

## Sífilis Congênita no Brasil: Uma análise do perfil epidemiológico de 2013 a 2022

Congenital Syphilis in Brazil: An analysis of the epidemiological profile from 2013 to 2022

Sífilis Congênita en Brasil: Un análisis del perfil epidemiológico de 2013 a 2022

Recebido: 21/11/2024 | Revisado: 29/11/2024 | Aceitado: 30/11/2024 | Publicado: 03/12/2024

### **Mariana Castro Mesquita Dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1881-150X>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: [marianamesquita10@gmail.com](mailto:marianamesquita10@gmail.com)

### **Amanda Rafaella Silva Santana**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9439-1542>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: [amandassrafaella@gmail.com](mailto:amandassrafaella@gmail.com)

### **Belmiro Firmino dos Santos Neto**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9801-7615>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: [belmiro12snts@gmail.com](mailto:belmiro12snts@gmail.com)

### **Ana Carolina Freire Abud**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2106-481X>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: [carolina.freire.abud@gmail.com](mailto:carolina.freire.abud@gmail.com)

### **Marcos Alexandre Santiago Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9157-0825>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: [marcospalexa@gmail.com](mailto:marcospalexa@gmail.com)

### **Halley Ferraro Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0123-7395>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: [halleyoliveira62@gmail.com](mailto:halleyoliveira62@gmail.com)

### **Resumo**

A Sífilis Congênita (SC) é causada pela transmissão vertical da bactéria *Treponema pallidum*, e ocorre em qualquer período gestacional e estágio da doença materna. A detecção precoce durante os cuidados pré-natais é essencial para um rápido início do tratamento, com intuito de prevenir danos ao desenvolvimento infantil. Esse estudo identifica e analisa as variáveis que interferiram no aumento das taxas de SC, e tem o objetivo de compreender o perfil epidemiológico dessa doença no Brasil, no período de 2013 a 2022. Foi desenvolvido um estudo ecológico de série temporal, descritivo e quantitativo usando dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nas seções do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), via TABNET. Observou-se um número elevado de casos de SC no Brasil, com resultados que ultrapassam os valores preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A análise sociodemográfica demonstrou uma maior incidência em crianças pardas, de até seis dias de vida, filhos de mulheres com baixa escolaridade que realizaram pré-natal. Assim, tal cenário aponta tanto para uma falha na assistência ao diagnóstico, quanto para um programa precário de tratamento para a sífilis gestacional no Brasil, visto que, mesmo com o pré-natal realizado, esses casos ainda aumentaram. A desigualdade social, portanto, mostra-se como um fator significativo no aumento da incidência da SC, o que indica a necessidade de uma oferta justa e igualitária desse serviço, como uma medida essencial.

**Palavras-chave:** Sífilis congênita; Epidemiologia, Brasil.

### **Abstract**

Congenital Syphilis (CS) is caused by vertical transmission of *Treponema pallidum* and can occur at any stage of pregnancy and any phase of maternal syphilis. Early detection during prenatal care is essential to initiate treatment and prevent harm to child development. This study identifies and analyzes the variables contributing to the increasing rates of CS and aims to understand the epidemiological profile of this disease in Brazil from 2013 to 2022. An ecological, descriptive, and quantitative time-series study was conducted using data from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System (DATASUS), specifically from the Notifiable of Disease Information System (SINAN) and the Live Birth Information System (SINASC), accessed via TABNET. A significant increase in CS cases was observed in Brazil, exceeding the maximum thresholds established by the World Health Organization (WHO) for acceptable incidence rates. Sociodemographic analysis revealed a higher incidence among children categorized as

"brown" in demographic records, up to six days old, born to women with low educational attainment who underwent prenatal care. This scenario highlights both shortcomings in diagnostic assistance and the inadequacy of gestational syphilis treatment programs in Brazil, as cases continued to rise despite prenatal care. Social inequality emerged as a significant factor in the increasing incidence of CS, underscoring the need for fair and equitable access to healthcare services as an essential measure.

