

ALISSON ALEXANDRE DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA DA POPULAÇÃO INDÍGENA
NO BRASIL**

Dourados

2023

ALISSON ALEXANDRE DA SILVA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA
DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
ao Programa de Residência Multiprofissional em
Saúde Materno Infantil do Hospital Universitário
da Grande Dourados filial Ebserh, como
pré-requisito para obtenção do título de
especialista em saúde Materno infantil.

Orientador: Me. Eduardo Henrique Loreti

Dourados

2023

Trabalho de conclusão de residência defendido e aprovado em 18/01/2023, pela banca examinadora:

Professor Me. Eduardo Henrique Loreti
.Orientador

Professora Me. Simone de Sousa Elias Nihues
Avaliadora

Me. Elaine Kakuta
Avaliadora

Dedico esse projeto aos Guarani e Kaiowá, aos Yanomami,
e a todas as mulheres e crianças indígenas que
Re-existem em seus territórios constantemente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
3 RESULTADOS.....	11
4 DISCUSSÃO.....	15
5 CONCLUSÃO.....	19
6 REFERÊNCIAS.....	20
7 ANEXOS.....	22
7.1 Autorização da CAPE.....	22

SILVA, Alisson Alexandre da. **Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita da população indígena no Brasil**. 2023. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Saúde Materno Infantil) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2023.

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Sua evolução é crônica e muitas vezes assintomática, se apresentando de forma lenta e em diferentes estágios. O aumento da incidência dos casos de sífilis é significativo em nível mundial e atinge principalmente populações de maior vulnerabilidade, com estimativa de 11 milhões de casos novos por ano. Quando não tratada ou tratada de forma não adequada, a gravidade da sífilis gestacional progride de maneira multissistêmica afetando os sistemas cardiovascular e nervoso. Em qualquer período gestacional ou estágio da doença materna há risco de transmissão vertical, sendo responsável a longo prazo pelos casos de aborto, natimorto, prematuridade e um amplo espectro de manifestações clínicas. **Objetivo:** Descrever as características epidemiológicas dos casos de sífilis gestacional e congênita na população indígena no Brasil entre os períodos de 2007 a 2021. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e ecológico do perfil epidemiológico, baseado em dados coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc). Foram analisadas as variáveis referentes às características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas. **Resultados:** No período analisado foram notificados 2.921 casos de sífilis em gestantes com crescimento de 32,25% entre os anos de 2007 a 2021. A maior quantidade de casos notificados ocorreu na faixa etária entre 20 e 39 anos (69,54%); com escolaridade entre a 1ª e 4ª série (23,45%) e residentes na região Centro-Oeste (32,24%). Na sífilis congênita foram notificados 784 casos, com maior ocorrência em 2018 (86 casos), correspondendo a uma taxa de incidência de 3,35 casos/1.000 nascidos vivos. **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstraram que devido às crescentes taxas de incidência e número de casos a sífilis gestacional e congênita continua sendo considerada um problema de saúde pública na população indígena materno infantil, estando relacionada ainda a fatores associados como baixa escolaridade, faixa etária, região, acesso ao pré-natal e tratamento do parceiro. O sistema de saúde deve priorizar estratégias que fortaleçam o cuidado das mulheres e crianças em um modelo individualizado para que a meta de eliminação da sífilis estabelecida pela Organização Mundial de Saúde seja alcançada.

Palavras-chave: Notificação de doenças; Gestantes; Transmissão vertical de doença infecciosa; Vigilância epidemiológica

SILVA, Alisson Alexandre da. **Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita da população indígena no Brasil**. 2023. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Saúde Materno Infantil) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2023.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted infection (STI) caused by the *Treponema Pallidum* bacterium. Its evolution is chronic and often asymptomatic, presenting slowly and in different stages. The increase in the incidence of syphilis cases is significant worldwide and affects mainly more vulnerable populations, with an estimated 11 million new cases per year. When untreated or inadequately treated, the severity of gestational syphilis progresses in a multisystemic manner, affecting the cardiovascular and nervous systems. At any gestational period or stage of maternal disease, there is risk of vertical transmission, being responsible in the long-term for the cases of miscarriage, stillbirth, prematurity, and a wide spectrum of clinical manifestations.

