

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM GESTANTES NA REGIÃO SUDESTE DO ESTADO DO PARÁ

Beatriz Reis Alves Fontes¹, Welia Santos da Silva Milhome¹ e Michele das Neves
Pinto¹

1. Curso de Farmácia da Faculdade Integrada Carajás (FIC), Redenção, Pará, Brasil;

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST), causada pela bactéria espiroqueta, gram-negativa *Treponema Pallidum*. Pode ocorrer a disseminação heterogênea do agente etiológico da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, (transmissão vertical), ou por transfusão sanguínea. É um sério problema de saúde pública, gerando problemas sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças. **Objetivo geral:** Descrever o perfil epidemiológico da Sífilis em gestantes da região Sudeste do Estado do Pará nos anos de 2015 a 2018. **Metodologia:** Trata-se de um estudo Documental e uma Abordagem quantitativa do sistema de informações SINAN- Sistema Nacional de Agravos de Notificação- do 12º Centro Regional de Saúde de Conceição do Araguaia. **Resultados:** Dentre os 13 Municípios da região notificaram 323 casos no período de quatro anos. No ano de 2017 houve um aumento de 100% no número de casos saltando de 57 casos em 2016 para 112 em 2017. A faixa etária de 20 a 34 anos representou 58% dos casos notificados nas gestantes. O diagnóstico no 1º trimestre de gestação representou 36% dos casos e 54% diagnosticados como sífilis primária. Um total de 56% das gestantes realizaram tratamento adequado, 38% dos companheiros não foram tratados e 33% não informaram a condição do parceiro. Cerca de 20% informaram não ter mais contato com o parceiro. **Conclusão:** De acordo com as análises realizadas, pode-se observar que as gestantes buscam tratamento quando diagnosticadas, ao qual pode impedir a transmissão vertical.

Palavras-chave: Sífilis, DST e Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a sexually transmitted disease (STD), caused by the gram-negative spirochete bacteria *Treponema Pallidum*. Heterogeneous dissemination of the etiologic agent of the infected pregnant woman may occur untreated or inadequately treated for her fetus, via the transplacental route (vertical transmission), or by blood transfusion. It is a serious public health problem, generating social, economic and health problems of great repercussion for populations, especially among women and children. **General objective:** To describe the epidemiological profile of Syphilis in pregnant women from the Southeast region of the State of Pará in the years 2015 to 2018. **Methodology:** This is a documentary study and a quantitative approach to the information system SINAN- National System of Notifiable

Diseases - the 12th Regional Health Center of Conceição do Araguaia. Results: Among the 13 municipalities in the region, 323 cases were reported in the four-year period. In the year 2017 there was an increase of 100% in the number of cases, jumping from 57 cases in 2016 to 112 in 2017. The age group of 20 to 34 years old represented 58% of the cases reported in pregnant women. The diagnosis in the first trimester of pregnancy represented 36% of the cases and 54% diagnosed as primary syphilis. A total of 56% of pregnant women underwent adequate treatment, 38% of their partners were not treated and 33% did not report their partner's condition. About 20% reported not having more contact with the partner. Conclusion: According to the analyzes performed, it can be observed that pregnant women seek treatment when diagnosed, which can prevent vertical transmission.

Keywords: Syphilis, STD and Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

Sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST), causada pela bactéria espiroqueta, gram-negativa *Treponema pallidum*. A sífilis congênita é o resultado da disseminação heterogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, a transmissão vertical do *Treponema pallidum* ou por transfusão sanguínea. Isso pode ocorrer em qualquer fase gestacional, pois, a sífilis se manifesta por estágio e o feto corre um grande risco de contrair a doença enquanto estiver no útero. A sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de se tratar de doença de fácil diagnóstico e de ser totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado adequadamente (COSTA, 2013).

Segundo Guimarães (2018), a sífilis na gestante requer intervenção imediata no intuito de diminuir as possibilidades de transmissão vertical. A probabilidade de infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na gestante e pela duração de exposição do feto. No Brasil a sífilis em gestante é uma doença de notificação compulsória desde 2005. É transmitida principalmente por relações sexuais desprotegida com uma pessoa que já contraiu a bactéria, seja ela vaginal anal ou oral e por transfusão sanguínea (TORTORA, 2008).