**Keywords:** Congenital syphilis; Epidemiology; Brazil.

### Resumen

La Sífilis Congénita (SC) es causada por la transmisión vertical de la bacteria *Treponema pallidum* y puede ocurrir en cualquier período gestacional y en cualquier estadio de la enfermedad materna. La detección temprana durante el cuidado prenatal es esencial para un inicio rápido del tratamiento, con el objetivo de prevenir daños en el desarrollo infantil. Este estudio identifica y analiza las variables que influyeron en el aumento de las tasas de SC y tiene el objetivo de comprender el perfil epidemiológico de esta enfermedad en Brasil durante el período de 2013 a 2022. Se desarrolló un estudio ecológico de serie temporal, descriptivo y cuantitativo, utilizando datos proporcionados por el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS), en las secciones del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) y del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC), a través de TABNET. Se observó un elevado número de casos de SC en Brasil, con resultados que superan los valores máximos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El análisis sociodemográfico mostró una mayor incidencia en niños pardos, de hasta seis días de vida, hijos de mujeres con baja escolaridad y que realizaron atención prenatal. Este escenario señala tanto una falla en la asistencia para el diagnóstico como un programa deficiente de tratamiento de la sífilis gestacional en Brasil, ya que, incluso con el cuidado prenatal realizado, estos casos continúan aumentando. La desigualdad social, por lo tanto, se evidencia como un factor significativo en el aumento de la incidencia de la SC, lo que indica la necesidad de una oferta justa e igualitaria de estos servicios como medida esencial.

**Palabras clave:** Sífilis congénita; Epidemiología; Brasil.

## 1. Introdução

A sífilis congênita (SC), resultante da transmissão vertical do *Treponema pallidum* em gestantes não tratadas adequadamente, pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna (Brasil, 2006).

O prognóstico no nascimento está relacionado ao momento da infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação (Motta, 2018), visto que a taxa da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas varia entre 70 e 100%, nas fases primária e secundária da doença, número esse reduzido para cerca de 30% nas fases tardias da infecção materna (Brasil, 2006). Desse modo, quando o tratamento não é realizado ou não é feito corretamente, a criança pode apresentar as formas: precoce ou tardia (Motta, 2018).

A sífilis congênita precoce surge até o 2º ano de vida e o seu diagnóstico envolve tanto a investigação epidemiológica da mãe, quanto a análise clínica, laboratorial e de imagem da criança. Apesar disso, ao nascimento, a maioria das crianças são assintomáticas ou apresentam sinais inespecíficos, o que torna esse diagnóstico complexo. Entre as suas principais características estão prematuridades, baixo peso ao nascer, hepatoesplenomegalias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, lesões cutâneas, icterícia e anemia (Guerra et al., 2017).

Já a sífilis congênita tardia surge após os dois anos da criança e o seu diagnóstico também baseia-se em avaliações epidemiológicas, clínicas e laboratoriais. Além disso, é imprescindível investigar a possibilidade de esse menor ter entrado em contato com o *T. pallidum* pela via sexual. As manifestações clínicas da doença são decorrentes da inflamação cicatricial ou persistente da infecção precoce e apresentam-se com formação das gomas sífilíticas em diversos tecidos (Brasil, 2006).

Portanto, quanto mais precoce for instituído o tratamento, o risco de desfechos desfavoráveis à criança será mínimo. O tratamento da sífilis congênita consiste no uso da benzilpenicilina benzatina, única opção considerada eficaz e segura para manejo dessas gestantes, que deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular. O esquema terapêutico varia conforme a fase do diagnóstico da sífilis e o monitoramento deve ser feito todos os meses com teste não treponêmico (ex: VDRL/RPR), de preferência com o mesmo método diagnóstico (Brasil, 2022).

Entretanto, o aumento e a permanência desse cenário no Brasil é preocupante, visto que o coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita elevou-se em 54,4% (de 5,1 para 7,8 óbitos /100.000 nascidos vivos) quando comparados os anos

de 2012 e 2022 (Brasil, 2023). Esse cenário torna-se um alerta para a necessidade da compreensão dessa conjuntura, dado que a sífilis congênita é um importante marcador de um pré-natal eficiente, uma vez que pode ser facilmente evitada. Desse modo, analisar os aspectos epidemiológicos e o perfil envolvidos é uma ferramenta capaz de elucidar essa situação.

O presente estudo possui, desse modo, como objetivo compreender o perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil nos anos de 2013 a 2022.

## 2. Metodologia

A presente investigação documental de fonte direta em sistemas de informação da área de saúde e, consiste em um estudo ecológico de série temporal, de natureza descritiva e quantitativa (Pereira et al., 2018; Toassi & Petry, 2021), no período de 2013 a 2022, acerca dos casos de sífilis congênita no Brasil. Os dados utilizados foram obtidos por meio das notificações de casos da doença, acessíveis via TABNET nas seções do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os dados foram estratificados conforme os seguintes critérios: ano de diagnóstico, estado de residência, região de diagnóstico, sexo e raça da criança, faixa etária conforme o ano de diagnóstico, raça e faixa etária materna, nível de escolaridade da mãe, momento do diagnóstico da sífilis materna, realização de pré-natal, tratamento do parceiro, classificação final e evolução dos casos.

