**Resumo:** O objetivo do estudo foi realizar o levantamento epidemiológico dos casos de sífilis congênita (SC) no município de Manaus no período de 2017 e 2021. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e longitudinal, a partir de dados secundários notificados como SC no sistema de informação de agravos de notificação. No período estudado, observou-se 2.603 casos de SC com redução ao longo dos anos. Onde 38% das mães apresentavam ensino fundamental incompleto, 67,04% realizaram pré-natal e 51,56% diagnosticadas no momento do parto/curetagem, sendo que 45,91% dos parceiros não foram tratados. Já os recém-nascidos, 98% foram diagnosticados com até 6 dias de vida, 92% eram da raça/cor parda, 51% do sexo masculino, 98% com sífilis congênita recente e 97,62% evoluíram para cura. Os dados revelam a necessidade de melhorias na assistência pré-natal no município de Manaus e na qualidade das notificações, buscando contribuir na redução dos casos de SC.

**Palavras-chave:** Gravidez. Nascimento. Perfil de Saúde. Saúde Pública. Saúde Materno-infantil.

**Abstract:** The objective of the study is to carry out an epidemiological survey of cases of congenital syphilis (CS) in the city of Manaus between 2017 and 2021. This is a cross-sectional, descriptive and longitudinal study, based on secondary data reported as SC in the system of information of notification grievances. During the period studied, 2,603 cases of CS were observed, with reduction over the years. Where 38% of the mothers had incomplete primary education, 67.04% had prenatal care and 51.56% were diagnosed at the time of delivery/curettage, and 45.91% of the partners were not treated. As for newborns, 98% were diagnosed within 6 days of life, 92% were of brown race/color, 51% male, 98% with recent congenital syphilis and 97.62% progressed to cure. The data reveal the need for improvements in prenatal care in the city of Manaus and in the quality of notifications, seeking to contribute to the reduction of CS cases.

**Keywords:** Pregnancy. Birth. Health Profile. Public health. Maternal and Child Health

- 1 Graduado em Enfermagem (pela ULBRA), Especialista em Enfermagem Obstétrica na modalidade residência (pela UFAM) e Saúde Pública (pela UNIFATEC). Atualmente é enfermeiro na Universidade Federal do Paraná - UFPR. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9018529678692277>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7914-3140>. E-mail: [walter.grangeiro@ufpr.br](mailto:walter.grangeiro@ufpr.br)
- 2 Doutor em Doenças Tropicais e Infeciosas pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Mestre em Imunologia Básica e Aplicada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e graduado em Enfermagem (Ufam). É professor na Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7531662673281014>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7312-6822>. E-mail: [allyson@ufam.edu.br](mailto:allyson@ufam.edu.br)
- 3 Graduada em Enfermagem (pela UNINORTE), Especialista em Enfermagem Obstétrica na modalidade residência (pela UEA). Atualmente é enfermeira residente em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Maringá – UEM. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8358322203330938>. ORCID: <http://lattes.cnpq.br/0000-0002-8863-6235>. E-mail: [enfsantoscrisrina@gmail.com](mailto:enfsantoscrisrina@gmail.com)

## Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível curável e exclusiva do ser humano, sendo causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*). *Possui como forma de transmissão predominantemente, a via sexual (oral, vaginal e anal) ou vertical (materno-fetal), ocasionando a forma adquirida ou congênita da doença, respectivamente. Nos estágios iniciais, a transmissão é maior, reduzindo com o tempo de evolução da doença (OMS, 2016; FREITAS et al., 2021; VELASCO e ANDRADE, 2022).*

