

# Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014\*

## *Epidemiologic profile of congenital syphilis in Brazil in 2008-2014*

Warlei Nunes de Souza<sup>1</sup>  
Lincoln Agudo Oliveira Benito<sup>2</sup>

### Resumo

A sífilis merece destaque por ser uma doença infecciosa, sistêmica de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *T. pallidum*. Trata-se de estudo classificado enquanto transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em agosto de 2015, com base no banco de dados disponível na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), onde contém informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Foram notificados 91.466 casos de sífilis gestacional no país mostrando uma série ascendente ano a ano. A maioria das gestantes (74,2% - n=48.990) realizou pré-natal, possuíam de 20 a 29 anos 51,4% (n=47.045) e baixo nível de instrução 21,5% (n=19.730). O tratamento inadequado das gestantes e a falta de tratamento dos parceiros mostram-se como realidade no Brasil. A incidência de sífilis gestacional e congênita é indicadora da qualidade da assistência pré-natal.

**Palavras-chave:** Sífilis. Gestacional. Vigilância epidemiológica. Cuidado pré-natal.

### Abstract

Syphilis noteworthy for being an infectious disease, systemic world-wide and chronic evolution caused by *T. pallidum*. It is study classified as transversal and descriptive, with quantitative approach, performed in August 2015 from the database available at the Secretary of Health Surveillance (SVS) of the Ministry of Health (MOH), which contains information of the chips the National System for Notifiable Diseases (SINAN). It was reported 91 466 cases of gestational syphilis in the country showing a rising number year by year. Most pregnant women received prenatal 74.2% (n = 48,990) had of 20 to 29 years 51.4% (n = 47,045) and low level of education 21.5% (n = 19,730). Improper treatment of pregnant women and the lack of treatment of partners show up as reality in Brazil. The incidence of gestational and congenital syphilis is indicative of the quality of prenatal care.

**Keywords:** Syphilis. Gestational. Epidemiological surveillance. Prenatal care.

\* Recebido em: 10/12/2015.  
Aprovado em: 17/10/2016.

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. *E-mail:* warleyns@globocom.com.

<sup>2</sup> Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Docente de Enfermagem do UniCEUB. *E-mail:* lincolnbenito@yahoo.com.br.

## 1 Introdução

A sífilis (CID 10: A51) é uma enfermidade sistêmica, sexualmente transmissível, exclusiva do ser humano, conhecida desde o século XV. Sua abordagem de estudo ocupa todas as especialidades médicas. Seu agente etiológico é a bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* e a mesma é adquirida por contato sexual como principal via para transmitir a doença, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente e, por transfusão sanguínea (COOPER et al., 2016; DOMINGUES; LEAL, 2016; ZUGAIB, 2012; MAGALHÃES, 2011; BRASIL, 2010; CAMPOS et al., 2010).

O agente etiológico foi descoberto em 1905 por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann na Alemanha e em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis. Após a descoberta da penicilina, na década de 1940, observou-se uma queda importante na incidência da doença, para, novamente, ressurgir em taxas dramáticas ao fim da década de 1980 e início de 1990, provavelmente por causa da coinfeção pelo HIV/AIDS e do abuso de drogas. Mais de 80% das mulheres com sífilis estão em idade reprodutiva e, dessa forma, sob risco de transmissão vertical da doença (DOMINGUES; LEAL, 2016; ZUGAIB, 2012; MAGALHÃES, 2011; KOLBE, 2010).

Em 1993, o Ministério da Saúde (MS), propôs um programa nacional para a erradicação da sífilis congênita, conforme a proposta para o controle desse agravo nas Américas formulada pelas Organizações Mundial (OMS) e Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em 2005, o MS incluiu a sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória, na tentativa de controlar a transmissão vertical e acompanhar, adequadamente, o processo da infecção, podendo, assim, planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle (FIGUEIRÓ FILHO et al., 2012; BRASIL, 2010; GUINSBURG; SANTOS, 2010; KOLBE, 2010; BRASIL, 2009; SÃO PAULO, 2008; VIEIRA, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, globalmente, um quantitativo de aproximadamente 1,5 a 1,85 milhão de mulheres grávidas estão infectadas com sífilis, anualmente, e metade delas tem filhos com resultados adversos (GOMES et al, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010; SZWARCOWALD et al., 2007).