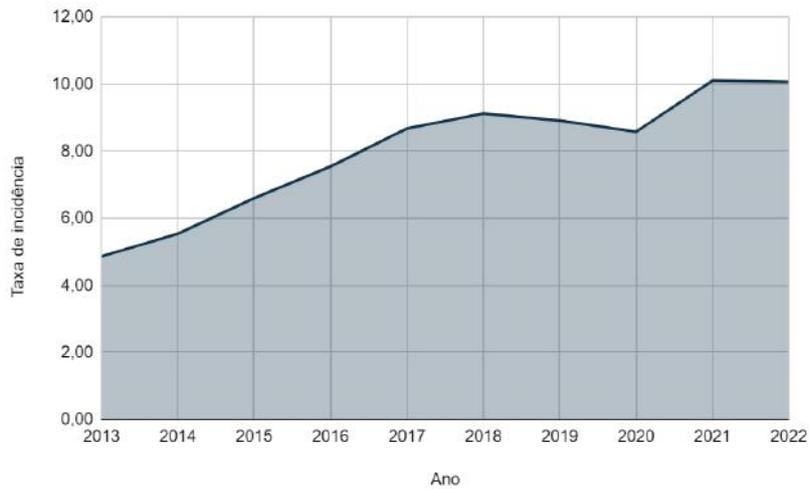
A análise foi realizada e organizada em gráficos, a partir do software Google Sheets. Após isso, a análise ocorreu, utilizando-se estatística descritiva (Shitsuka et al., 2014; Vieira, 2021): por meio de frequência absoluta (N) e relativa (%), média, Desvio Padrão (DP), e da taxa de incidência de sífilis congênita, que foi calculada a partir do total de casos de SC dividido pelo número nascidos vivos conforme o período analisado através do SINASC, multiplicando esse resultado por 1000.

O presente estudo está alinhado com os princípios éticos de pesquisa, estabelecidos pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula pesquisas envolvendo seres humanos. Além disso, foram utilizados dados de acesso público fornecidos pelo DATASUS, sem envolver a identificação dos sujeitos analisados, portanto, não se faz necessária a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

## 3. Resultados

No período estudado, de 2013 a 2022, foram notificados 225.889 casos de sífilis congênita no Brasil. A taxa média de incidência por 1000 nascidos vivos (NV) corresponde a 8 casos/ano, enquanto o desvio-padrão foi de 1,714. O ano de 2021 foi o ano com maior taxa de incidência de casos, apresentando 27.035 casos registrados, e uma taxa de 10,10 casos/1000 nascidos vivos (NV). Seguido pelo ano de 2022, com uma taxa de 10,06 e 25.785 casos, como apresentado na Figura 1. Ao comparar o ano de 2013, com uma taxa de incidência de 4,86 casos/1000 NV; com o ano de 2022, cuja taxa foi de 10,06 casos/1000 nascidos vivos (NV), observa-se um aumento percentual de 107% na incidência de casos.

**Figura 1** - Taxas de incidência de sífilis congênita no Brasil nos anos de 2013 a 2022.

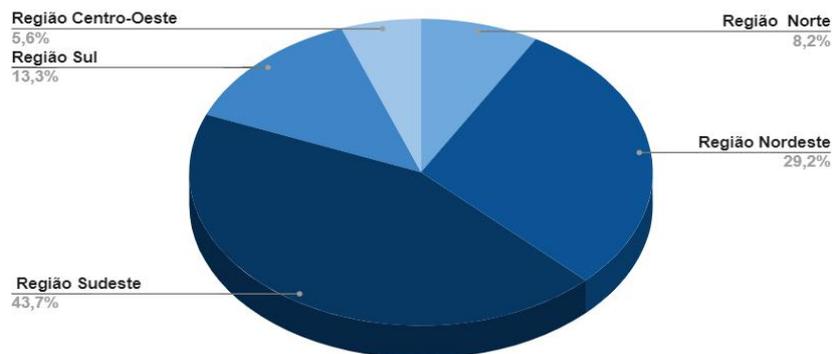


Fonte: Informações em saúde - TABNET (2024).