A sífilis congênita (SC) é a segunda causa de morte fetal evitável no mundo, sendo observada quando a gestante infectada não foi tratada ou tratada de forma inadequada. Assim, existe a possibilidade de transmissão da bactéria ao feto por via transplacentária ou durante o momento do parto, visto que há contato direto com a lesão e consequentemente com o *T. pallidum*. Na ausência de tratamento, a transmissão pode chegar a 100%, reduzindo para 1 a 2% quando tratadas. Nas gestantes tratadas durante a gestação, o risco de desfecho desfavorável é mínimo (SÃO PAULO, 2016; WHO, 2019; GUIMARÃES et al. 2020).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2015 houve 22.800 casos de SC reportado nas américas, com cerca de 1,7 casos por 1.000 nascidos vivos e indicando uma tendência de aumento na taxa de incidência da doença. A triagem para sífilis nas gestantes chegou a 83% em 2015, número estimado nas mulheres que realizaram ao menos uma consulta de pré-natal. Isso mostra que ainda falta acesso destas aos serviços de triagem, podendo ocorrer também acesso tardio ou atendimento pré-natal de má qualidade (OPAS, 2019).

No intervalo de 2010 a 2019, a taxa de detecção da SC foi de 1,4 para 8,2 casos por 1.000 nascidos vivos no país. Já em 2020, as notificações de SC foram acima de 20 mil casos, onde 186 casos evoluíram para óbito (taxa de mortalidade de 6,5 por 100.000 nascidos vivos). A mortalidade fetal pode ser até seis vezes maior em casos de SC ou prolongar o período de internação do recém-nascido (DOMINGUES e LEAL, 2016; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022a).

Dados do Boletim Epidemiológico de 2021 evidenciam que 8,2% das notificações ocorreram na região norte, dentre os estados, o Amazonas foi o segundo com o maior número de notificações apresentando 430 casos (5,5 por 1.000 nascidos vivos) sendo que 12 casos evoluíram para óbitos por SC (15,5 por 100.000 nascidos vivos). Dado semelhante é observado no município de Manaus que obteve a taxa de detecção de SC de 7,7 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo superior à média nacional (BRASIL, 2021).

A SC é dividida em precoce (até o segundo ano de vida) e tardia (após o segundo de vida). Cerca de 70% dos casos de SC precoce são assintomáticos, mas pode ocorrer aborto/óbito fetal, natimorto, morte neonatal, morte pós-neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, anemia, trombocitopenia, leucocitose, leucopenia, hepatomegalia, esplenomegalia, icterícia, rinite serossanguinolenta, pênfigo palmo plantar, palidez, petéquias, púrpuras e/ou exantemas, linfadenopatia, sofrimento respiratório, pneumonia, febre, ascite, hidropsia fetal, edema generalizado, pseudoparalisia, anormalidades radiográficasppp e anormalidades no líquido cefalorraquidiano. Enquanto as manifestações tardias são: dentes de Hutchinson, molares em amora, ceratite intersticial, surdez neurológica, fronte olímpica e nariz em sela (COSTA et al. 2017; ROCHA et al. 2021).

A análise da história clínica e epidemiológica materna é importante no diagnóstico da SC, abrangendo o exame físico da criança e resultados dos testes laboratoriais, incluindo exames radiológicos. A criança cuja mãe não realizou o teste ou foi tratada de forma inadequada, independente do resultado da avaliação clínica e de exames complementares, deve ser classificada como caso de sífilis congênita (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

A notificação e tratamento não são necessárias em caso de criança exposta a sífilis, ou seja, nasceu assintomática. Além disso, para mães que foram tratadas e o teste não treponêmico não foi reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma titulação maior que a materna (exemplo: mãe 1:2; RN 1:4) também não devem ser reportadas. No entanto, o seguimento ambulatorial deve ser garantido a todas as crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita até 18 meses de idade (BRASIL, 2021; DOMINGUES et al. 2021). Além disso, a SC pode ser considerada um importante indicador de qualidade da assistência materno-fetal, pois a partir do seu diagnóstico e

manejo simples é possível diminuir o risco de transmissão vertical (SANTOS e GOMES, 2019).