No ano de 2010, juntamente à OMS, as Nações-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde

(OPAS) aprovaram o surgimento da Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita, objetivando reduzir a incidência dessa enfermidade congênita para o quantitativo de  $\leq 0,5$  casos para 1.000 nascidos vivos em 2015 (COOPER et al., 2016; CAMPOS et al., 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Segundo a OPAS, no ano de 2014, 17.400 casos (1,3/1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita foram notificados juntamente as Américas e, 17 nações podem ter eliminado a transmissão materno-infantil desta enfermidade (DOMINGUES; LEAL, 2016; BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Nesse sentido, se acredita que ocorram anualmente um universo de 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, sendo que 90% dos mesmos se encontrem junto aos países em desenvolvimento. As estimativas apontam a doença como responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo. No Brasil a prevalência média da sífilis varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25% (CAMPOS et al., 2010; SZWARCOWALD et al., 2007).

Diante disso, a presente pesquisa objetivou avaliar a incidência da sífilis gestacional por regiões brasileiras, no período compreendido entre 2008 a 2014, descrevendo o perfil epidemiológico das gestantes que tiveram sífilis, verificando em quais regiões do Brasil tiveram maior e menor incidência e avaliando quanto à realização do pré-natal, faixa etária das gestantes, diagnóstico e tratamento do parceiro.

## 2 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, que avaliou epidemiologicamente a frequência de casos registrados de sífilis gestacional (CID 10: A50), no recorte geográfico formado pelas “regiões brasileiras”, no recorte histórico formado pelos anos de “2008 a 2014”.

Para construção do presente estudo, procedeu à solicitação de dados juntamente à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), em que contém informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Foram, também, realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos junto à base de dados informatizados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sendo estes, “Sífilis” com o número de registro “24320” e identificador único “D013587”, “Gestantes” com o número de registro “37736” e identificador único “D07841”, “Cuidado Pré-natal” com o número de registro “11731” e identificador único “D011295”, “Epidemiologia” com o número de registro “22080” e identificador único “Q000453”, adquirindo desta forma, artigos de periódicos científicos e publicações oficiais.

Objetivando ampliar a capacidades e potencialidades dos referidos descritores, foram utilizados os operadores lógicos de pesquisa booleanos “and”, “or”, and not” para desenvolvimento das conjunções dos descritores.

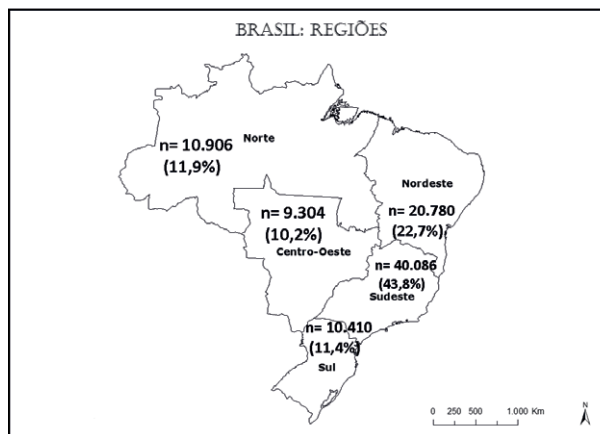
Após a aquisição dos dados, estes foram organizados para posterior análise, utilizando o Software Microsoft Excel 2010, pertencente ao pacote Microsoft Office 2010, for Windows. Não foi realizado o cálculo de incidência para o evento em questão. Os resultados adquiridos foram expostos por meio de um quadro e de tabelas explicativas.

Nesse sentido, foi possível construir categorias analíticas, sendo elas “realização do pré-natal”, “momento do diagnóstico” “faixa etária”, “escolaridade”, e “tratamento do parceiro”.

### 3 Resultados e discussão

Foi identificado um universo de 91.466 casos de sífilis em gestantes no Brasil no recorte histórico analisado, sendo estes expostos por regiões brasileiras, juntamente à figura de número 1.