As manifestações da sífilis são através de estágios, primário, secundário, latente e terciário. No estágio primário o sinal inicial é um cancro duro pequeno (uma ferida ulcerada), de base dura que surge normalmente no sítio da infecção. Durante esse estágio a bactéria entra na corrente sanguínea e no sistema linfático que se distribuem por todo o corpo. Os locais afetados são pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus e boca, geralmente não doem, não coça, não arde e não tem pus e podem surgir ínguas na virilha (TORTORA, 2008).

No estágio secundário é caracterizado por erupções cutâneas de aspectos variáveis. Os sintomas observados são mal-estar, febre leve, manchas no corpo, principalmente na palma das mãos e planta dos pés são as mais comuns. Essas erupções são distribuídas na pele e também nas membranas mucosas da boca, garganta e cervice sendo, muitas vezes, confundidas com alergia ou outras doenças semelhantes (TORTORA, 2008).

Já no estágio terciário apresenta lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte. Pode surgir décadas após o início da infecção e os sintomas se devem provavelmente às reações imunológicas de natureza celular do corpo às espiroquetas sobreviventes. O período de incubação da sífilis varia de 3 a 2 semanas ou vários meses.

O tratamento da mulher grávida é realizado com o medicamento β -lactâmico Penicilina benzatina, até trinta dias antes do parto e reduz em muito as complicações, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, sequelas nos bebês e óbito neonatal (SANCHEZ; WENDEL, 1997).

Guinsburg (2010), a terapêutica do tratamento da sífilis em gestantes com a penicilina é recomendada no trimestre, para que se evite a contaminação da infecção com o feto. Após esta fase trata-se também o concepto. Caso a gestante venha a ter sensibilidade alérgica a penicilina, existe outras drogas alternativas, como é o caso de ser substituída pela Eritromicina, Ceftriaxone e Azitromicina. O Ceftriaxone é utilizado na dose de 250 mg IM por 10 dias. Com o objetivo de eliminação da sífilis congênita, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) recomenda o rastreio da sífilis na gravidez, utilizando-se o VDRL, teste quantitativo não treponêmico, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou curetagem.

Esses índices vêm crescendo a cada ano devido às pessoas continuarem a fazer relações sexuais sem preservativos, correndo o risco de contrair a doença sífilis e na maioria das vezes não procura o médico para fazer os exames de rotina. A sífilis congênita também vem crescendo a cada ano. No Brasil em 2017 o número de casos notificados foi 49.013 (28,4%), ou seja, teve mais casos de sífilis do que no ano anterior. No período de 2005 a Junho de 2018 foram notificados no site do SINAN 259.087 casos de sífilis em gestantes, dos quais 41,1% foram casos residentes, na região sudeste 20,8% e no Nordeste 14,7%, já na região sul foram 10,5%, na região norte e centro-oeste foram notificados 9,1%. Boletim Sífilis. O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes na região sudeste do Estado do Pará entre 2015 a 2018.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Realizou-se um estudo do transversal e documental, com abordagem quantitativa, na região sudeste do Estado - PA. A base de dados para a fundamentação do trabalho foi o SINAN- Sistema Nacional de Agravos de Notificação do 12º Centro Regional de Saúde de Conceição do Araguaia que representa a região de saúde do Araguaia. Os dados produzidos em planilhas pelos municípios foram utilizados para corroborar a com as análises da pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

A partir dos dados que foram avaliados no SINAN constatou-se que no município de Redenção no ano de 2018 foram notificados 18 casos de sífilis em gestantes e 7 casos em 2019 (janeiro a junho). No município de Pau D'arco foram notificados apenas 2 casos em 2018 e nenhum em 2019. Com as planilhas obtidas do município observa-se uma divergência entre as informações do SINAN e as registradas localmente, evidenciando uma subnotificação dos agravos. No laboratório municipal de Pau D'arco, onde ocorre a realização dos exames de VDRL nas gestantes, no ano de 2018 têm-se no registro 5 casos confrontando os casos registrados no SINAN. O fluxo de atendimento dessas gestantes nas unidades de saúde pode ser uma causa importante para a ocorrência de subnotificações mantendo a cadeia de transmissão.