O estado do Amazonas e o município de Manaus apresentaram no Boletim Epidemiológico de 2021 uma taxa de incidência de sífilis congênita crescente, demonstrando um problema de Saúde Pública. Dessa forma, considerando a relevância da sífilis congênita no campo da saúde pública e as consequências na vida da criança, é necessário conhecer a dimensão da doença a nível local, surgindo a seguinte questão norteadora: Qual o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Manaus no período de 2017 a 2021? Diante do exposto, objetivo do trabalho foi realizar o levantamento epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Manaus-AM, no período de 2017 e 2021, além de identificar fatores de risco maternos associados aos casos de sífilis congênita no presente município.

## Metodologia

A pesquisa utiliza dados secundários, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio de fichas de notificação compulsória preenchidas por profissionais da saúde como casos de sífilis congênita na cidade de Manaus entre 2017 e 2021.

A cidade de Manaus é a capital do Estado do Amazonas tendo uma população estimada em 2.255.903 habitantes e possui 363 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2017). A capital é conhecida pela Zona Franca de Manaus, Teatro Amazonas e o Encontro das Águas (encontro do rio negro que tem água escura com o Rio Solimões de água barrenta).

Os critérios de inclusão são casos confirmados de sífilis congênita, incluindo abortos e natimortos, com mães residentes no município de Manaus no período de 2017 a 2021. Enquanto, os critérios de exclusão são os casos de notificações incompletas.

Os dados foram coletados período de setembro a dezembro de 2022 através do aplicativo TABNET (Informações de Saúde) na seção informações epidemiológicas e morbidade (alimentado pelo SINAN) desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Tal aplicativo gera e produz tabelas e gráficos, após a escolha da abrangência geográfica, seleções das variáveis e períodos de interesse (DATASUS, 2020).

As variáveis do estudo são:

- a) Notificação individual (sexo, faixa etária, raça/cor);
- b) Antecedentes epidemiológicos da gestante/mãe (faixa etária, escolaridade, raça/cor, se realizou pré-natal durante a gestação, o momento em o diagnóstico foi realizado);
- c) Tratamento da gestante/mãe (parceiro tratado concomitantemente a gestante);
- d) Dados clínicos da criança (diagnóstico clínico e evolução dos casos de sífilis congênita).

Os dados foram tabulados em planilhas digitais obtidas no pacote Microsoft Excel (2010), com posterior criação de gráficos e tabelas descritivas. Além disso, por se tratar de dados de domínio público, não foi necessário o envio do mesmo para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), entretanto foram tomados os cuidados éticos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

No estado do Amazonas, no período de 2017 a 2021, verificou-se um total de 2.887 casos de sífilis congênita, dos quais 2.603 foram notificados no município de Manaus. O ano de 2017 teve a maior taxa de incidência de SC representando 762 (29,27%) dos casos e nota-se que nos anos seguintes ocorreu uma redução dessa taxa, chegando a menos de 5% em 2021, conforme a tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita (n=2.603) em Manaus, 2017 a 2021

Ano	n	%
2017	762	29,27
2018	707	27,16
2019	637	24,47
2020	368	14,14
2021	129	4,96
Total	2.603	100,0

Fonte: SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

A maioria dos casos de SC ocorreram na faixa etária de até 6 dias de vida (98%), seguido pela faixa de 7 a 27 dias e menores de 1 ano, predominando a raça parda (92%) ao invés. Já em relação ao sexo do recém-nascido, foram notificados 1.319 (51%) de casos de SC no sexo masculino, principalmente classificados como SC recente (98%) e que evoluíram com crianças vivas (96%), conforme tabela 2.