**Figura 1** – Apresentação dos casos registrados com percentual de sífilis congênita no Brasil entre os anos de 2008 a 2014 (n=91.486)



**Fonte:** MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Nota:** Casos notificados no Sinan até 30/06/2014.

Já na Tabela de número 1, são apresentadas as frequências de caos e taxa e de detecção (TD) por 1.000 nascidos vivos, de gestantes com sífilis, segunda a região brasileira e o ano de notificação.

**Tabela 1** - Casos e taxa de detecção (TD) (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis segundo região de notificação por ano de notificação. Brasil, 2008-2014

Ano / Região	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
	nº / td	nº / td	nº / td	nº / td	nº / td	nº / td	nº / td	nº
Brasil	7.920 (8,6)	8.759 (9,5)	10.347 (11,3)	14.399 (15,7)	17.147 (18,7)	21.382 (23,3)	11.512 (12,5)	91.486 (100)
Sudeste	2.681 (33,8)	3.124 (35,6)	4.166 (40,2)	6.501 (45,1)	8.182 (47,7)	10.052 (47)	5.380 (46,7)	40.086 (43,8)
Nordeste	1.993 (25,1)	2.174 (24,8)	2.540 (24,5)	3.398 (23,5)	3.863 (22,5)	4.453 (20,8)	2.359 (20,4)	20.780 (22,7)
Norte	1.342 (16,9)	1.429 (16,3)	1.433 (13,8)	1.693 (11,7)	1.758 (10,2)	2.141 (10)	1.110 (9,4)	10.906 (11,9)
Sul	726 (9,1)	861 (9,8)	1.021 (9,8)	1.476 (10,2)	1.931 (11,2)	2.795 (13)	1.600 (13,8)	10.410 (11,4)
Centro-Oeste	1.178 (14,8)	1.171 (13,3)	1.187 (11,4)	1.331 (9,2)	1.413 (8,2)	1.961 (9,1)	1.063 (9,2)	9.304 (10,2)

**Fonte:** MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Nota:** Casos notificados no Sinan até 30/06/2014.

Na Tabela de número 2, são apresentados os dados relacionados ao quantitativo de casos registrados de sífilis congênita, segundo realização de pré-natal, momento de diag-

nóstico de sífilis da mãe, gestantes com sífilis segundo a faixa etária, escolaridade por ano de notificação, tratamento do parceiro e ano de diagnóstico, no recorte histórico em análise.

**Tabela 2** - Casos de sífilis congênita segundo realização de pré-natal, momento de diagnóstico de sífilis da mãe, gestantes com sífilis segundo a faixa etária, escolaridade por ano de notificação, tratamento do parceiro e ano de diagnóstico. Brasil, 2008-2014