De acordo com a tabela 1, dentre as 13 cidades da região sudeste do Estado do Pará que foram notificados, Redenção obteve o maior número de notificação com 61 novos casos. Em 2017 foram notificados 31 casos apresentando alta em comparação com ano anterior que foi 6. O município de Santana do Araguaia foi a segunda cidade a apresentar altos índices de notificação com 52 casos de sífilis. A cidade Cumaru do Norte obteve baixos índices durante os anos pesquisados com apenas 3 casos entre um período de três anos, seguida de Pau D'arco com 8 casos.

Tabela 1. Casos Notificados de Sífilis em Gestantes entre 2015 a 2018.

Município	2015	2016	2017	2018	Total
Água Azul do Norte	3	3	0	1	7
Conceição do Araguaia	2	2	7	10	21
Cumaru do Norte	0	0	3	0	3
Floresta do Araguaia	3	2	4	4	13
Ouilândia do Norte	2	0	12	10	24
Pau d'Arco	2	4	0	2	8
Redenção	10	6	31	14	61
Rio Maria	1	4	4	5	14
Santana do Araguaia	6	8	25	13	52
São Félix do Xingu	5	11	14	16	46
Sapucaia	1	3	6	5	15
Tucumã	5	4	1	0	10
Xinguara	17	10	5	17	49
Total	57	57	112	97	323

Nos anos de 2015 e 2016 não houve aumento do número de casos, no entanto 2017 apresentou um aumento bem significativo nos casos de sífilis com 112 novos casos confirmados segundo o Sistema Nacional de Notificação de Agravos do 12º Centro Regional de Conceição do Araguaia (SINAN).

A tabela 2 retrata a faixa etária das gestantes infectadas. Nas idades de 20 a 34 anos houve maior registro dos casos com total de 189 casos superando 119 casos registrados na faixa etária de 15 a 19 anos. A partir de 35 até 49 anos houve queda do número de registros.

A tabela 3 apresenta a classificação clínica da sífilis sendo analisadas as seguintes classes: Ignorado ou Branco com 46 casos, fase primária com dados estatísticos bem elevados 174 casos notificados, seguida da fase terciária com 58 notificação, fase secundária 38 casos e o estágio de latência com apenas 7 casos, havendo então uma queda nos índices destes casos, tendo um total geral de 323 casos.

A tabela 4 mostra a relação dos parceiros tratados e não tratados. Os dados estatísticos evidenciaram 38% dos parceiros não receberam tratamento contra 29% de parceiros tratados. Os grupos dos Ignorados e brancos representam 33% dos casos aos quais não foram informados nas notificações do SINAN. A ausência desses dados prejudica a análise do aumento do número de casos de sífilis na região.

Tabela 2. Faixa Etária

Município	10 a 14 Anos	15 a 19 Anos	20 a 34 Anos	35 a 49 Anos	Total
Água Azul do Norte	0	4	3	0	7
Conceição do Araguaia	1	5	12	3	21
Cumaru do Norte	0	0	2	1	3
Floresta do Araguaia	0	5	8	0	13
Ourilândia do Norte	0	10	14	0	24
Pau d'Arco	0	2	6	0	8
Redenção	2	24	35	0	61
Rio Maria	0	5	9	0	14
Santana do Araguaia	1	22	28	1	52
São Félix do Xingu	0	21	24	1	46
Sapucaia	1	8	4	2	15
Tucumã	0	3	7	0	10
Xinguara	0	10	37	2	49
Total	5	119	189	10	323

Tabela 3. Classificação Clínica

Município	Ign/Branco	Sífilis Primária	Sífilis Secundária	Sífilis Terciária	Sífilis Latente	Total
Água Azul do Norte	2	4	0	1	0	7
Conceição do Araguaia	11	5	4	1	0	21
Cumaru do Norte	0	1	0	2	0	3
Floresta do Araguaia	2	8	3	0	0	13
Ourilândia do Norte	3	17	2	2	0	24
Pau d'Arco	1	6	0	1	0	8
Redenção	10	27	9	14	1	61
Rio Maria	3	7	4	0	0	14
Santana do Araguaia	2	19	6	23	2	52
São Félix do Xingu	2	34	3	7	0	46
Sapucaia	0	14	1	0	0	15
Tucumã	0	8	2	0	0	10
Xinguara	10	24	4	7	4	49
Total	46	174	38	58	7	323

Tabela 4. Parceiro tratado.

