

# **Incidência de Sífilis Congênita no Brasil**

*Congenital Syphilis Incidence in Brazilian States in year 2012*

**Kleber Tiago Luiz Cazarin**

Farmacêutico e Biomédico. Especialista em Saúde Pública.

**Marjorie Ester Dias Maciel**

Enfermeira. Doutora em Cuidado em Saúde pelo Programa de Enfermagem da EE/USP.

## **Resumo**

A sífilis congênita ainda persiste nos dias atuais como um grave problema de saúde pública que requer medidas de controle pelas autoridades de saúde. Desse modo, este artigo tem por objetivo analisar a incidência de sífilis congênita nos estados brasileiros durante o ano de 2012. Trata-se de um descritivo, exploratório e transversal. Os dados utilizados foram obtidos no banco de dados alimentado pelo Ministério da Saúde, o DATASUS e apresentados em tabela e gráfico de coluna o programa Excel exibidos em números absolutos. Foi verificado que todos os estados brasileiros tiveram incidência da doença no período analisado e que as maiores incidências da doença foram no Estado do Rio de Janeiro, com 2434 casos registrados, seguido pelo estado de São Paulo com 1935 casos. Esses números refletem uma assistência de pré-natal inadequada ou falhas no tratamento da sífilis em gestantes, devendo ações de prevenção ser implementadas já que a sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e com tratamento gratuito e de baixo custo.

**Palavras-chave:** Sífilis congênita. Sífilis. *Treponema pallidum*.

## **Abstract**

Congenital syphilis still remains nowadays as a serious public health problem that requires control measures by health authorities. Thus, this article aims to analyze the incidence of congenital syphilis in the Brazilian states during year 2012. It is a descriptive, exploratory and cross-sectional study. Data used had obtained in the database fed by the Ministry of Health, the DATASUS and presented in table and column chart the Excel program displayed in absolute numbers. It were verified that all the Brazilian states had incidence of the disease in the analyzed period and that the highest incidence of this disease was in the State of Rio de Janeiro, with 2434 registered cases, followed by the state of São Paulo with 1935 cases. These numbers reflect inadequate prenatal care or failures in the treatment of syphilis in pregnant women, and preventive actions should be implemented since syphilis is an easily diagnosed disease and with free and low cost treatment.

**Key-words:** Congenital syphilis. Syphilis. *Treponema pallidum*.

## **INTRODUÇÃO**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde estimava-se que no ano de 2008 cerca de 12 milhões de pessoas estariam infectadas com o *Treponema Pallidum*, agente etiológico da sífilis, sendo que destas cerca de 2

milhões seriam gestantes. No Brasil estimava-se que cerca de 50 mil brasileiras teriam sífilis gestacional, e cerca de 15 mil crianças poderiam ter a forma congênita (ARAÚJO et al., 2012).

Esses números tornam-se preocupantes, pois a sífilis na gestação pode causar aborto espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos graves ao recém-nascido como má formação, cegueira, surdez, osteomielite sífilica, neurosífilis, entre outras, o que gera inúmeros problemas de saúde e sociais (DOMINGUES; LEAL, 2016). No entanto, o tratamento adequado reduz em 97 % a ocorrência destes problemas

Por conta disso, o Ministério da Saúde tem empregado esforços para tentar eliminar a sífilis congênita desde o final da década de 80 do século passado ao instituí-la como doença de notificação compulsória no país e posteriormente no início dos anos 2000 implantando uma política de saúde para enfrentamento da Sífilis congênita através do Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, que foi publicado em 2007, que define ações e metas para o controle dessa doença (ARAÚJO et al., 2012).

Adicionalmente, através da Portaria nº 1.459/GM/MS estabeleceu-se a Rede Cegonha que disponibiliza teste rápidos para sífilis e HIV para realização durante atendimento de pré-natal nos serviços de saúde de Atenção Básica, com o objetivo de realizar a detecção precoce e instituir tratamento para sífilis na gestante e seu parceiro e diminuir e eliminar com o passar dos anos os casos de sífilis congênita no Brasil (BRASIL, 2013).

Desse modo de acordo com o Ministério da Saúde, o teste rápido deve ser feito no momento do diagnóstico da gestação e também o VDRL, caso um desses testes seja positivo inicia-se o tratamento e o parceiro também é convocado para realização dos mesmos exames e tratamento que deve ser feito na unidade básica de saúde ou na Estratégia de Saúde da Família em que mulher realiza o pré-natal (BRASIL, 2013).