**Tabela 2.** Características congênita dos casos confirmados de sífilis congênita (n=2.603) em Manaus, 2017 a 2021

Características congênita	n	%
<b>Faixa etária</b>		
até 6 dias de vida	2.551	98
7 a 27 dias de vida	25	0,96
28 dias e < 1 ano de vida	19	0,73
1 ano a 23 meses de vida	1	0,04
2 a 4 anos de vida	6	0,23
5 a 12 anos de vida	1	0,04
<b>Raça</b>		
Branca	69	2,7
Preta	27	1
Amarela	7	0,2
Parda	2.392	92
Ignorado	108	4,1
<b>Sexo</b>		
Masculino	1.329	51
Feminino	1.242	48
Ignorado	32	1
<b>Classificação final</b>		
SC recente	2.551	98
SC tardia	7	0,27
Natimorto/aborto	16	0,61
Descartado	29	1,11
<b>Evolução</b>		
Vivo	2.500	96

Óbito pelo agravo notificado	20	0,8
Óbito por outra causa	11	0,4
Ignorado/branco	72	2,8
Total	2.603	100

Fonte: SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

No que diz respeito as características maternas, a maior parte das mulheres possuía ensino fundamental incompleto, com 989 (38%) registros, seguido por aquelas com ensino médio completo, 447 (17,17%). No tocante a realização de pré-natal, 1.745 (67,04%) das mulheres o realizaram, enquanto 828 (31,81%) não, e 30 (1,15%) das notificações esta variável foi ignorada, conforme tabela 3.

O diagnóstico materno de sífilis ocorreu no momento do parto/curetagem em 1.342 (51,56%) dos casos, 1.053 (40,45%) durante o pré-natal e 170 (6,53%) após o parto. O parceiro recebeu tratamento apenas em 441 (16,94%) casos, já 1.195 (45,90%) não receberam e 967 (37,16%) das notificações esta informação foi ignorada, como observado na tabela 3.

**Tabela 3.** Características materna dos casos confirmados de sífilis congênita (n=2.603) em Manaus, 2017 a 2021

Características maternas	n	%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	7	0,27
E.F incompleto	989	38
E.F completo	333	12,79
E.M incompleto	391	15,02
E.M completo	447	17,17
E.S incompleto	26	1
E.S completo	14	0,54
Ignorado	396	15,21
<b>Pré-natal</b>		
Sim	1.745	67,04
Não	828	31,81
Ignorado	30	1,15
<b>Diagnóstico da sífilis materna</b>		
Durante o pré-natal	1.053	40,45
No momento do parto/curetagem	1.342	51,56
Após o parto	170	6,53
Ignorado	38	1,46
<b>Tratamento do parceiro</b>		
Sim	441	16,94
Não	1.195	45,90
Ignorado	967	37,16
<b>Total</b>	<b>2.603</b>	<b>100</b>

Fonte: SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

## Discussão

No período de estudo, o município de Manaus apresentou uma queda no número de casos de SC, o que pode estar associado tanto as ações de controle propostas pela Agenda de 'Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil' de 2017, quanto pelo impacto da pandemia da COVID-19 nas ações preventivas durante a assistência pré-natal, sendo que a pandemia pode ter gerado um processo de subnotificação (MS, 2017a; BRASIL, 2022b). Diferentemente deste achado, nos estados da Bahia, Alagoas e Goiás, observou-se um aumento anual dos casos (MS, 2017; RAIMUNDO et al., 2021; SOARES e AQUINO, 2021; LUCENA et al. 2021; NUNES et al., 2021).

Em investigação realizada em Manaus com objetivo de identificar aspectos gerais da sífilis em gestantes e sífilis congênita ao longo de dez anos (2007 a 2017), notou que as gestantes e mães de RNs notificados tinham mais acesso ao teste não treponêmico (VDRL) ( $\pm 80\%$ ), enquanto o teste treponêmico, primeiro a ficar reagente, menos de 50%. Já em 11,8% dos RNs notificados, não foi realizado o VDRL (KANEKO, 2020).

No que diz respeito a raça/cor dos casos notificados, o presente estudo vai ao encontro de outras evidências disponíveis na literatura, onde a população parda e afrodescendente são mais acometidas por SC (ALVES et al., 2021; LOBATO et al., 2021; SANTOS et al., 2022; OZELAMEI et al., 2020). Semelhante a outros estudos, a maioria dos casos ocorreram no sexo masculino, mas qualquer sexo está vulnerável a infecção desde que a mãe não tenha realizado o tratamento ou tratado de forma inadequada (SILVA et al., 2017; ALMEIDA et al., 2019; NONATO et al., 2020; SILVA et al., 2019; LOBATO et al., 2021).