Município	Ign/Branco	SIM	NÃO	Total
Água Azul do Norte	0	6	1	7
Conceição do Araguaia	17	2	2	21
Cumaru do Norte	1	1	1	3
Floresta do Araguaia	9	3	1	13
Ourilândia do Norte	8	10	6	24
Pau d'Arco	6	2	0	8
Redenção	13	10	38	61
Rio Maria	4	4	6	14
Santana do Araguaia	7	20	25	52
São Félix do Xingu	2	25	19	46
Sapucaia	5	2	8	15
Tucumã	3	3	4	10
Xinguara	32	5	12	49
Total	107	93	123	323

A tabela 5 descreve o período da gestação na qual a gestante teve seu diagnóstico positivo para sífilis. No 1º trimestre de gestação observa-se o maior índice de casos confirmados com 118 casos, seguido do 2º trimestre com 101 casos. A sífilis é uma das doenças que causa maiores índices de letalidade fetal no período de gestação, por isso a importância de fazer os exames pré-natal de qualidade e período oportuno.

Ao analisar grau de escolaridade (Tabelas 6 e 7), observou-se o maior número de casos para os indivíduos que estão no grupo 5ª a 8ª série incompleta com 86 casos, e o município que teve maior prevalência foi Redenção com 61 casos. Dessa forma notou-se que um dos motivos que podem desencadear esses valores é a falta de informação sobre a sífilis na educação de jovens e adultos.

O tratamento da sífilis é um direito da gestante e do parceiro. Os tratamentos disponíveis pelo sistema único de saúde SUS estão representados nas tabelas 08 e 09. O esquema de tratamento é feito com a penicilina G benzantina que é a droga de primeira escolha. Esse tratamento é feito de acordo com a fase da doença da primária até a terciária, onde irá definir qual a unidades internacionais (UI) vai ser utilizada no tratamento. As UI da Penicilina G benzantina é de 2.400.000UI, 4.800.000UI e 7.200.000UI. Dos 13 municípios analisados observou-se que no esquema de tratamento da gestante 183 fizeram o tratamento na fase primária que utilizada a Penicilina G benzantina 2.400.000UI. O tratamento do parceiro também foi realizado na fase primária onde 82 pacientes fizeram este tratamento. Com o parceiro tratado diminui os riscos de transmissão entre parceiros.

Tabela 5. Período de gestação

Município	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	Gest/Ignorada	Total
Água Azul do Norte	1	3	3	0	7
Conceição do Araguaia	6	8	6	1	21
Cumaru do Norte	1	0	2	0	3
Floresta do Araguaia	6	6	1	0	13
Ourilândia do Norte	12	8	4	0	24
Pau d'Arco	1	7	0	0	8
Redenção	11	15	33	2	61
Rio Maria	7	5	1	1	14
Santana do Araguaia	16	15	19	2	52
São Félix do Xingu	16	14	15	1	46
Sapucaia	8	5	2	0	15
Tucumã	2	2	5	1	10
Xinguara	31	13	5	0	49
Total	118	101	96	8	323

Tabela 6. Grau de Escolaridade.

Município	Ign/Branco	Analfabeto	1ª a 4ª série incompleta do EF	4ª série completa do EF	5ª a 8ª série incompleta do EF	Total
Água Azul do Norte	2	1	0	1	1	7
Conceição do Araguaia	9	0	1	0	1	21
Cumaru do Norte	1	0	1	0	0	3
Floresta do Araguaia	2	1	1	0	4	13
Ourilândia do Norte	10	1	0	0	6	24
Pau d'Arco	2	0	0	0	3	8
Redenção	17	0	1	1	15	61
Rio Maria	4	0	0	0	3	14
Santana do Araguaia	8	0	11	6	12	52
São Félix do Xingu	4	0	7	4	20	46
Sapucaia	5	0	3	0	4	15
Tucumã	2	0	0	1	3	10
Xinguara	11	0	4	1	14	49
Total	77	3	29	14	86	323

Tabela 7. Grau de Escolaridade

Mun Resid PA	Total	Educação superior completa	Educação superior incompleta	Ensino médio completo	Ensino médio incompleto	Ensino fundamental completo
Água Azul do Norte	7	0	0	1	1	0
Conceição do Araguaia	21	0	1	3	4	2
Cumaru do Norte	3	0	0	0	0	1
Floresta do Araguaia	13	0	0	0	4	1
Ourilândia do Norte	24	1	0	2	2	2
Pau d'Arco	8	0	0	1	1	1
Redenção	61	0	1	6	12	8
Rio Maria	14	0	0	3	4	0
Santana do Araguaia	52	0	1	3	5	6
São Félix do Xingu	46	0	0	4	2	5
Sapucaia	15	0	1	1	0	1
Tucumã	10	0	0	1	2	1
Xinguara	49	0	0	6	8	5
Total	323	1	4	31	45	33

Tabela 8. Esquema de Tratamento da Gestante.