Verifica-se por meio da Figura 1, um crescimento aproximadamente linear ao longo dos anos. No período de 2018 e 2020, observa-se uma redução, seguida por um aumento significativo no período de 2020 a 2021. Por fim, registrou-se uma aparente estabilização entre os anos de 2021 e 2022. Esses padrões demandam estudos futuros e dados mais recentes para elucidar a tendência observada e os fatores determinantes.

A Região Sudeste apresentou o maior número de casos de sífilis congênita, cerca de 98.723 casos, representando 43,7%, seguido da Região Nordeste (29,2%), Sul (13,3%), Norte (8,2%) e Centro-oeste (5,6%), como mostra na Figura 2.

**Figura 2** - Casos de SC por regiões no Brasil.

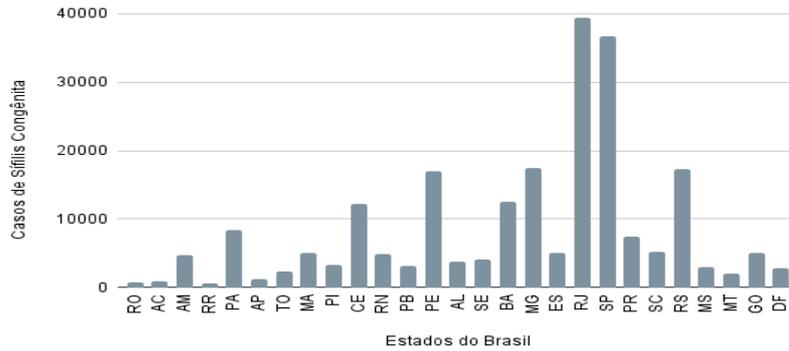


Fonte: Informações em Saúde – TABNET (2024).

Observa-se na Figura 2 que a grande maioria dos casos está localizada na Região Sudeste, podendo estar associada à maior quantidade de população nessa região, bem como a presença de quantidade maior de profissionais de saúde e/ou laboratórios, os quais podem facilitar a detecção de casos em relação a outras regiões.

O estado com maior número de casos foi o Rio de Janeiro, apresentando um número expressivo de 39.475 casos durante o período estudado. Seguido do São Paulo com 36.771 e Rio Grande do Sul com 17.341 casos no mesmo período, conforme a Figura 3.

**Figura 3** - Número de casos de sífilis congênita por estados no Brasil entre os anos de 2013 a 2022.



Fonte: Informações em Saúde – TABNET (2024).

Na Figura 3, pode-se constatar que o Estado do Rio de Janeiro conta com uma quantidade maior de casos em comparação ao Estado de São Paulo, apesar de este último possuir uma população cerca de três vezes maior. Essa discrepância pode estar relacionada a fatores como diferenças na eficiência de notificação, cobertura de políticas de rastreamento, contextos socioeconômicos ou padrões de acesso aos serviços de saúde. Assim, estudos futuros são necessários para investigar as possíveis causas desse fenômeno e elucidar os determinantes envolvidos.

Com base no perfil sociodemográfico das crianças envolvidas, apresentado na Tabela 1, foram observadas diversas características descritas a seguir. Cerca de 47,4% eram do sexo feminino e 46,5% do sexo masculino, em 6,1% dos casos foram ignorados esses critérios. Já com base na raça, houve uma maior prevalência de casos na raça parda, com cerca de 51,2% dos casos, seguido da Branca (24,3%); Preta (4,6%) e Indígena (0,6%), foram considerados Ignorados 19,4% nesta classificação nessa categoria.

Conforme a faixa etária de ano de diagnóstico, foi observada um maior quantitativo de casos no período de até 6 dias de vida, correspondendo a 213.904 casos, equivalente a 94,7% das notificações.

**Tabela 1 - Perfil das crianças envolvidas.**

VARIÁVEL	Amostra	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	105.167	46,5%
Feminino	107.020	47,4%
Ignorado/Branco	13.712	6,1%
<b>Raça/Etnia</b>		
Ign/Branco	43.946	19,4%
Branca	54.857	24,3%
Preta	10.286	4,6%
Amarela	508	0,2%
Parda	115.646	51,2%
Indígena	656	0,3%
<b>Faixa Etária</b>		
Até 6 dias	213.904	94,7%
7 a 27 dias	4.385	2,0%
28 dias a 1 ano	3.660	1,6%
1 a 2 anos	3.384	1,5%
2 a 4 anos	266	0,1%
5 a 12 anos	299	0,1%
Ignorado	1	0,0%
Total	225.899	100%

Fonte: Informações em Saúde – TABNET (2024).