Objective: To describe the epidemiological characteristics of gestational and congenital syphilis cases in the indigenous population in Brazil from 2007 to 2021. **Methodology:** This is a descriptive and ecological study of the epidemiological profile, based on data collected from the Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) and Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc). The variables referring to sociodemographic, clinical and epidemiological characteristics were analyzed. **Results:** In the analyzed period, 2,921 cases of syphilis were reported in pregnant women, with a growth of 32.25% between the years 2007 to 2021. The largest number of reported cases occurred in the age group between 20 and 39 years (69.54%), with schooling between 1st and 4th grade (23.45%) and residents of the Centro-Oeste region (32.24%). In congenital syphilis, 784 cases were reported, with the highest occurrence in 2018 (86 cases), corresponding to an incidence rate of 3.35 cases/1,000 live births. **Conclusion:** The results of this study demonstrate that due to the increasing incidence rates and number of cases, gestational and congenital syphilis continues to be considered a public health problem in the maternal and child indigenous population, and is also related to associated factor such as low education, age group, region, access to prenatal care and partner treatment. The health system must prioritize strategies that strengthen the care of women and children in an individualized model so that the goal of eliminating syphilis established by the World Health Organization is achieved.

Key words: Notifiable diseases; Pregnants; Vertical transmission of infectious diseases; Epidemiological surveillance

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, a *Treponema Pallidum*. Sua evolução é crônica e muitas vezes assintomática, se apresentando de forma lenta e em diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). A transmissão pode ocorrer por via sexual sem uso de preservativo ou transmitida verticalmente para o feto durante a gestação ou parto. Há um aumento da transmissibilidade nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), reduzindo gradativamente nos estágios finais (sífilis latente recente/tardia).^{1,2}

Na sífilis congênita (SC) a transmissão da espiroqueta da *Treponema pallidum* resulta da corrente sanguínea da gestante infectada para o feto por via transplacentária ou, eventualmente, no momento do parto vaginal por contato direto caso a mãe possua alguma lesão mucocutânea (transmissão vertical). A maioria dos casos acontece quando a mãe não realizou teste para sífilis durante o pré-natal ou recebeu tratamento não adequado para sífilis antes ou durante a gestação.³

Quando não tratada ou tratada de forma não adequada, a gravidade da sífilis gestacional progride de maneira multissistêmica afetando os sistemas cardiovascular e nervoso.⁴ Em qualquer período gestacional ou estágio da doença materna há risco de transmissão vertical, sendo responsável a longo prazo pelos casos de aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; casos muito graves são clinicamente evidentes ao nascimento. Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, cerca de 40% das gestações resultam em aborto espontâneo.³

A transmissão vertical pode ser evitada por meio do diagnóstico precoce e terapêutica adequada. Os pilares para o diagnóstico da SC são a triagem sorológica das gestantes mediante testes não treponêmicos, como o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e o tratamento adequado. Os custos da terapêutica para as complicações são maiores quando comparados aos das medidas preventivas, investimentos esses que poderiam ser transferidos a outros setores da saúde.⁵

As definições dos casos de sífilis congênita e gestacional são preconizadas pelo Ministério da Saúde e apresentadas nas fichas de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Nos casos das gestantes, as notificações são feitas durante o pré-natal ao apresentarem evidência clínica ou sorologia positiva.³

As notificações dos casos de sífilis congênita são realizadas para todos os recém-nascidos, natimortos ou abortos de mulheres com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada. Em crianças menores de 13 anos de idade que apresentem evidências clínicas, sorológicas ou microbiológicas da infecção também são realizadas as notificações.⁶

Uma das metas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) era reduzir a incidência dos casos de sífilis congênita a $\leq 0,5$ por 1.000 nascidos vivos até o ano de 2015. No entanto, mesmo o país lançando diversas estratégias de controle como a Rede Cegonha, a meta ainda não foi atingida.¹

Dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde revelam que o número de notificação de casos de sífilis congênita aumenta a cada ano no Brasil, em 2013 foram notificados 13.705 casos de sífilis congênita enquanto 2016 registrou 20.474 casos, junto a isso veio o aumento de óbitos fetais e neonatais, recém-nascido prematuro (RNPT) ou baixo peso, favorecendo a sobrecarga dos serviços de saúde.¹

O aumento no número de casos de sífilis no Brasil entre 2014 e 2018 foi atribuído a uma maior quantidade no número de realização de testes, decorrente da distribuição de testes rápidos, a diminuição do uso de preservativos, desabastecimento mundial e a administração reduzida de penicilina nos serviços de atenção primária.⁷

O aumento da incidência dos casos de sífilis é significativo em nível mundial e atinge principalmente populações de maior vulnerabilidade, com estimativa de 11 milhões de casos novos por ano.⁶ Esse aumento de incidência fez com que a assistência pré-natal fosse considerada de suma importância ao se tratar de adoção de medidas de prevenção e controle da sífilis congênita, o que fez com que, o Ministério da Saúde (MS) a incluísse como indicador de qualidade da atenção pré-natal.⁸

De forma direta, a vulnerabilidade da população indígena às ISTs possui relação com alguns fatores de risco associados à prevalência de sífilis gestacional e congênita, dentre eles a aproximação dos centros urbanos às áreas indígenas, incursão de jovens indígenas nas cidades ou entradas de não indígenas nas aldeias, início precoce da vida sexual, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, resistência quanto ao uso de preservativo, dificuldade de acesso à exames diagnósticos às gestantes nos serviços de saúde, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, ausência e qualidade de assistência ao pré-natal e a não demarcação de terras indígenas.⁹

Além da importância da identificação do perfil epidemiológico, atualmente o principal desafio está na formulação de políticas públicas em saúde voltada às formas culturais de vida dos povos indígenas, suas vulnerabilidades e compreensão de suas especificidades características.⁹

Considerando a escassez de publicações científicas voltadas à saúde da população indígena quanto à sífilis gestacional e congênita em âmbito nacional e considerando as vulnerabilidades e especificidades da população indígena este estudo tem como finalidade contribuir com o incentivo e a formulação de medidas de saúde pública à população indígena e a melhoria da qualidade de assistência ao tratamento por meio da identificação do perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita em indígenas no Brasil.

Essa pesquisa teve como objetivo geral descrever as características epidemiológicas dos casos de sífilis gestacional e congênita na população indígena no Brasil entre os períodos de 2007 a 2021. Além disso, identificar a faixa etária materna com maior incidência de sífilis gestacional; caracterizar a evolução e classificação clínica dos casos de sífilis congênita e gestacional; diferenciar as regiões do Brasil quanto ao número de casos notificados e por fim analisar a taxa de incidência de sífilis congênita e a taxa de detecção da sífilis gestacional.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi utilizado o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) para a extração dos números de nascidos vivos no país durante o mesmo período do estudo, sendo usado nos cálculos das taxas de incidência e detecção.

Foram incluídas neste estudo as notificações de sífilis pertencentes a população indígena brasileira. Dados anteriores a 2007 e posteriores a 2021 não foram incluídos por estarem incompletos ou ainda em análise.

As informações foram exportadas do SinanNet e posteriormente tabuladas no programa TabWin®, sendo também utilizados recursos dos programas Epi Info® e Microsoft Office Excel® para os cálculos de livre distribuição e das taxas epidemiológicas.

A taxa de detecção de sífilis em gestante realizou-se o cálculo pelo número de casos notificados por ano dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000. Para o cálculo da taxa de incidência da sífilis congênita, foi utilizado o número de casos novos por anos, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano e multiplicado por 1.000.

Nas notificações de sífilis em gestantes, foram analisadas as variáveis referentes às características sociodemográficas (faixa etária, escolaridade, região), classificação clínica da doença, evolução clínica da doença, teste treponêmico e não-treponêmico. Para a sífilis congênita, considerou-se os antecedentes epidemiológicos da mãe (realização de pré-natal), região de notificação, faixa etária, sexo, evolução clínica, tratamento do parceiro e classificação final da doença.