Mun Res PA	Ign/Branco	Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	Outro esquema	Não realizado	Total
Água Azul do Norte	0	4	0	0	3	0	7
Conceição do Araguaia	5	13	0	0	1	2	21
Cumaru do Norte	0	1	0	2	0	0	3
Floresta do Araguaia	0	10	2	0	1	0	13
Ourilândia do Norte	3	17	0	2	2	0	24
Pau d'Arco	0	4	0	4	0	0	8
Redenção	3	32	5	18	0	3	61
Rio Maria	0	7	4	2	0	1	14
Santana do Araguaia	0	32	1	16	1	2	52
São Félix do Xingu	0	28	2	10	6	0	46
Sapucaia	0	14	1	0	0	0	15
Tucumã	0	8	1	0	1	0	10
Xinguara	4	13	8	19	2	3	49
Total	15	183	24	73	17	11	323

Tabela 9. Esquema de Tratamento do Parceiro.

Mun Res PA	Ign/Branco	Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	Outro esquema	Não realizado	Total
Água Azul do Norte	0	5	0	0	1	0	6
Conceição do Araguaia	9	1	1	0	0	2	13
Cumaru do Norte	1	1	0	1	0	0	3
Floresta do Araguaia	4	5	0	0	0	2	11
Ourilândia do Norte	7	10	0	1	2	4	24
Pau d'Arco	1	2	0	1	0	0	4
Redenção	17	10	0	3	0	31	61
Rio Maria	3	4	1	1	0	5	14
Santana do Araguaia	5	20	1	13	1	11	51
São Félix do Xingu	4	15	2	3	5	16	45
Sapucaia	5	5	0	0	0	5	15
Tucumã	4	3	0	0	1	2	10
Xinguara	22	1	3	4	0	11	41
Total	82	82	8	27	10	89	298

De acordo com a tabela 10 o principal motivo para o não tratamento do parceiro resultou da relação momentânea com a gestante e por isso não teve mais o contato com a parceira. Esse motivo representou 65 casos apresentados. Dos parceiros que foram convocados pela Unidade de Saúde para realizar o tratamento 32 compareceram e 30 não compareceram. Um total de 7 parceiros foram convocados, mas se recusaram ao tratamento da sífilis.

Tabela 10. Motivo para não tratamento do parceiro.

Município.	Ign/Branco	Não teve mais contato com a gestante	Não foi convocado á US para trat	Foi convocado á US p/ trat não compareceu	Foi convocado á US p/ trat mas recusou	Parceiro com sorologia reagente	Outro motivo:	Total
Água Azul do Norte	5	0	0	0	1	0	1	7
Conceição do Araguaia	11	0	3	1	0	1	5	21
Cumaru do Norte	0	0	0	0	0	0	3	3
Floresta do Araguaia	3	6	0	0	3	0	1	13
Ourilândia do Norte	10	4	2	2	0	1	5	24
Pau d'Arco	7	0	1	0	0	0	0	8
Redenção	12	20	10	7	3	7	2	61
Rio Maria	3	3	0	1	0	3	4	14
Santana do Araguaia	5	15	5	6	0	9	12	52
São Félix do Xingu	27	10	7	0	0	0	2	46
Sapucaia	5	2	2	4	0	1	1	15
Tucumã	4	0	0	0	0	3	3	10
Xinguara	25	5	2	9	0	6	2	49
Total	117	65	32	30	7	31	41	323

3.2 DISCUSSÃO

A sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis que causa maiores danos às gestantes e seus conceptos. Embora tenha agente etiológico conhecido, o modo de transmissão estabelecido, tratamento eficaz e de baixo custo, com excelentes possibilidades de cura, ainda persiste como um grave problema de saúde pública (MAGALHÃES, 2011).