No que se refere às condições maternas, foram analisados os seguintes aspectos como idade, escolaridade, realização do pré-natal e momento diagnóstico, como mostra a Tabela 2. Em relação à idade materna, foi observado um maior quantitativo de mulheres em idade reprodutiva entre 20 e 24 anos, correspondendo a cerca de 33,6% das ocorrências. Já referente à escolaridade, a maior incidência foi registrada em mães com ensino fundamental 2 incompleto (6º ao 9º ano), com cerca de 21,3% dos casos. Além disso, foi verificado que em 80,8% dos casos de SC houve a realização do pré-natal e 55,6% dos diagnósticos de Sífilis materna aconteceram durante esse período, enquanto 32,6% ocorreram durante o parto ou curetagem.

**Tabela 2 - Perfil materno.**

VARIÁVEL	Amostra	
	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
Ignorado/Em branco	5681	2,5%
Menor ou igual a 9 anos	6	0,0%
10 a 14 anos	1.920	0,8%
15 a 19 anos	49.920	22,1%
20 a 24 anos	75.992	33,6%
25 a 29 anos	47.284	20,9%
30 a 34 anos	26.971	11,9%
35 a 39 anos	13.746	6,1%
40 a 44 anos	4.060	1,8%
45 a 49 anos	303	0,1%
50 anos ou mais	16	0,0%
<b>Escolaridade</b>		
Ign/Branco	65.283	28,9%
Analfabeto	1.419	0,6%
1ª a 4ª série incompleta do EF	9.838	4,4%
4ª série completa do EF	7.010	3,1%
5ª a 8ª série incompleta do EF	48.101	21,3%
Ensino fundamental completo	22.469	9,9%
Ensino médio incompleto	28.075	12,4%
Ensino médio completo	38.153	16,9%
Ensino superior incompleto	2.353	1,0%
Ensino superior completo	2.027	0,9%
Não se aplica	1.171	0,5%
<b>Realização Pré-natal</b>		
Sim	182.698	80,8%
Não	30.476	13,5%
Ignorado/Branco	12.825	5,7%
<b>Momento Diagnóstico</b>		
Ignorado/Branco	10.019	4,4%
Pré-Natal	125.584	55,6%
Parto/Curetagem	73.709	32,6%
Após o parto	15.058	6,7%
Não realizado	1.529	0,7%
<b>Total</b>	<b>225.889</b>	<b>100%</b>

Fonte: Informações em Saúde – TABNET (2024)

Em relação às condições do pré-natal e diagnóstico, foram analisadas a realização do tratamento do parceiro sexual, a classificação da Sífilis na criança, e a evolução do caso, como evidenciado na Tabela 3. Elucidou-se que, em mais da metade dos casos, não ocorreu tratamento do parceiro (55,4%) e em 26,7% essa informação estava ausente. Quanto à classificação, quase a totalidade dos casos analisados corresponde à Sífilis Congênita Recente (93,1%), seguido por Natimortos/Abortos por Sífilis (3,7%), Descartado (3,0%) e Sífilis Congênita Tardia (0,2%). Já com relação à evolução do caso, 93,8% estavam vivos e apenas 0,8% foram a óbito pelo agravo notificado.

**Tabela 3 - Condições do pré-natal e Diagnóstico.**

VARIÁVEL	Amostra	
	N	%
<b>Tratamento do parceiro</b>		
Ignorado/Branco	60.231	26,7%
Sim	40.425	17,9%
Não	125.243	55,4%
<b>Classificação Final</b>		
Sífilis Congênita Recente	210.409	93,1%
Sífilis Congênita Tardia	341	0,2%
Natimorto/Aborto por Sífilis	8.275	3,7%
Descartado	6.874	3,0%
<b>Evolução*</b>		
Ignorado/Branco	8.200	3,9%
Vivo	197.730	93,8%
Óbito pelo agravo notificado	3.163	1,5%
Óbito por outra causa	1.657	0,8%
<b>Total</b>	<b>225.889</b>	<b>100%</b>

\* total de dados coletados no datasus referentes a evolução equivalente a 210.750 casos

Fonte: Informações em Saúde – TABNET (2024).