O diagnóstico de SC na faixa etária de até 6 dias de vida foi maior, evidenciando um sistema hospitalar ágil e vigilante na identificação dos casos em tempo oportuno, assim como em estudos realizados nos estados do Paraná e Bahia, possibilitando o início precoce do tratamento (OLIVEIRA, TIETZMANN e COELHO, 2017; SIGNOR et al., 2018; SANTOS et al., 2019). A classificação final dos casos foi de SC recente com evolução para cura demonstrando que houve um tratamento adequado (SIGNOR et al., 2018; REIS et al., 2018).

Toda criança exposta a SC na gestação precisa ser acompanhada, mesmo com mães tratadas de forma adequada. No entanto, nota-se que existem fatores associados ao não seguimento adequado de crianças com SC como o estado civil materno, número de consultas pré-natal, número de gestações, alterações no hemograma e não realização de radiografia de ossos longos. Isso pode ser minimizado por orientações acerca da importância do acompanhamento antes da alta hospitalar e na primeira consulta do RN na unidade básica, pois a maioria dos infectados nascem assintomáticos (CAVALCANTE et al., 2019).

Quando analisado as características maternas, observa-se que predominou as gestantes que tinham ensino fundamental incompleto, ou seja, entre 0 e 8 anos de estudo. Dados que são constatados em outras localidades do país (SANTOS et al., 2019; VESCOVI e TREVISOL, 2020; GUIMARÃES et al., 2020; FERREIRA, ROLIM e BONFADA, 2021). A baixa escolaridade é um fator de risco para exposição as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), dentre elas a sífilis, já que ocorre o pouco acesso às informações acerca das medidas de prevenção e frente ao diagnóstico ocorre impacto na adesão ao tratamento adequado, ocasionando casos de transmissão vertical da bactéria (CAVALCANTE, PEREIRA e CASTRO, 2017; SANTOS et al., 2022).

A infecção pelo *T. pallidum* não é específica de um grupo populacional, mas é observado que mulheres jovens e com pouca escolaridade são mais propensas a contaminação, haja visto apresentarem comportamentos de risco como múltiplos parceiros e a prática sexual desprotegida (SANTOS et al., 2019).

Em relação a assistência durante a gestação, nota-se que há uma falha no funcionamento das redes de atenção básica manauaras, visto que apenas 67,04% das mães de crianças com SC haviam realizado pré-natal. Tal dado vai de encontro a outros estudos ao redor do país, onde as mulheres assistidas pela atenção básica variaram de 71,3% a 94,9%, como no interior da Bahia. No entanto, nessas localidades, mesmo na presença do pré-natal houve evolução para casos de SC. Neste sentido, o pré-natal quando realizado de forma adequada pode atuar no combate a incidência de SC no país (SANTOS et al., 2019; ALMEIDA et al., 2019; OZELAMEI et al., 2020; FERREIRA, ROLIM e BONFADA, 2021; SANTOS et al., 2022).

O Ministério da Saúde recomenda a realização da triagem para sífilis na primeira consulta

de pré-natal e no início do terceiro trimestre através de teste rápido e durante a internação para o parto (no caso de nascido vivo) ou curetagem (no caso de aborto), independentemente se realizado no pré-natal. Nos casos de exposição de risco ou paciente de alto risco, a repetição é mais frequente. Na presença de teste rápido reagente, é preciso ser feito o controle do tratamento e da cura pela titulação mediante o teste não treponêmico Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) (MS, 2022a).

Ferreira, Rolim e Bonfada (2021) descreveram que o papel da Atenção Primária a Saúde tem dois elementos tidos como base: o diagnóstico e o tratamento da Sífilis na gestante. O primeiro diz respeito a necessidade de realizar o diagnóstico da infecção durante o pré-natal através da triagem sorológica oportuna em conjunto com a rede diagnóstica na atenção secundária à saúde. Já o segundo, é tido como uma maneira de conter ocorrência de SC através do tratamento adequado da mãe durante o período gestacional. Um dos desfechos da SC é a prematuridade que segundo Araujo et. (2021) pode estar associado ao VDRL >1:8 no parto, não tratamento da gestante ou tratamento com droga que não seja penicilina benzatina durante o pré-natal.