Durante a pesquisa não houve necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, já que os dados secundários exportados são de domínio público, também não havendo necessidade da utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No entanto, os autores se preocuparam em seguir a resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.

3 RESULTADOS

No período analisado do presente estudo, foram notificados 2.921 casos de sífilis em gestantes com crescimento de 32,25% entre os anos de 2007 e 2021. A média anual foi de 195 casos, sendo que o ano de 2018 foi o que apresentou maior quantidade de casos e maior taxa de detecção da doença em gestantes, com 12,9 casos/1.000 nascidos vivos (Tabela 1).

Com relação às características sociodemográficas foi observado que a maior quantidade de casos notificados ocorreu na faixa etária entre 20 e 39 anos (69,54%); com escolaridade entre a 1ª e 4ª série (23,45%) e residentes na região Centro-Oeste (32,24%). Já com relação às características clínicas, 37,47% apresentaram sífilis primária e desses 36,58% evoluíram para cura. Os testes sanguíneos deram reativo para teste não treponêmico em 79,45% dos casos e não reagentes em 4,96%. No teste treponêmico 72,07% deram reativo e 3,52% não reativo (Tabela 2).

No período entre 2007 e 2021 foram notificados 784 casos de sífilis congênita, com maior ocorrência em 2018 (86 casos), correspondendo a uma taxa de incidência de 3,35 casos/1.000 nascidos vivos. O ano de 2021 foi o que apresentou menor quantidade de casos de sífilis congênita (3,7%) e menor taxa de incidência (1,07 casos/1.000 nascidos vivos) (Tabela 1).

A faixa etária onde ocorreu a maior quantidade de diagnóstico de sífilis congênita foi com até 6 dias de vida (90,43%); o sexo feminino foi o mais acometido (55,36%). Dos casos notificados, 94,26% foram classificados como sífilis congênita recente e 1,31% evoluíram para óbito em decorrência de complicações da sífilis (Tabela 3).

Dos casos de sífilis congênita, 11,73% das gestantes não realizaram o pré-natal e 55,36% dos parceiros não receberam tratamento. A região Centro-Oeste do país foi a que apresentou maior quantidade de casos (30,99%) (Tabela 3).

Tabela 1 - Número de casos total, taxa de detecção e taxa de incidência de sífilis gestacional e congênita em indígenas entre 2007 a 2021

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sífilis em gestantes															
n [#]	93	166	174	149	156	247	6	152	225	228	267	331	312	292	123
%	3,18	5,68	5,96	5,10	5,34	8,46	0,21	5,20	7,70	7,81	9,14	11,33	10,68	10,00	4,21
Taxa ^{##}	6,44	10,43	11,25	9,61	8,18	11,7	0,27	6,77	10,05	10	11,1	12,91	12,09	11,61	4,57
Sífilis congênita															
n [*]	39	52	47	39	38	36	38	40	66	83	74	86	74	43	29
%	4,97	6,63	5,99	4,97	4,85	4,59	4,85	5,10	8,42	10,59	9,44	10,97	9,44	5,48	3,70
Taxa ^{**}	2,7	3,26	3,04	2,51	1,99	1,7	1,77	1,78	2,94	3,64	3,07	3,35	2,86	1,71	1,07

[#]Número de casos total de sífilis em gestantes de 2007 a 2021: 2921;

^{##}Taxa de detecção de sífilis em gestantes;

^{*}Número de casos total de sífilis congênita de 2007 a 2021: 784;

^{**}Taxa de incidência de sífilis congênita;

Tabela 2 - Características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas das gestantes notificadas 2007-2021