Brasil	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
	n / %	n / %	n / %	n / %	n / %	n / %	n / %	n / %
<b>Realizou pré-natal</b>								
Sim	4.278(74,3)	4.341 (71,6)	5.063 (73)	6.966 (73,4)	8.543 (73,3)	10.280 (74,8)	5.239 (76,9)	48.90 (74,2)
Não	1.049 (18,2)	1.243 (20,5)	1.360 (19,6)	1.832 (19,3)	2.396 (20,5)	2.543 (18,5)	1.148 (16,8)	14.522 (21,9)
Ing./Branco	427 (7,4)	478 (7,8)	510 (7,3)	689 (7,2)	713 (6,1)	916 (6,6)	421 (6,1)	4.504 (6,8)
Total	5.754 (100)	6.062 (100)	6.933 (100)	9.487 (100)	11.652(100)	13.739 (100)	6.808 (100)	66.010 (100)
<b>Momento do diagnóstico da sífilis materna</b>								
No pré-natal	2.290 (53,5)	2.290 (52,7)	2.802 (55,3)	3.946 (56,6)	4.837 (56,6)	6.030 (58,6)	3.116 (59,4)	27.728 (56,5)
No momento do parto/ curetagem	1.403 (32,7)	1.394 (32,1)	1.572 (31)	2.089 (29,9)	2.581 (30,2)	2.861 (27,8)	1.465 (27,9)	14.648 (29,8)
Após o parto	407 (9,5)	482 (11,1)	522 (10,3)	685 (9,8)	789 (9,2)	966 (9,3)	483(9,2)	4.675 (9,5)
Não realizado	24 (0,5)	23 (0,5)	27 (0,5)	36 (0,5)	30 (0,3)	50 (0,4)	24 (0,4)	248 (0,5)
Ing./Branco	154 (3,5)	152 (3,5)	140 (2,7)	210 (3)	306 (3,5)	373 (3,6)	151 (2,8)	1.691 (3,4)
Total	4.278 (100)	4.341 (100)	5.063 (100)	6.966 (100)	8.543 (100)	10.280 (100)	5.239 (100)	48.990 (100)
<b>Faixa Etária</b>								
10 a 14	100 (1,2)	116 (1,3)	166 (1,6)	215 (1,4)	278 (1,6)	324 (1,5)	169 (1,4)	1.368 (1,4)
15 a 19	1.438 (18,1)	1.718 (10,6)	2.106 (20,3)	3.247 (22,5)	4.075 (23,7)	5.436 (25,4)	2.924 (25,3)	20.944 (22,8)
20 a 29	4.317 (54,5)	4.657 (53,1)	5.432 (52,4)	7.333 (50,9)	8.674 (50,5)	10.783 (50,4)	5.849 (50,8)	47.045 (51,4)
39 a 39	1.842 (23,2)	2.002 (22,8)	2.356 (22,7)	3.185 (22,1)	3.701 (21,5)	4.375 (20,4)	2.293 (19,9)	19.754 (21,5)
40 ou mais	220 (2,7)	262 (2,9)	282 (2,7)	416 (2,8)	413 (2,4)	458 (2,1)	273 (2,3)	2.324 (2,5)
Ing./Branco	3 (0,0)	4 (0,0)	5 (0,0)	3 (0,0)	6 (0,0)	6 (0,0)	4 (0,0)	31 (0,0)
Total	7.920 (100)	8.759 (100)	10.347(100)	14.399(100)	17.147(100)	21.382 (100)	11.512 (100)	91.466 (100)
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	173 (2,1)	158 (1,8)	157 (1,5)	191 (1,3)	176 (1,0)	183 (0,8)	107 (0,9)	1.145 (1,2)
1ª a 4ª série inc.	1.000 (12,6)	1.033 (11,7)	1.013 (9,7)	1.276 (8,8)	1.455 (8,4)	1.502 (7,0)	778 (6,7)	8.057 (8,8)
4ª série compl.	617 (7,7)	676 (7,7)	704 (6,8)	893 (6,2)	965 (5,6)	966 (4,5)	474 (4,1)	5.295 (5,7)
5ª a 8ª série inc.	1.707 (21,5)	1.928 (22)	2.278 (22)	3.203 (22,2)	3.747 (21,8)	4.437 (20,7)	2.430 (21,1)	19.730 (21,5)
Ens. Fund. Com.	713 (9)	816 (9,3)	933 (9)	1.287 (8,9)	1.633 (9,5)	2.007 (9,3)	1.030 (8,9)	8.419 (9,2)
Ens. Méd. Inc.	627 (7,9)	752 (8,5)	1.003 (9,6)	1.390 (9,6)	1.835 (10,7)	2.586 (12)	1.432 (12,4)	9.625 (10,5)
Ens. Méd. Com.	27 (0,3)	29 (0,3)	22 (0,2)	25 (0,1)	34 (0,1)	20 (0,0)	4 (0,0)	161 (0,1)
Edu. Sup. Inc.	39 (0,4)	51 (0,5)	85 (0,8)	110 (0,7)	132 (0,7)	195 (0,9)	113 (0,9)	725 (0,7)
Sup. Compl.	27 (0,3)	48 (0,5)	49 (0,4)	67 (0,4)	108 (0,6)	149 (0,6)	95 (0,8)	543 (0,5)
Ing./Branco	2.370 (29,9)	2.424 (27,6)	3.039 (29,3)	4.387 (30,4)	5.092 (29,6)	6.431 (30)	3.347 (29)	27.090 (29,6)
Total	7.920 (100)	8.759 (100)	10.347(100)	14.399(100)	17.147(100)	21.382 (100)	11.512 (100)	91.466 (100)
<b>** Tratamento do parceiro</b>								
Sim	422 (18,2)	388 (16,4)	539 (18,7)	714 (17,7)	923 (18,7)	1.124 (18,2)	625 (19,5)	9.684 (19,7)
Não	1.404 (60,5)	1.447 (61,4)	1.809 (62,7)	2.590 (64,3)	3.061 (62)	3.725 (60,4)	1.921 (60,1)	26.752 (54,4)
Ing./Branco	492 (21,2)	520 (22)	533 (18,5)	719 (17,8)	949 (19,2)	1.317 (21,3)	648 (20,2)	11.058 (22,4)
Total	2.318 (100)	2.355 (100)	2.881 (100)	4.023 (100)	4.933 (100)	6.166 (100)	3.194 (100)	49.155 (100)