#### 4. Discussão

O Brasil enfrenta um problema de saúde pública de grande magnitude em relação à sífilis congênita, com base nos dados analisados, haja vista o elevado número de casos e as graves consequências de um desfecho evitável na gestação, que se torna responsável por sequelas, malformações, quando não culminam em aborto espontâneo ou morte perinatal (Magalhães, 2011). A taxa média de incidência por 1.000 NV de 8 casos/ano no período analisado e o aumento de 107% na incidência, quando comparados os anos de 2013 e 2022, reforçam a necessidade urgente de medidas eficazes para o controle e eliminação da doença. Esse cenário demonstra o não cumprimento da meta proposta de 01 caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano, em 1997 (Brasil, 2006). Além disso, destaca a difícil missão de alcançar tanto o valor estabelecido segundo a OMS (2021) (0,5 casos por 1.000 nascidos vivos/ano), quanto a nova meta do Ministério da Saúde que prevê a redução da incidência de sífilis congênita para 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos/ano até 2030 (Ministério da saúde, 2022).

Os dados encontrados no presente estudo reforçam o alerta do Ministério da Saúde, que demarca a elevação de casos em diversas regiões do país, principalmente na região sudeste (Brasil, 2023). Essa preocupante tendência é corroborada por pesquisas em diversos estados brasileiros que revelam uma crescente evolução temporal da SC. Exemplos desse crescimento foram encontrados em estudos de Santa Catarina (no período 2007-2017), Sergipe (entre 2006 a 2017) e Goiás (2007 a 2014). Em Santa Catarina, observou-se um crescimento exponencial de 0,9 ponto porcentual ao ano (Vescovi, 2020), enquanto em Sergipe apresentou um crescimento anual de 14,78% (Costa, 2019), já em Goiás o coeficiente de incidência de sífilis congênita teve um aumento de 8,3 vezes (Nunes, 2018).

Quanto ao estado do Rio de Janeiro, evidenciado com o maior número de casos (39.475) nos anos de 2013 a 2022, foram encontrados estudos que demonstram e explicam a elevação da SC na capital como um resultado do aumento da detecção de sífilis em gestantes (Carvalho et. al 2024), das disparidades socioeconômicas e da incompletude do preenchimento dos dados do SINAN, dificultando a implementação de ações eficazes a partir da melhor compreensão desse cenário (Paiva, 2023).

Referente ao perfil epidemiológico infantil, os dados apontaram uma proximidade de casos entre crianças dos sexos feminino e masculino. Isso acontece, pois a transmissão da sífilis congênita ocorre tanto por via transplacentária quanto por contato direto com lesões maternas no momento do parto (Brasil, 2022), de modo que a doença pode afetar igualmente os bebês independentes do sexo. A maior prevalência dos eventos em crianças pardas pode estar relacionada com a maioria da população brasileira se autodeclarar dessa raça (IBGE, 2022). No que diz respeito à faixa etária do diagnóstico, os resultados mostram a predominância da identificação precoce da doença, visto que 94,7% das notificações ocorreram no período de até 6 dias de vida. Dessa forma, embora esses casos deveriam ter sido identificados e tratados ainda no pré-natal, para que as crianças não fossem afetadas, esse panorama revela o cumprimento da triagem neonatal para Sífilis, uma vez que é proposta a realização do VDRL de todos os RN cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis (Domingues & Sadeck, 2017).

Em relação aos dados maternos, foi possível observar uma maior prevalência da infecção em mulheres com idade reprodutiva entre 15 e 29 anos, somando um total de 76,6% dos casos notificados. Segundo Pereira et al. (2020), isso ocorre, pois a Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), e mulheres mais jovens podem estar mais suscetíveis a infecção em virtude das relações sexuais desprotegidas. Ademais, também foi possível entender que mulheres com menor nível de escolaridade e que se autodeclararam pardas estão mais vulneráveis ao diagnóstico da sífilis. Dessa maneira, fica claro o entendimento de que as desigualdades em saúde estão diretamente ligadas às estruturas sociais e refletem o grau de iniquidade presente em cada sociedade (Barata, 2009), o que resulta em menor acesso à saúde de forma integral, baixa prevenção e conseqüentemente um aumento no número de casos notificados.

No quesito realização do pré-natal entre as gestantes que transmitiram verticalmente a sífilis para os seus filhos durante o período analisado, observou-se um quantitativo expressivo (80,8%), além de que 55,6% dos casos estudados foram diagnosticados durante o pré-natal, enquanto 32,6% diagnosticaram durante o parto/curetagem. Quanto a isso, sabe-se que a forma mais efetiva de controlar a sífilis congênita consiste em oferecer a toda gestante uma assistência de pré-natal adequada, com captação precoce da gestante, cumprimento do calendário mínimo de consultas, realização do VDRL no primeiro trimestre, tratamento da gestante e do(s) parceiro(s), documentação dos resultados na caderneta da gestante e notificação dos casos de SC (Brasil, 2005). Sendo assim, os números sugerem a falha do pré-natal realizado por essas mulheres, uma vez que, apesar da sua significativa realização, ainda houve o desfecho de sífilis congênita, bem como ressaltam a ineficiência em diagnosticar a gestante no momento oportuno.