Características	N= 2921	%
Sociodemográficas		
Faixa etária (anos)		
Em branco/IGN	1	0,03
10-14	76	2,60
15-19	748	25,57
20-39	2034	69,54
40-59	66	2,26
Escolaridade		
Ign/Branco	808	27,62
Analfabeto	167	5,71
1ª a 4ª série	686	23,45
5ª a 8ª série	668	22,84
Ensino médio	570	19,49
Ensino superior incomp	17	0,58
Ensino superior compl	9	0,31
Região		
Região Norte	725	24,79
Região Nordeste	397	13,57
Região Sudeste	475	16,24
Região Sul	385	13,16
Região Centro-Oeste	943	32,24
Clínicas e epidemiológicas		
Classificação clínica		
Ign/Branco	733	25,06
Primária	1096	37,47
Secundária	197	6,74
Terciária	414	14,15
Latente	485	16,58
Evolução		
Cura	725	36,58
Óbito pelo agravo	397	20,03
Óbito por outra causa	475	23,97
Óbito em investigação	385	19,42
Teste não treponêmico		
Ign/Branco	164	5,61
Reativo	2324	79,45
Não reativo	145	4,96
Não realizado	292	9,98
Teste treponêmico		
Ign/Branco	235	8,03
Reativo	2108	72,07
Não reativo	103	3,52
Não realizado	479	16,38

Tabela 3 - Características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas dos casos de sífilis congênita 2007-2021

Características	N=784	%
Sociodemográficos		
Faixa etária		
Até 6 dias	709	90,43
7-27 dias	33	4,21
28 dias a <1 ano	38	4,85
1 ano (12 a 23 meses)	3	0,38
2 a 4 anos	1	0,13
Sexo		
Masculino	350	44,64
Feminino	434	55,36
Região		
Região norte	183	23,34
Região nordeste	143	18,24
Região sudeste	128	16,33
Região Sul	87	11,10
Região Centro-Oeste	243	30,99
Clínicas e epidemiológicas		
Evolução		
Ign/Branco	57	7,49
Vivo	687	90,28
Óbito pelo agravo notificado	10	1,31
Óbito por outra causa	7	0,92
Classificação final		
Sífilis Congênita Recente	739	94,26
Sífilis Congênita Tardia	10	1,28
Natimorto/Aborto por Sífilis	7	0,89
Descartado	28	3,57
Parceiro tratado		
Ign/Branco	179	22,83
Sim	171	21,81
Não	434	55,36
Realizou pré-natal		
Ign/Branco	60	7,65
Sim	632	80,61
Não	92	11,73

4 DISCUSSÃO

A sífilis congênita representa um indicador importante na assistência pré-natal, auxiliando as equipes de saúde sobre a necessidade de promover o diagnóstico de sífilis na gestação, o monitoramento da eficácia do tratamento da gestante e de seu parceiro. Para eliminação dos casos de sífilis congênita a diminuição da incidência deve ser de < 1 caso/1.000 nascidos vivos.¹⁰ Por isso, identificar o perfil epidemiológico dessa população é fundamental para o planejamento e gestão dos serviços de saúde.

No período estudado foram notificados 784 casos de sífilis congênita, com maior ocorrência em 2018 (86 casos), correspondendo a uma taxa de incidência de 3,35 casos/1.000 nascidos vivos. O ano de 2021 foi o que apresentou menor quantidade de casos de sífilis congênita (3,7%) e menor taxa de incidência (1,07 casos/1.000 nascidos vivos).

No mesmo período, um total de 2.921 casos de sífilis gestacional em mulheres indígenas foram notificados no Brasil, com um aumento crescente de 32,25% entre o período de 2007 a 2021. O ano de 2018 foi o que apresentou maior quantidade de casos e detecção da doença (12,9/1.000 nascidos vivos).

Esse aumento constante do número de casos nos últimos anos foi atribuído por fatores como a diminuição do uso de preservativos, redução da administração da penicilina na Atenção Primária e crise de desabastecimento mundial de penicilina. Outros estudiosos citam ainda, a associação desse aumento de casos à maior distribuição dos testes rápidos de HIV e sífilis com a implantação da Rede Cegonha em 2011, além da melhoria do sistema de notificação atribuída a vigilância epidemiológica do Brasil e maior adesão das gestantes ao pré-natal e diagnóstico efetivo da doença.^{6, 11, 12, 13}

As complicações a longo prazo como aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e outras manifestações clínicas são responsáveis por internações prolongadas que geram custos financeiros elevados e sobrecarregam o sistema de saúde. Ações de medidas preventivas poderiam evitar esses riscos e ajudar a controlar a doença, como a melhoria da qualidade de assistência no pré-natal, treinamento dos profissionais da saúde, campanhas de prevenção e conscientização dos indivíduos.^{6, 14}