**Fonte:** MS/SVS/ SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Notas:** Casos notificados no SINAN até 30/06/2014. \*\* Para essa tabulação foram excluídos os casos em que a gestante não fez pré-natal.

Por meio do presente estudo, foram identificadas oito (08) evidências, sendo estas: (1) o aumento ano a ano no quantitativo de registro de sífilis gestacional no período analisado, (2) a qualidade da atenção pré-natal, (3) o momento do diagnóstico, (4) a maior incidência em gestantes com faixa etária entre 20 e 29 anos, (5) a menor incidência entre gestantes adolescentes, (6) a maior incidência em gestantes com baixo nível de instrução, (7) os registros de pessoas com diagnóstico de sífilis em gestantes com formação de nível superior, e (8) a maioria dos parceiros não realizaram tratamento.

É nítido que o aumento no número de casos de sífilis gestacional notificados ano a ano no Brasil. Conforme alguns estudos, essa ascensão não está relacionada somente ao número de casos que se multiplicou, mas também com o aumento no número de notificações, ou seja, representa uma melhoria no sistema de notificação, atribuída a vigilância epidemiológica do Brasil, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal, em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, também, pela implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; XIMENES et al., 2008).

Nesse sentido e, de acordo com dados disponibilizados pela OPAS, aproximadamente 94% das mulheres que se encontram grávidas nas Américas, comparecem a pelo menos uma (01) consulta em seu pré-natal durante a gestação e ainda, 80% destas são testadas para o diagnóstico de sífilis em algum momento durante a sua gravidez (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014).

O aumento gradual na notificação de casos se deveu, ainda, ao fortalecimento dos serviços de saúde desenvolvidos durante o período do pré-natal, por meio da Rede Cegonha, Rede Cegonhinha, dentre outros programas e articulações em saúde, o que propiciou a ampliação da cobertura de testagem das gestantes e, também, o acompanhamento dos casos (BRASIL, 2015; LEAL et al., 2015).

É importante, também, notar que a atenção ao pré-natal tem, enquanto objetivo principal, acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável. Para tanto, deve garantir a captação precoce da gestante até 120 dias da gestação, a realização de no mínimo seis (06) consultas e a oferta de exames laboratoriais básicos, destacando-se o exame de VDRL (ARAÚJO et al., 2012; BRASIL, 2005).

No estudo em questão, a maior parte das gestantes realizou acompanhamento pré-natal, o que é importante, pois essa assistência é um fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde. Entretanto, avaliações sobre a qualidade do pré-natal têm apontado resultados insatisfatórios, em que menos da metade das gestantes receberia acompanhamento adequado (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; LEAL et al., 2015; ARAÚJO et al., 2012).

Tal fato é confirmado, também, pelo elevado número de sífilis congênita no país, o que é reflexo de deficiências na assistência oferecida às mulheres e famílias, nesse período (LEAL et al., 2015; CARVALHO; BRITO, 2014; LIMA et al., 2013).

O pré-natal representou o momento mais relevante para diagnosticar a sífilis, de acordo com o presente estudo, sendo, essa assistência, considerada uma ferramenta importante no processo de erradicação da enfermidade em questão. Entre suas ações, destacam-se a captação precoce da gestante, o acompanhamento da gravidez, o teste rápido VDRL na primeira consulta e outro próximo ao terceiro (3º) trimestre de gestação. Além disso, é o momento perfeito para aconselhamento e tratamento da gestante e dos parceiros sexuais acometidos pela infecção (CARVALHO; BRITO, 2014; FIGUEIRÓ FILHO, 2011).