Esses mesmos testes são repetidos quando a mulher atinge trinta semanas de gestação (aproximadamente sete meses) o VDRL e caso seja

positivo o mesmo procedimento adotado no primeiro trimestre de gestação é feito. Esse procedimento deve ser feito em 100% das gestantes atendidas no serviço público (LIMA et al., 2014).

Logo, o índice de crianças nascidas com sífilis deveria ser baixo ou zero, no entanto, na prática tem se mostrado diferente, pois índices de nascimento com sífilis congênita tem se mostrado preocupantes (SOUZA et al., 2014), tanto que em 2008 a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou a eliminação da sífilis congênita como uma prioridade, estabelecendo como aceitável a incidência da doença a 0,5 ou menos casos por 1000 nascidos vivos até o ano de 2015 (OMS, 2008).

No Brasil, a incidência sífilis congênita cresceu em todas as regiões do país, tendo alcançado o valor 4,7 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

No entanto, apesar da sífilis ser uma doença vulnerável, ou seja, de fácil prevenção, de tratamento de ambulatorial e de baixo custo e de ser 100% tratável durante a gestação, a Sífilis congênita é ainda é problema de saúde pública para o país (SARACENI et al., 2017).

Desse modo, esse artigo tem por objetivo analisar o número de casos confirmados de sífilis congênita nos Estados Brasileiros, servindo de base para estudos futuros comparativos, bem como para estimular novos projetos que possam contribuir para a redução do surgimento de novos casos.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é do tipo descritiva, exploratório e transversal. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo conhecer características específicas em uma determinada população, sem que promova uma mudança no sujeito. Caracteriza-se pela observação e pela medida de dados em um determinado período de tempo (LEITE et al., 2009).

Os dados utilizados foram obtidos no banco de dados do DATASUS do Ministério da Saúde, sendo considerados dados secundários por isso não teve envolvimento direto com seres humanos, dessa forma dispensou-se a

necessidade de ser avaliado por um Comitê de Ética e Pesquisa para seres humanos.

A pesquisa foi realizada no site do DATASUS com dados da sífilis congênita nos Estados brasileiros referentes ao ano mais atual disponível nesse site, que é o ano de 2012.

Os dados estavam disponível no endereço eletrônico [http : http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012%2Fd0111.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012%2Fd0111.def) e foram acessados no dia 20 de setembro de 2017 às 16 horas da tarde , horário oficial de Brasília.

Os dados foram analisados e apresentados em tabela, e expressos em gráfico utilizando o software Excel.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após acessar o site do banco de dados Data Sus no sítio eletrônico [http : http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012%2Fd0111.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012%2Fd0111.def) , os dados foram copilados e armazenados em uma planilha de Excel para a elaboração da tabela 1 apresentada logo abaixo .

**Tabela 1-** Casos confirmados de Sífilis Congênita por Estado no ano de 2012 .

<b>ESTADO</b>	<b>CASOS</b>
Rondônia	45
Acre	35
Amazonas	158
Roraima	40
Pará	427
Amapá	49
Tocantins	93
Maranhão	199
Piauí	83
Ceará	913

**Tabela 1-** Casos confirmados de Sífilis Congênita por Estado no ano de 2012 .

Rio Grande do Norte	282
Paraíba	211
Pernambuco	747
Alagoas	356
Sergipe	336
Bahia	547
Minas Gerais	488
Espírito Santo	269
Rio de Janeiro	2.434
São Paulo	1.935
Paraná	299
Santa Catarina	97
Rio Grande do Sul	747
Mato Grosso do Sul	183
Mato Grosso	110
Goiás	113
Distrito Federal	118

**TOTAL**

**11.314**

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

Conforme apresentado na Tabela 1 verifica-se que no ano de 2012 a incidência foi alta da doença no país, de 3,9 por mil nascidos vivos considerando-se o número de nascidos vivos de 2.905.789 para o mesmo ano conforme dados consolidados do Sistema Informação de Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, 2012).

Esse índice em um país cuja meta é eliminar a sífilis congênita do país até o ano de 2020, mesmo após ter introduzidos a Política de Humanização no atendimento ao pré-natal há mais de 8 anos reflete inadequação da assistência pré-natal do país e faz do Brasil um dos 15 países prioritários do mundo para eliminação da sífilis congênita (MAGALHÃES, 2013).

Porém, se levar em conta uma comparação com o ano anterior, o Brasil diminuiu o número de casos, haja vista que no ano de 2011 o valor foi de 14.321 (SOUZA; DO CARMO, 2014).