Quanto ao perfil das gestantes indígenas com sífilis, observou-se que a maior quantidade de casos notificados ocorreram com faixa etária entre 20 a 39 anos (69,54%) seguida de 15 a 19 anos (25,57%), justificando-se pelo fato de ser a faixa etária onde representa o período de vida sexual ativa (iniciado de forma cada vez mais precoce)

juntamente a não utilização de preservativos, fase reprodutiva e consequentemente maior número de gestações, ressaltando a importância de ações de educação em saúde com ênfase na prática sexual com proteção e planejamento familiar.^{6, 15, 16}

Em relação à escolaridade das gestantes indígenas com sífilis, cerca de 46,29% não concluíram o ensino fundamental, caracterizando gestantes jovens e com baixa escolaridade. Tanto a faixa etária quanto a escolaridade da gestante são fatores condicionantes pois determinam a construção do ambiente social, afetivo e econômico propício à exposição. A baixa escolaridade possui relação com o menor acesso à informação e com isso, um restrito entendimento acerca dos métodos contraceptivos, das medidas de prevenção das ISTs durante a gestação, da importância do pré-natal e das complicações ao bebê exposto às infecções.^{14, 17}

No Brasil, os resultados analisados do Censo Demográfico, apontam disparidade nos indicadores de habitação, mortalidade e saneamento básico, entre outros, dos indígenas quando comparados à totalidade da população e às demais categorias de cor/raça.¹⁸ Estima-se que em 2020, 58 milhões ou 9,8% da população latino-americana fosse composta por indígenas.¹⁹ O Censo Demográfico brasileiro realizado em 2010, registrou 897.900 indígenas, 505 Terras Indígenas, 305 etnias e 274 línguas indígenas.²⁰

De acordo ainda com o Censo Demográfico brasileiro, a região Centro-Oeste é uma das 3 regiões com maior concentração de indígenas, junto à região Norte e Nordeste. Sendo um fator contribuinte no índice da categoria sociodemográfica apresentado a respeito da maior quantidade de casos notificados em indígenas com sífilis gestacional e congênita serem residentes da região Centro-oeste (32,24%; 30,99%).²⁰

Na categoria clínica, a maioria das gestantes foram classificadas como sífilis primária, (37,47%), onde são caracterizadas por úlceras ou erosões ricas em treponemas, indolores, nos locais de entrada da bactéria (vulva, vagina ou colo uterino). Sendo a duração desse estágio entre duas a seis semanas e desaparecendo de forma espontânea.²¹

Doenças classificadas anteriormente como mais prevalentes em pessoas brancas, atingem a vida das mulheres Kaiowá e Guarani: obesidade, diabetes, pressão alta, câncer de colo de útero, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), mortes maternas, Papilomavírus Humano (HPV), depressão, alcoolismo, entre outras. Todas estas doenças estão relacionadas à fatores como falta de terra e à imposição pelo Estado dos sistemas alimentícios, de saúde e educação a esta população.¹⁵

Quanto ao perfil da mortalidade, considera-se um problema de relevância visto que são mortes evitáveis. Foram 397 (n=2921) casos de sífilis gestacional e 10 (n=784) casos de sífilis congênita com evolução à óbito pelo agravo, mostrando a necessidade de uma maior ênfase à causa e a busca de efetividade do setor de saúde para controle de agravos.²²

Embora 80,61% dos casos tiveram acesso ao pré-natal, a incidência de sífilis congênita correspondeu a uma taxa de 3,35 casos/1.000 nascidos vivos. Mesmo sendo realizado o pré-natal, o diagnóstico muitas vezes só é feito no momento do parto e pós parto. Isso evidencia que ainda não atingimos o modelo de cobertura quantitativa e qualitativa da assistência ao pré-natal.²³

Quanto ao número de casos de parceiros não tratados, o resultado se mostrou semelhante ao que se encontra na literatura, uma quantidade reduzida de homens se submetem a exames diagnósticos ou tratamentos, ocasionando às mulheres reinfecções e aumento de transmissão vertical. Somente 21,81% dos parceiros realizaram o tratamento enquanto 55,36% não realizaram.¹³