De acordo com o MS (2022a), o tratamento adequado na gestação ocorre quando a medicação utilizada for penicilina benzatina de acordo com estágio clínico, respeitando o intervalo entre as doses, o tratamento finalizado 30 dias antes do parto, avaliado o risco de reinfeção e a presença de resposta imunológica adequada. É importante destacar que a maioria das gestantes são assintomáticas, não apresentam história de tratamento anterior e desconhecem quando se infectaram. Dessa maneira, o diagnóstico deverá ser de sífilis latente indeterminada, tratada com 7.200.000 UI, três aplicações semanais de 2.400.000 UI.

A penicilina benzatina é o único fármaco que trata tanto a mãe quanto o feto, apresentando uma eficácia de 99,7% em caso de sífilis em gestante e cerca de 98,2% na prevenção de SC, independente do estágio clínico. Caso a gestante apresente alergia, evento incomum, deve ser encaminhada para dessensibilização e tratamento com penicilina em ambiente hospitalar (MS, 2022b).

Em estudo realizado no Macapá entre 2014 e 2017, os autores verificaram que 44% dos casos de sífilis materna foram diagnosticados no momento do parto ou na curetagem, corroborando com os dados desta pesquisa (LOBATO et al., 2021). Diferentemente do observado em Belo Horizonte, Paraná, Rio Grande do Norte e Santa Catarina, onde houve o diagnóstico durante o pré-natal e maiores chances de tratamento oportuno (SIGNOR et al., 2018; VESCOVI e TREVISOL, 2020; FERREIRA, ROLIM e BONFADA, 2021; SANTOS et al., 2022).

Em sua tese, Kaneko (2020), constata que no município de Manaus entre 2007 e 2017, as mães tinham o diagnóstico de sífilis principalmente no momento do parto (39,34%) e no pré-natal (38,91%), com não preenchimento da variável na ficha de notificação em 15,43%. Assim, os dados não diferem do presente estudo, revelando a necessidade de medidas para diminuir o diagnóstico tardio e atingir o princípio resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tratamento do parceiro não ocorreu em 45,90% dos casos, tal informação é compartilhada por outros autores (SANTOS et al., 2019; SOARES e AQUINO, 2021; SANTOS et al., 2022). O tratamento simultâneo da parceria sexual da gestante desde 2017 não é incluso na definição de tratamento adequado de sífilis na gestante (MS, 2017b). Assim, todas as fichas de investigação e notificação de caso de SC, o campo tratamento do parceiro deve ser preenchido como 'sim', independentemente de a informação ter sido coletada. Esta orientação pode desencadear tanto uma redução nos esforços para busca ativa das parcerias das gestantes, quanto impactar na sensibilização para participação no pré-natal do parceiro, implicando no controle do agravo (MS, 2017b; SOARES e AQUINO, 2021).

É nítido nos estudos a baixa frequência de parcerias sexuais das gestantes que são tratadas, demonstrando a necessidade de investigar como está ocorrendo a atuação dos serviços de saúde e profissionais da atenção primária frente ao acolhimento e a assistência prestada a este público. Além disso, nas situações em que são orientados pela equipe, optam por não buscar o tratamento, pois questões culturais os afastam das unidades de saúde. Tais medidas são necessárias buscando reduzir casos de reinfeções na gestante e posteriormente a incidência de SC (REIS et al., 2018; ALMEIDA et al., 2019; SANTOS et al., 2019).