Nesse sentido, é defendido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, ou seja, o CDC, que, as mulheres grávidas devem ter acesso ao pré-natal precoce e, serem testadas sorologicamente para diagnóstico de sífilis durante a sua primeira consulta pré-natal e ainda, em áreas de alto risco, novamente de 28 a 32 semanas durante a gestação e no parto (CDC, 2015).

No Brasil, cerca de 95% dos partos, são realizados em ambiente hospitalar. Logo, se, durante o pré-natal, realizado nas unidades básicas de saúde (UBS), não fez o diagnóstico e o tratamento da sífilis, há mais uma oportunidade de fazê-lo no momento em que essa gestante é admitida para o parto, podendo ser detectada a transmissão vertical e tratar os recém-nascidos (RN) infectados, evitando, dessa maneira, a manifestação da sífilis e possíveis sequelas (FONSECA; KALE; SILVA, 2015; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007).

O maior grupo de caso de mulheres notificadas está entre 20 e 29 anos por ser o auge da fase reprodutiva, o que justifica um maior número de gestações nessa faixa etária. Outro aspecto que nos chama a atenção é o número de gestantes adolescentes com sífilis. Isso, possi-



velmente, demonstra que as adolescentes estão iniciando sua vida sexual precocemente e de forma desprotegida. É necessário que haja o incentivo para que usem preservativos durante as práticas sexuais e, também, iniciem sua vida sexual mais tarde (BRASIL, 2012; FIGUEIRÓ FILHO, 2011; CAMPOS et al., 2010; SARACENI et al., 2005).

Em consonância com outros estudos, em relação à categoria escolaridade das gestantes que contraíram sífilis, a maior prevalência está em mulheres com baixo nível de instrução. Com base nas notificações, 21,5% (n=19.730) das gestantes não concluíram o Ensino Fundamental (EF), confirma declarando que são gestantes com baixas condições socioeconômicas, mais jovens e com menor escolaridade. Segundo algumas pesquisas, alguns fatores e determinantes de risco que contribuem para que a prevalência da sífilis, ou seja, urbanização caótica, baixa escolaridade, desemprego e aumento da pobreza na sociedade (SARACENI et al., 2005; VIEIRA, 2005).

Em outros estudos, é exposto valor elevado em relação a sub-registro deste fenômeno, que corresponde a 29,6% (n=27.090) dos casos, o que compromete a correta e perfeita interpretação dos dados. Observou-se também a ocorrência de casos de sífilis gestacional em mulheres com formação de nível superior. Espera-se que essa população tenha conhecimentos mínimos acerca das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e suas formas de prevenção, além da importância da realização do pré-natal (BRASIL, 2015; FIGUEIRÓ FILHO, 2011).

Já em relação ao aumento no número de casos de parceiros não tratados, esta se encontra de comum acordo com a literatura científica, quando é sustentado que um reduzido quantitativo se submete a exames para diagnóstico e, também, faz o tratamento conforme preconizados para as gestantes, o que ocasiona a essas mulheres a reinfeção e o aumento na transmissão vertical. Recomenda-se, então, que seja feita a abordagem interdisciplinar das famílias, com o objetivo de garantir o seguimento dos casos de sífilis, a adesão ao tratamento e ao controle da circulação do *T. pallidum* (XIMENES et al., 2008; DUARTE, 2007).

Segundo o MS, no Brasil, se estima que, apenas, 12% dos parceiros sexuais dessas mulheres recebam tratamento para a sífilis, sendo este um verdadeiro problema de saúde pública. Nesse sentido, a sífilis pode se representar enquanto um cofator para o desencadeamento da infecção pelo HIV/AIDS e, desta forma, todas as mulheres

e seu(s) parceiro(s) sexual(is), que possuem soropositividade para sífilis, devem ser testadas para a infecção pelo HIV (COOPER et al., 2016; BRASIL, 2007).

Por fim, é importante que sejam feitas as notificações no SINAN como forma de controle da sífilis gestacional e congênita, objetivando fomentar e abastecer esse importante instrumento de auxílio do planejamento da saúde, definindo prioridades de intervenção e respostas, além de permitir que seja avaliado o impacto dessas (DUARTE, 2007; BRASIL, 2006).