O presente estudo revelou também que não houve tratamento do parceiro concomitantemente à gestante em 55,4% dos casos, além de que essa informação foi ignorada em outros 26,7%. A extensão do tratamento ao(s) parceiro(s) é imprescindível para a terapêutica segura da gestante a fim de evitar a sua reinfecção e anular os riscos da transmissão vertical, o que deve acontecer até 30 dias antes do parto com uso da Penicilina G Benzatina (Brasil, 2006) e requer uma assistência integral à gestante e sua família durante toda a gestação.

Por esses motivos, os casos de sífilis congênita funcionam, epidemiologicamente, como indicadores da qualidade da assistência pré-natal no país (Lorenzi, 2001), os quais revelam, perante esse estudo, considerável deficiência, principalmente na instauração e seguimento do tratamento da gestante e do(s) parceiros(s), e no diagnóstico oportuno da Sífilis gestacional.

Os dados sobre sífilis congênita proporcionam uma análise detalhada dos desfechos e da progressão dos casos monitorados. Houve uma alarmante proporção de 3,7% de natimortos ou abortos devido à sífilis, indicando um desfecho adverso direto da doença na gravidez. A grande maioria dos casos (93,1%) foi classificada como Sífilis Congênita Recente, mas apesar dos esforços para o diagnóstico precoce, esses bebês são comumente associados a complicações como nascimento prematuro ou baixo peso ao nascer, por terem maior probabilidade de nascimento prévio a 37 semanas de gestação e com peso inferior a 2,5 kg (Gomez, 2013). Em nosso estudo, essas condições foram mais comuns entre os recém-nascidos com sífilis congênita do que

entre aqueles sem SC, conforme demonstrado anteriormente na literatura. Por outro lado, 0,2% dos casos foram diagnosticados como sífilis congênita tardia.

Embora a mortalidade representa uma estimativa menor em relação aos NV, os desafios para os nascidos com sífilis congênita não terminam no nascimento. Nascidos vivos com SC apresentam um risco aumentado de mortalidade que vai além do primeiro ano de vida. Este risco é diretamente proporcional aos títulos não treponêmicos infantis e à presença de sinais e sintomas de SC ao nascer, devido às diversas manifestações no sistema nervoso central, hematológicas, hepáticas e esplênicas (McDermott, 1993). Foi observado em estudo de Paixão (2023) que, quanto maior a presença de anticorpos nos testes sorológicos das crianças, maior o risco de morte, chegando a ser até oito vezes maior em comparação com crianças sem sífilis. Além disso, a presença de sintomas também foi associada a um risco aumentado de mortalidade, chegando a ser sete vezes maior.

Quanto à evolução dos casos, a vasta maioria dos bebês diagnosticados com sífilis congênita sobreviveu (93,8%), o que pode sugerir a eficácia do tratamento quando iniciado adequadamente. No entanto, 1,5% dos casos resultaram em óbito diretamente atribuído à sífilis congênita, destacando a gravidade das complicações da doença não tratada ou tratada de maneira inadequada. Por outro lado, a categoria de óbitos por outras causas (0,8%) indica que alguns bebês diagnosticados com SC podem ter falecido por motivos não relacionados à doença, enfatizando a complexidade no manejo de pacientes com múltiplas condições de saúde e a importância de uma abordagem integral no cuidado materno-infantil.

## 5. Conclusão

O estudo, através da análise dos casos de sífilis congênita no Brasil entre os anos de 2013 e 2022, conclui que o cenário da doença no país é crítico, pois, embora haja meios para diagnóstico e tratamento adequados, a taxa de incidência anual continua muito acima da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para erradicação da SC.

Esses altos índices demonstram, de maneira evidente, uma falha clara no método assistencial brasileiro e ressaltam que as desigualdades sociais distanciam essas gestantes de um pré-natal adequado, uma vez que os filhos de mulheres pardas, jovens e de baixa escolaridade são os mais afetados pela sífilis congênita. Esse drástico cenário é um alerta sobre a necessidade de mudanças no pré-natal, tanto por meio de um melhor acompanhamento dos testes treponêmicos no período gestacional, bem como de uma melhor adesão no tratamento dos parceiros sexuais. Além disso, é de extrema importância a capacitação profissional no que se refere ao preenchimento das fichas de notificação compulsória, pois a carência dos dados fornecidos prejudica a análise epidemiológica.