Entretanto, esse patamar de diminuição ainda está aquém do número desejável, pois o Brasil em compromisso firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem como objetivo primordial a erradicação da sífilis congênita do continente americano, através do alcance da meta de 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos (OPAS, 2012).

Além da inadequação no atendimento pré-natal ou de insuficiência dessa cobertura, pode-se considerar que em uma etapa anterior à gestação, há falhas das equipes em saúde em realizar a prevenção primária em relação às infecções sexualmente transmissíveis, as quais são executadas através de ações de incentivos e distribuição do condom masculino e/ou feminino (ACOSTA; GONÇALVES; BARCELLOS, 2016).

Segundo a literatura, a sífilis congênita é reflexo de perfil de saúde de um país em desenvolvimento, pois os fatores de riscos associados a sífilis enquanto infecção sexualmente transmissível são : baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono da escola, e no caso de sífilis congênita além desses fatores já mencionados, o principal fator é ausência de assistência durante o pré-natal ou pré-natal inadequado (MACEDO et al., 2017).

Um outro fator que está diretamente relacionado ao fator de risco para sífilis e sífilis congênita é o fato de não haver no país cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família (LIMA et al., 2013).

Conforme a tabela 1, observa-se que o estado com maior número de casos é o Rio de Janeiro (2.434) seguido pelo estado de São Paulo (1.935), o que demonstra que esses estados embora sejam os mais desenvolvidos economicamente do país ainda necessitam implementar melhor a sua política de assistência à gestante.

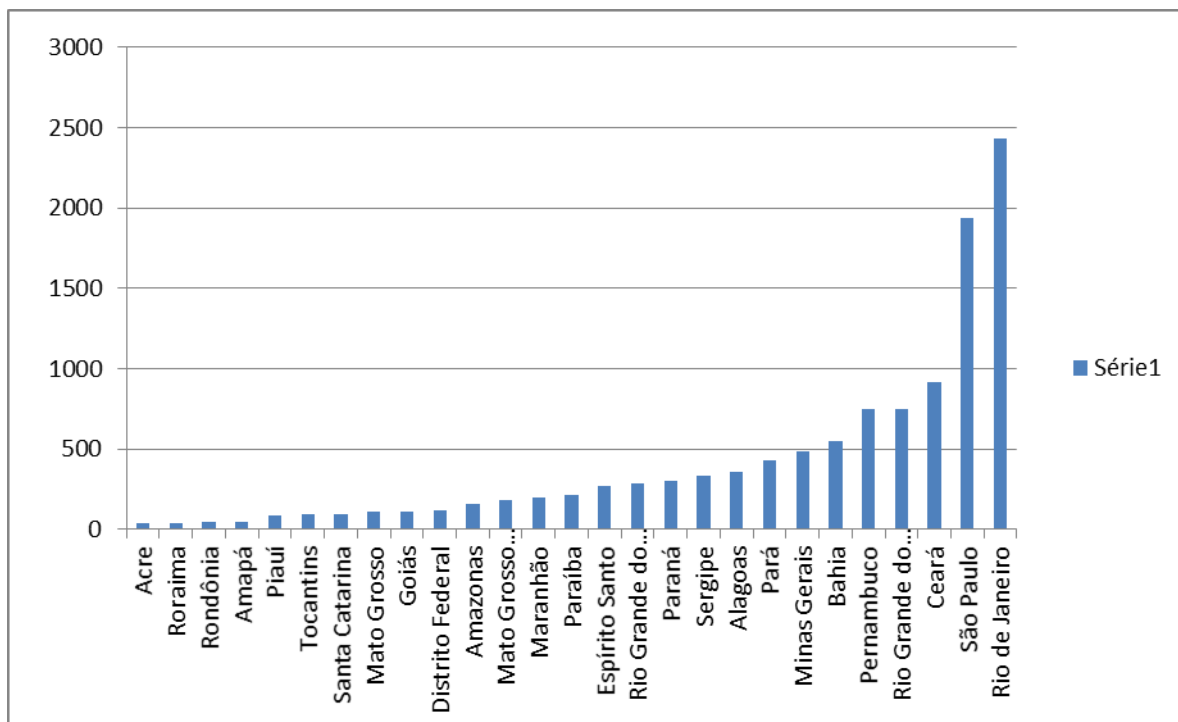
No entanto, um estudo de abrangência nacional demonstrou que no país entre os anos de 2011 e 2012 houve uma cobertura de assistência de pré-

natal de 98,7% das mulheres grávidas que utilizaram o serviço público e cobertura de testagem para sífilis em 89,1% dos casos (ao menos um exame), porém essa proporção cai para menos da metade, 41,2% dos casos quando é cobertura para dois exames. Essa menor cobertura foi observada na região norte em mulheres indígenas, e/ou com menor escolaridade atendidas em serviço público. Desse modo, apesar do Ministério da Saúde preconizar que a testagem para sífilis no início e no meio da gestação, menos da metade das gestantes estão recebendo adequadamente a assistência pré-natal (DOMINGOS et al., 2014).