No Brasil estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais de mulheres com sífilis recebem tratamento, tornando um problema de saúde pública e aumentando o risco de infecção do HIV. Os planejamentos de ações em saúde reprodutiva historicamente são direcionados somente ao binômio mãe-bebê. A gravidez também é um assunto do homem e como profissionais de saúde devemos estimular a participação e adesão do pai/parceiro em todo o período para proporcionar o bem-estar biopsicossocial aos envolvidos no processo do cuidado.^{2,13}

Quando não diagnosticada e tratada de forma adequada, a infecção da sífilis gestacional é transmitida ao bebê, que geralmente possui a infecção assintomática. Mesmo aqueles com sinais clínicos, são discretos ou com pouca especificidade. Por isso deve ser feita uma avaliação epidemiológica, clínica e laboratorial minuciosa da mãe e da criança.²³

Para o diagnóstico, a avaliação da presença de sinais ou sintomas clínicos novos é fundamental tal como a reexposição de risco, violência sexual, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) considerando a dificuldade na diferenciação entre reinfecção, reativação e resposta imunológica mais lenta. Nesse contexto, identificar as crianças expostas (mas não infectadas) se torna tão importante quanto detectar e tratar crianças com sífilis congênita, para que essas crianças não sejam expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas.²³

A faixa etária dos casos de sífilis congênita diagnosticados em até 6 dias foi de 90,43%, sendo 55,36% do sexo feminino. A classificação final de 94,26% desses casos diagnosticados foi de sífilis congênita recente, considerando que o Ministério da Saúde define a sífilis congênita recente como aquela diagnosticada em até 2 anos de vida e a tardia como diagnóstico realizado após o 2º ano de vida.²³

A principal forma de diagnóstico continua sendo os testes sorológicos, que são divididos em treponêmicos, indicados para o diagnóstico mas não para o monitoramento da resposta ao tratamento (Testes rápidos - TR, TPHA, FTA-Abs, ELISA) e não-treponêmicos, quantificáveis, importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento e titulação (VDRL, RPR).²

Independente do tipo, recomenda-se a realização de rotina do teste confirmatório treponêmico na gestante a partir de todo teste não-treponêmico reagente. O VDRL e RPR (Rapid Plasm Reagin) são testes utilizados na triagem sorológica da sífilis em gestantes e da sífilis adquirida. Possui desvantagens como resultados falso-positivos (devido reações cruzadas com outras infecções) e falso-negativos.²

Já na sorologia treponêmica os testes são utilizados para confirmação da infecção, permitindo exclusão de resultados falso-positivos. Nesse estudo, 79,45% dos casos testaram reagentes para sorologia não-treponêmica, enquanto 72,07% testaram reagentes em sorologia treponêmica. Os testes devem ser realizados em gestantes no mínimo, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual.^{2,23}

Os recém-nascidos de mães com diagnóstico de sífilis gestacional, independente do histórico de tratamento, recomenda-se realizar teste não-treponêmico no sangue periférico. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue materno com o do bebê podendo gerar resultados falso-reagentes.^{2,23}

O presente trabalho não está isento de limitações considerando a possibilidade de ocorrência de erros de coleta e análise de dados. Os autores tomaram as medidas para evitar esses erros, sendo realizado coleta e análise por mais de um pesquisador de maneira independente. Além disso, é possível, de acordo com Hood,²⁴ que os responsáveis por fazer o monitoramento e a inclusão dos dados no sistema de informações podem gerar *gaming*, uma forma deliberada de manipulação ou fabricação de dados, com a intenção de melhorar a posição de um indivíduo ou organização, nesse caso, não apresentando a real situação dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita em indígenas.

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que a sífilis continua sendo considerada um problema de saúde pública na população indígena materno-infantil devido ao crescimento observado nas taxas de incidência e número de casos de sífilis gestacional e congênita nos últimos anos. Além de possuir relação a fatores como baixa escolaridade, faixa etária, região, acesso ao pré-natal e inclusão do parceiro no tratamento.