Em uma pesquisa realizada na Bahia entre 2007 e 2017 acerca da completude dos registros

de SC, classificou a variável 'faixa etária da criança' como excelente, já a variável 'classificação final da SC' variou de boa a excelente entre 2015 e 2017, enquanto a variável 'escolaridade da mãe' teve a completude ruim, e as variáveis 'realização do pré-natal' e 'evolução do caso' completude regular. Ainda, houve variáveis que variaram de completude regular ou ruim, como é o caso da 'raça/cor da pele' e 'parceria tratada' (SOARES e AQUINO, 2021). No presente estudo, as variáveis 'escolaridade materna' e 'tratamento do parceiro' apresentaram números expressivos de 'ignorados' no preenchimento.

Em uma pesquisa realizada na Bahia entre 2007 e 2017 acerca da completude dos registros de SC, classificou a variável 'faixa etária da criança' como excelente, já a variável 'classificação final da SC' variou de boa a excelente entre 2015 e 2017, enquanto a variável 'escolaridade da mãe' teve a completude ruim, e as variáveis 'realização do pré-natal' e 'evolução do caso' completude regular. Ainda, houve variáveis que variaram de completude regular ou ruim, como é o caso da 'raça/cor da pele' e 'parceria tratada' (SOARES e AQUINO, 2021).

## Conclusão

Em conclusão, observa-se que os casos de SC no município de Manaus-AM apresentam uma tendência de queda, atingindo menos de 5% em 2021. No tocante ao perfil epidemiológico, identificou-se mães com pouca escolaridade, baixa adesão ao pré-natal e que receberam o diagnóstico de sífilis no momento do parto/curetagem e cujo parceiro não havia sido tratado ou esta informação foi ignorada pelo notificante do caso. As características ligadas ao recém-nascido que apresentaram SC foi sexo masculino, raça/cor parda com até 6 dias de vida com diagnóstico de SC recente que evoluíram para cura do agravo.

Este estudo teve como limitação o fato de ter analisado dados secundários, considerado uma abordagem aproximada do problema, sujeito a cobertura do sistema e à qualidade dos registros devido a possibilidade de subnotificações e baixa qualidade das informações registradas. Outra limitação diz respeito a ausência dos dados clínicos e laboratoriais da criança com SC na base do SINAN mesmo sendo informações presente na ficha de notificação.

A contribuição deste estudo para área da enfermagem a nível de atenção básica mediante ações de educação em saúde nos grupos de gestante ou durante a consulta e na assistência de pré-natal de qualidade que favoreça a superação das iniquidades no acesso ao serviço de saúde. Ainda, no diagnóstico precoce e tratamento oportuno, já que o enfermeiro possui respaldo legal para realizar a prescrição da penicilina Benzatina. Na contribuição a nível hospitalar, a necessidade da notificação de SC com preenchimento de todas as variáveis e posterior feedback aos profissionais notificantes, buscando reduzir o número de notificação incompleta ou com informações equivocadas.

Espera-se que este estudo possa contribuir como base para o investimento da gestão local para ações de sensibilização dos profissionais de saúde quanto a importância da assistência pré-natal no controle da sífilis congênita na cidade e no preparo para uma notificação de qualidade que são esforços fundamentais para uma assistência em saúde que atinja os princípios do SUS.

## Referências

ALMEIDA, K. T. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma microrregião no interior do estado da Bahia (2007-2017). **Enferm. glob.**, Murcia, v. 18, n. 56, p. 198-229, 2019.

ALVES, P.I.C. *et al.* Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, Brasil, 2007-2015. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 8, pp. 2949-2960, 2020.

ARAÚJO, M.A.L. *et al.* Fatores associados à prematuridade em casos notificados de sífilis congênita. **Revista de Saúde Pública [online]**. v. 55, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único



[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sífilis 2021: Boletim Epidemiológico** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Sífilis 2022: Boletim Epidemiológico** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

CAVALCANTE, P.A.M.; PEREIRA, R.B.L.; CASTRO, J.G.D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 26, n. 2, pp. 255-264, 2017.

CAVALCANTE, A.N.M. *et al.* Fatores associados ao seguimento não adequado de crianças com sífilis congênita. **Revista de Saúde Pública [online]**. v. 53, pp. 95, 2019.