Nesse mesmo estudo a maior prevalência de sífilis foi estimada em mulheres com menos de oito anos de escolaridade (1,74%), que se declararam pretas (1,8%) ou pardas (1,2%), mulheres sem pré-natal (2,5%) e naquelas atendidas em serviços públicos (1,37%) ou mistos (0,93%) (DOMINGOS et al., 2014).

Pela tabela observa-se que tanto os estados ricos como estados mais pobres do país possuem casos de sífilis congênita, mostrando que há uma urgência em nível de país de melhorar a qualidade da assistência pré-natal. No gráfico 1 pode-se visualizar em nível crescentes o número de casos por estado.

**Figura 1-** Número de casos de sífilis congênita em ordem crescente por estado brasileiro no ano de 2012.



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

De acordo com a apresentação do gráfico 1 pode-se observar que os estados da região norte são o que menos apresentaram incidência da doença, apesar de esses serem, segundo o estudo de Domingues e Leal (2014) como os estados da região brasileira que menos realizam as duas testagens de sífilis em gestantes.

Também pelo gráfico apresentado em ordem crescente de casos observa-se as disparidades entre os estados brasileiros no número de casos de sífilis congênita e que o estado do Mato Grosso do Sul ocupa a décima segunda colocação dentre os vinte e sete estados.

Um estudo realizado entre os anos de 2000 a 2009 na capital do Estado, Campo Grande, demonstrou que as internações ligadas a sífilis congênita apresentaram um aumento do período avaliado, em contrapartida esse estudo também avaliou que a cobertura de ESF na capital demonstrando que ela não avançou no decorrer desse mesmo período, provavelmente sendo esses um dos motivos apontados para que a taxa de sífilis congênita não tenha caído na cidade (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).



Outro estudo realizado no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008 identificou uma prevalência de 2.2% de sífilis positiva em gestantes nesse período, sendo a maior frequência na microrregião de saúde de Ponta Porã, ainda nesse estudo a incidência de sífilis congênita foi de 2,08 para cada 100.000 nascidos vivos, sendo que na microrregião de saúde Ponta Porã a incidência foi de 6.9 para cada 100.000 nascidos vivos, a maior de todas as regionais do Estado (LOUREIRO, 2009).

Cabe ressaltar que o Mato Grosso do Sul é um estado pioneiro no país no que diz respeito à implantação do Programa de Proteção a gestante, na qual é ofertado a todas as gestantes a testagem para sífilis no primeiro trimestre e na trigésima semana de gestação (FIGUEIRÓ FILHO; ERNESTO, 2012).

Esse Programa Estadual de Proteção à gestante tem sido uma iniciativa que o próprio Ministério da Saúde está tentando levar para outras partes do país, pois a testagem de sífilis em papel filtro como é feita no Programa Estadual é método que não necessita de refrigeração ou transporte especial, o que facilita o seu oferecimento em unidades de saúde de difícil acesso, as localizadas em zona rural, assentamentos e distritos onde não é possível ter um laboratório para realizar o exame VDRL (LOUREIRO, 2009).

Aproximadamente 40% das mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária não tratadas evoluem para perda fetal, e mais de 50% dos recém-nascidos filhos de mães com sífilis não tratada ou que realizou tratamento inadequado apresentam-se assintomáticos, e na maioria das vezes não são diagnosticados no nascimento, o que poderá trazer sérias consequências no futuro, como por exemplo retardo no desenvolvimento neurológico (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

A Sífilis congênita pode se manifestar, A criança ao nascer, pode apresentar pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental, podendo até mesmo levar a morte, ou a severas más formações (BRASIL, 2005).

É consenso que uma das formas de se eliminar a sífilis congênita do país está em fortalecer e ampliar o acesso da população à Estratégia de Saúde

da Família, desafio, porém, é executar um trabalho eficiente para captar as precocemente as gestantes, e garantir o acesso as consultas do pré-natal desde o primeiro trimestre de gestação, e que tenham um acompanhamento do pré-natal, no qual é possível identificar e tratar os agravos associados a prevalência da sífilis congênita (MACEDO, et al.,2017).