O sistema de saúde deve realizar um acompanhamento das gestantes, recém-nascidos e profissionais na atenção à saúde indígena priorizando estratégias que fortaleçam o cuidado das mulheres e crianças, adotando um modelo individualizado, considerando os saberes e práticas indígenas de cuidado na gestação, no nascimento e na infância para que a meta de eliminação da sífilis estabelecida pela Organização Mundial de Saúde seja alcançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Sífilis [document on the internet]. 2017 [cited 2018 Oct 19]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis-2>
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília : Ministério da Saúde, 2022
3. Blencowe, H., Cousens, S., Kamb, M., Berman, S., Gramado, JE. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. BMC Saúde Pública 11 (Supl 3), S9 (2011).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2020
5. Batista, JB., Bizarria, FPA. Educação em saúde, prevenção e tratamento da sífilis: desafios e possibilidades. 2019. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) - Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2019.
6. Maschio-Lima, T., Machado, ILL., Siqueira, JPZ., Almeida, MTG.. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2019, v. 19, n. 4 , pp. 865-872.
7. Pícoli RP, Cazola LH de O. Ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis ofertada à população indígena. Cogitare enferm. 2020; 25.
8. da Cunha, B., e Raupp, L. Infraestrutura de saneamento básico na população indígena urbana do Brasil: 2016 a 2019. Revista Latinoamericana De Población, v. 16 , (2022).
9. Santos, VL., Díaz Bermúdez, XP., Toledo, LM., Cruz, MM., Moreira, E. Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 4, n. 2, p. 89-100, 2010.
10. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde do Indígena. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Brasília, 2018.
11. Ribeiro, ADC. Sífilis em parturientes e recém nascidos atendidos em um hospital universitário de Dourados-MS. 2018. 78 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2018.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Transmissão Vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília, 2014.
13. Benito, LAO; Souza, WN. (2016). Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. Universitas: Ciências da Saúde. 14. 10.5102/ucs.v14i2.3811.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico – Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico – Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
16. Pereira, AL; Silva, LR; Palma, LM; Moura, LC; Moura, MA. Impact of educational level and age on late diagnosis of syphilis in pregnant women. | FEMINA 2020;48(9):563-7
17. Barbosa, DRM; Almeida, MG; Silva, AO; Araújo, AA; Santos, AG. (2017). Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. Revista de enfermagem UFPE online. Recife. 11(5), p. 1867-74.
18. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva. In Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Dec. 2020, 87 p.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais dos indígenas (resultados do universo). IBGE. Rio de Janeiro, p.1- 245, 2010
20. Mota, JGB., Cavalcante, TLV., (Orgs.) Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos. Ebook, São Leopoldo: Karywa, 2019.
21. Lafetá KRG, Martelli JH, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev. bras. epidemiol. 2016; 19(1): 63-74.
22. Costa, LJSD da; Lúcio, IML; Neves, SJF; Trindade, RFC da; Vieira, ACS; Gonçalves, PA; Lucena, TS de. Incidence and Mortality of Congenital Syphilis: A time series study. RSD. 2021May10;10(5):e37110515042.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2006.
24. HOOD, C. Public service management by numbers: why does it vary? Where has it come from? What are the gaps and the puzzles? Public Money and Management, 2007.

ANEXO A

Carta de anuência da CAPE

05/01/2023 10:41

SEI/SEDE - 26818922 - Declaração - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
Rua Ivo Alves da Rocha, nº 558 - Bairro Altos do Indaiá, Dourados/MS, CEP 79823-501
- <http://hugd.ebserh.gov.br>

DECLARAÇÃO - SEI

Processo nº 23529.000207/2023-25

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto intitulado "**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL**" de autoria de Alisson Alexandre da Silva, foi aprovado pela CAPE e no Sistema Rede Pesquisa no dia 01 de novembro de 2022.

atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Lillian Dias Castilho Siqueira, Vice-Presidente da Comissão**, em 05/01/2023, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **26818922** e o código CRC **0D7A18AF**.

Referência: Processo nº 23529.000207/2023-25

SEI nº 26818922