COSTA, C.V. *et al.* Sífilis Congênita: repercussões e desafios. **Arq. Catarin Med.** jul-set; 46(3):194-202, 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Tutorial**, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Tutorial-TABNET-2020.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2022

DOMINGUES, C.S.B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, n.30(Esp.1):e2020597, 2021.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 32, n. 6, 2016.

FERREIRA, F.K.S.; ROLIM, A.C.A.; BONFADA, D. Perfil dos casos de Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo de série temporal. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 33–46, 2021.

FREITAS, F.L.S. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n.1, 2021.

GUIMARÃES, M.P. *et al.* Dados alarmantes sobre a notificação de sífilis congênita em uma capital do Norte brasileiro: um estudo transversal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 53, n. 4, p. 398-404, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada e estabelecimentos de Saúde**, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>. Acesso em: 2 fev. 2022.

KANEKO, Y.M.G. **Sífilis gestacional e congênita em Manaus - Amazonas ao longo de dez anos.** 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

LOBATO, P.C.T. *et al.* Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento. **Rev enferm UFPE [online]**, [S.l.], v. 15, n. 1, jan. 2021.

LUCENA, K.N.C *et al.* O panorama epidemiológico da sífilis congênita em uma capital do nordeste: estratégias para a eliminação. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 13, p. 730–736, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Nota Informativa n. 2, de 19 de setembro de 2017. **Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita.** Brasília, DF: MS: 2017b

NONATO, O.C.S. *et al.* Panorama da Sífilis no município do norte brasileiro no período de 2013 a 2017. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecções**, [S], v. 10, n. 1, maio de 2020.

NUNES, P.S. *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis gestacional e congênita em Goiás, 2007-2017: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 30, n. 1, e2019371, 2021.

OLIVEIRA, T.H.; TIETZMANN, D.C.; COELHO, D.F. O perfil epidemiológico da sífilis congênita em uma região de saúde do rio grande do Sul, 2015. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 45-57 jul./dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Novas Gerações Livres de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas: EMTCT Plus nas Américas**, 2018. Washington, DC: OPAS; 2019a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis)**, Geneva, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549714>. Acesso em: 5 mai. 2022.

RAIMUNDO, D.M.L. *et al.* Análise espacial da sífilis congênita no Estado do Rio Grande do Norte, entre 2008 e 2018. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. v. 55, e20200578, 2021.

OZELAMEI, J.E.E.P. *et al.* Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28: e50487, 2020.

REIS, G.J. *et al.* Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 34, n. 9, e00105517, 2018.

ROCHA, A.F.B. *et al.* Complicações, manifestações clínicas da sífilis congênita e aspectos relacionados à prevenção: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** 74(4):e20190318, 2021.

SANTOS, M.D. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis materna e congênita em uma maternidade referência em Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 32, 2022.

SANTOS, Priscila Araújo dos e GOMES, André da Anunciação. Ações na estratégia saúde da família

para combate à sífilis congênita. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 43, n.0, p. 85-93, 2019.

SANTOS, I.N. *et al.* Perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, Brasil, 2007 A 2017. **Revista Uruguaya de Enfermería**. v.14(2), pp 34-43, 2019.

SIGNOR, M. *et al.* Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 398-406, fev. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SILVA, I.M.D. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 604-613, mar. 2019.

SILVA, L.C.V. G. *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 380–390, 2017.

SOARES, Maria Auxiliadora S e AQUINO, Rosana. Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 4, e20201148, dez. 2021.

VELASCO, Clayton da Silva e ANDRADE, Leonardo Guimarães. Sífilis: diagnóstico, tratamento e cuidado farmacêutico. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 1077–1088, 2022.

VESCOVI, Julia Souza e SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana. Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de santa catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal. **Revista Paulista de Pediatria [online]**. v. 38, e2018390, 2020.

Recebido em 20 de abril de 2023.  
Aceito em 18 de dezembro de 2023.