Segundo Health (2019) a sífilis na forma congênita, adquirida ou na gestante é uma doença de notificação compulsória à Vigilância Epidemiológica em até 7 dias. Houve um aumento compulsório nos anos de 2010 e teve sua taxa de detecção aumentada de 59,1 casos por 100.000 habitantes em 2017 para 75,8 casos por 100.000 habitantes, em 2018. No ano de 2017 houve um total de 6.124 casos, seguido do ano de 2018 que demonstrou um aumento para 9.890 casos com taxas de detecção de 34,1 e 54,4, respectivamente; valores mais expressivos no decorrer dos anos.

Para Cavalcante (2017), no período de 2007 a 2014, foram identificados em Palmas-Tocantins 171 casos de sífilis em gestantes. Ainda no mesmo estudo foi observado que a maioria das 116 gestantes com sífilis (67,8%) se encontravam na faixa etária de 20-34 anos (média de 25 anos; amplitude de 13 a 43 anos). Mais de dois terços dessas gestantes (71,3%) eram de cor da pele parda e 76,0% possuíam escolaridade de Ensino Fundamental incompleto a Ensino Médio completo. Em 51 (29,8%) casos, não houve tratamento do parceiro, foram considerados como sífilis primária e/ou secundária 47,3% dos casos. Em 93,0% dos casos, pode-se identificar a titulação do VDRL, que variou entre 1:1 e 1:128, com mediana de 1:4 e moda de 1:2.

Em 11 (7,0%) casos, o VDRL foi informado com uma titulação inexistente. Das 167 gestantes que tiveram o VDRL reagente, 36,8% apresentaram teste treponêmico reagente (teste de absorção de anticorpos treponêmico fluorescente –[FTA-Abs]); e 2,9% tiveram resultado não reagente, sendo estas consideradas como casos descartados para sífilis com resultados semelhantes neste estudo.

Em pesquisa realizada por Guimarães (2018) identificou-se maior número de casos de sífilis em gestantes entre mulheres de 20 a 39 anos e com ensino fundamental incompleto. A maioria obteve teste não treponêmico reativo e classificação da sífilis como primária, durante o período estudado, Maranhão apresentou número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita correspondente a 1,9% e 1,8% dos casos registrados no Brasil.

4. CONCLUSÃO

De acordo com as análises realizadas, pode-se observar que as gestantes buscam tratamento quando diagnosticadas, ao qual pode impedir a transmissão vertical. Porém, o índice de parceiros não tratados é muito significativo aumentando a chance de reinfecção e contribuindo para a prevalência da doença. A relação com o parceiro de forma eventual não gera vínculos entre o casal causando a transmissão do vírus pelo parceiro que desconhece que está infectado. Inserir o homem no processo de eliminação da doença durante o pré-natal da gestante torna-se necessário para quebrar a cadeia de transmissão da sífilis, além das ações educativas e de prevenção.

A sífilis necessita de muita atenção principalmente no período da gestação, onde a fase mais grave da doença pode ocasionar sérios riscos ao feto. A região sudeste do Estado do Pará demonstrou alta nos índices de casos nos 13 municípios estudados. Dessa forma podemos observar a importância da conscientização das gestantes e seus parceiros sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e os riscos causados ao concepto. Com isso a importância de um pré-natal correto, garantindo uma saúde de qualidade tanto para a mãe quanto para o concepto é essencial e evitável. Fica o alerta para os órgãos públicos desenvolverem uma forma de orientar e conscientizar toda a população principalmente os grupos com maior índice de casos que foram mulheres pardas com idades de 15 a 34 anos e de baixa escolaridade.

5. REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

CARRARA, S. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

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**, v. 26, p. 255-264, 2017.

DA COSTA, C. C.; et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 23, n. 10, 2001.

ESCOBAR, N. D.; et al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida nas regiões do Brasil no período de 2010 a 2019. **Amazônia: Science & Health**, v. 8, n. 2, p. 51-63, 2020.

GUIMARÃES, T. A.; et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 24-30, 2018.

GUINSBURG, R.; et al. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: < https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/tratamento_sifilis.pdf >. Acesso em 21/05/2021.

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Sci méd**, v. 17, n. 4, p. 205-11, 2007.

MAGALHÃES, D. M. S.; et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1109-1120, 2013.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, p. 168-175, 2004.

SARACENI, V.; et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1244-1250, 2005.

SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para de Maio de eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 1341-1349, 2003.

TORTORA, G. J.; et al. **Microbiologia**. São Paulo: Artmed, 2018.