## **CONCLUSÃO**

Com os dados apresentados pode-se verificar que a sífilis congênita ainda é uma realidade e um problema de saúde pública no Brasil, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, onde se concentraram os maiores números de caso da doença no país, isso talvez se deva ao grande número de pessoas que transitam nesses dois estados oriundos de todas as outras partes do país.

Foi verificado que o Estado do Mato Grosso do Sul apesar de pioneiro em Programa de rastreamento para sífilis em gestante também possui casos de sífilis congênita, no entanto, tem um número razoável quando comparado aos demais estados brasileiros, no entanto isso reflete a inserção do estado dentro do contexto do Brasil, enquanto país em desenvolvimento.

Desse modo, pode-se supor que o índice de realização de investigação para sífilis não é de 100% das gestantes brasileiras ou que o tratamento não é feito adequadamente em todas as gestantes com o diagnóstico da doença.

Sendo assim, constata-se a importância de se fortalecer o Programa de Assistência pré-natal no país e também as ações exigidas à nível de Ministério da Saúde para que a transmissão vertical da sífilis seja exterminada.

Para tanto, sugere-se que os gestores de saúde implementem estratégias de capacitação e sensibilização dos recursos humanos envolvidos diretamente com a assistência a gestante para que esses se comprometam na captação precoce e busca ativa das gestantes faltosas para receberem

adequadamente as ações previstas no atendimento pré-natal e no tempo oportuno.

Somente através a intensificação dessas ações é que 100% das gestantes com sífilis poderão ser identificadas e prontamente tratadas para quebrar o ciclo de transmissão vertical da sífilis e o Brasil conseguirá finalmente cumprir acordos internacionais para a eliminação da sífilis congênita e melhorar os níveis de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, L. M. W.; GONCALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. Co-infecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Rev Panam Salud Publica*, v. 40, n. 6, p. 435-442, 2016.

ARAUJO, C. L.; SHIMIZU H. E.; SOUZA, A. I. A.; HARMANN E. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 1-7, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis congênita. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 20 set. 2017.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Hospitalization for primary care-sensitive conditions in Campo Grande, Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2000-2009. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

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. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 6, p. 82-05, 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

FIGUEIRÓ FILHO, E. A. Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. *DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v. 24, n. 1, p. 32-7, 2012.

GUINSBURG, R; SANTOS, A. M. N. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. Documento Científico. Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2006. Disponível em: < [http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento\\_sifilis.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/tratamento_sifilis.pdf) >. Acesso em: 15 ago. 2014.

LEITE, F. H. C.; BIN, M. C.; SCHMITZ, O. W. *Produção do Artigo Científico*. Dourados: Seriemma, 2009.

LIMA, M. G.; SANTOS, R. F. R.; BARBOSA, G. J. A.; RIBIERO, G. A. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.

LIMA, G. K.; DIAS, I. C. X; ARAÚJO, F. M.; SOUZA, F. B.; SALES, D. S; FERREIRA, A. G. M. Educação em saúde sobre sífilis com um grupo de gestantes: um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 12, n. 2, p. 59-62, 2014.

LOUREIRO, M. D.R. Infecção pelo *Treponema pallidum* em gestantes e sua transmissão vertical, Mato Grosso do Sul. 2009. 68 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa Multi-institucional Rede Centro-Oeste, Universidade de Brasília, UFG, UFMS, Campo Grande, 2009.

MACEDO, V. C.; LIRA, P.I.C.; FRIAS, P.G.; ROMAGUERA, L.M.; CAIRES, S.F.F.; XIMENES, R.A.A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, n. 78, p. 1-12, 2017.

MAGALHÃES, D. M. S. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, v.29, n.06 p. 1109-1120, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. Indicadores de Morbidade 2012. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/d0111.def> >. Acesso em: 20 set. 2017.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D.C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OPAS. Organização Pan-América da Saúde. *Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy*. 2. ed. Washington (DC), 2012.

ONS. Organização Mundial de Saúde. *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.

SARACENI, V. G. F.; MENDES, P. M. F.; SILVEIRA, M. A.; LEITE, A. A. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev. Panam. Salud. Publica*, v. 41, n. 44, p. 650-672, 2017.

SOUZA, P. R. B.; DO CARMO, M. L. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

SOUZA, C.; MONTEIRO, V. F.; ARAÚJO, A. R.; RAMOS, E. M. L. Regressão Logística Aplicada aos Casos de Sífilis Congênita no Estado do Pará. *Revista da Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto*, v. 3, n. 3, p. 714-718, 2014.