Embora o estudo atual apresente limitações, no que se refere ao seu recorte histórico e geográfico, o mesmo traz importantes dados no que se refere à questão da sífilis congênita, e suas representações.

#### 4 Conclusão

Apesar de todos os esforços do MS, das associações e organização profissionais, além da sociedade civil em tentar diminuir o número de casos de sífilis gestacional e congênita no Brasil, se observa, por meio dos dados analisados, que, ainda, há um longo caminho a ser percorrido para se alcançar a meta nacional de controle desse importante agravo à saúde pública.

Este estudo revelou alguns pontos frágeis na assistência e na prevenção da sífilis, tais como a reduzida investigação dos casos de sífilis de forma assertiva na gravidez, o tratamento ineficiente da gestante, relacionado a várias questões e, principalmente, o não tratamento do parceiro.

Para que haja mudança nessa realidade, é necessário que os profissionais de saúde e toda a sociedade participem de forma ativa da realização de atividades de educação em saúde, como palestras nas escolas, nas comunidades e principalmente na mídia, abordando e incentivando as formas de prevenção da doença em homens e mulheres com faixa etária descrita e abordada nesse estudo, realizando todo o fluxo de ações preconizado pelo MS, desde o diagnóstico precoce de sífilis até a notificação de todos os casos de sífilis gestacional.

É imprescindível que haja maior participação das equipes da ESF, as quais são de extrema importância por estarem trabalhando na linha de frente com essas famílias, colaborando assim para a promoção da saúde objetivando mitigar esta enfermidade no Brasil. As equipes da ESF são a porta de entrada ao sistema de saúde para essas famílias, portanto, são elas que formam um vínculo

de maior proximidade entre os profissionais de saúde e os usuários, principalmente entre os parceiros das gestantes infectadas, para que eles também façam o tratamento necessário.

Os autores do presente estudo sugerem que outras produções relacionadas a temática analisada, sejam desenvolvidas, apresentando em seu corpo, análises com o seu recorte histórico e geográfico mais ampliados, possibilitando uma maior compreensão deste fenômeno nacional e internacional.

### Referências

- ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. doi: 10.1590/S0034-89102012000300010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência de Aids/DST. **Boletim epidemiológico de DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico – Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico – Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2010000900008.
- CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, jun. 2014. doi: 10.5123/S1679-49742014000200010.
- CDC (Center for Disease Control and Prevention). **Syphilis during pregnancy: 2015 Sexually transmitted diseases treatment guidelines**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/syphilis/default.htm>>. Acesso em: 16 out. 2015.
- COOPER, J. M.; et. al. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil: more progress needed! **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-253, set. 2016. doi: 10.1016/j.rppede.2016.06.004.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-12, jun. 2016. doi: 10.1590/0102-311X00082415.
- DONALISIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165-173, set. 2007. doi: 10.5123/S1679-49742007000300003.
- DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 171-174, abr. 2007. doi: 10.1590/S0100-72032007000400001.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et. al. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 24, n. 1, p. 32-37, jan./mar., 2012. doi: 10.5533/2177-8264-201224109.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, abr./jun. 2015. doi: 10.1590/S1519-38292015000200007.

GOMEZ, G. B. et. al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 91, n. 3, p. 217-226, mar. 2013. doi: 10.2471/BLT.12.107623.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/tratamento\\_sifilis.pdf](http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/tratamento_sifilis.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2015.

KOLBE, C. **Conhecimento da puérpera quanto à necessidade do tratamento para prevenção da sífilis congênita**. 2010. 38 f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar., 2015. doi: 10.1590/S1519-38292015000100008.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, fev. 2013. doi: 10.1590/S1413-81232013000200021.

MAGALHÃES, D. M. S. **Perfil sócio demográfico e antecedente obstétrico associado à sífilis na gestação em uma amostra de gestantes no Distrito Federal**. 2011. 52 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA 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**. Washington: PAHO, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Washington: PAHO, 2014.

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, jul./ago. 2005. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400027.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, ago. 2008.

SZWARCWALD, C. L.; et. al. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 19, n. 3/4, p. 128-133, nov. 2007.

VIEIRA, A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2005.

XIMENES, I. P. E. et al. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set., 2008.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.