Portanto, uma vez que, por meio do presente estudo, estão destrinchadas as variáveis que impõem dificuldades à superação da SC no Brasil, é de extrema importância que novos trabalhos acadêmicos sejam desenvolvidos, de modo a aprofundar a discussão em cada um desses aspectos e obter soluções concretas para cada obstáculo. Dessa forma, a comunidade científica terá à disposição uma gama de evidências necessárias para auxiliar e cobrar do poder governamental mudanças nesse panorama.

## Referências

- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Editora Fiocruz.
- Brasil. (2022). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, & Secretaria de Vigilância em Saúde. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf).
- Brasil. (2022). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pedt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pedt-ist-2022_isbn-1.pdf/view).
- Brasil. (2023). Boletim Epidemiológico - Sífilis 2023: Número Especial. | Out. 2023 - versão eletrônica. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel/transmissao-vertical/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2023>

- Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2022). Pacto nacional para a eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas como problema de saúde pública. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf>.
- Brasil. (2005). Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_controle\\_sifilis\\_congenita.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf).
- Brasil. (2006). Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso/Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sifilis\\_bolso.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf).
- Carvalho, M. L. M., Rodrigues, L. M. R., de Lucena, G. M., Ferreira, P. C. L., da Silva, L. M., Pedrozo, I. P., & Perdigão, R. M. (2024). Análise do panorama da sífilis congênita em 2022 no rio de janeiro. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(5), 5432-5439. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.14250>
- Conceição, H. N., Câmara, J. T. & Pereira, B. M. (2019). Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde em debate*, 43(123), 1145-58, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>
- Costa, J. S., dos Santos-Júnior, F. M., Moreira, R. S. & de Oliveira Góes, M. A. (2019). Tendência temporal da sífilis congênita em Sergipe, Brasil, 2006-2017. *Revista de Saúde Coletiva da UFEFS*, 9, 8-15. DOI: <https://doi.org/10.13102/rsdauufs.v9.3356>.
- De Lorenzi, D. R. S., & Madi, J. M. (2001). Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 23, 647-652. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032001001000006>.
- Domingues, C. S. B., Duarte, G., Passos, M. R. L., Sztajn bok, D. C. D. N., & Menezes, M. L. B. (2021). Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e2020597. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100005.espl>.
- Domingues, C., & Sadeck, L. (2017). Aspectos epidemiológicos e preventivos da sífilis congênita. *Revista Pediatra: atualize-se*, 2(5), 4-8. ISSN, 2448-4466. <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>.
- Sífilis congênita e sífilis na gestação. (2008). *Revista De Saúde Pública*, 42(4), 768-772. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400026>.
- Gomez, G. B., Kamb, M. L., Newman, L. M., Mark, J., Broutet, N., & Hawkes, S. J. (2013). Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 217-26. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.107623>.
- Guerra, H. S., da Costa, C. V., dos Santos, I. A. B., da Silva, J. M., & Barcelos, T. F. (2017). Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 46 (3), 194-202. <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/94>.
- IBGE. (2022). *Panorama do Censo 2022*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.
- Magalhães, D. M. D. S., Kawaguchi, I. A. L., Dias, A., & Paranhos Calderon, I. D. M. (2011). A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Commun. Ciênc. Saúde*, 43-54. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24891>.
- McDermott, J., Steketee, R., Larsen, S., & Wirima, J. (1993). Syphilis-associated perinatal and infant mortality in rural Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 71 (6), 773. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2393540/>.
- Motta, I. A., Delfino, I. R. S., dos Santos, L. V., Morita, M. O., Gomes, R. G. D., Martins, T. P. S., Carellos, E. V. M., & Romanelli, R. M. C. (2018). Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 28(Supl. 6), e-S280610. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180102>.
- Nunes, P. S., Zara, A. L. D. S. A., Rocha, D. F. N. D. C., Marinho, T. A., Mandacará, P. M. P., & Turchi, M. D. (2018). Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(4), e2018127. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400008>.
- Paiva, M. F. D. C. M. D., & Fonseca, S. C. (2023). Sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro, 2016-2020: perfil epidemiológico e completude dos registros. *Medicina* (Ribeirão Preto, Online). DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.198451>
- Paixao, E. S., Ferreira, A. J., Dos Santos, I. O., Rodrigues, L. C., Fiaccone, R., Salvi, L., ... & Ichihara, M. Y. (2023). Mortality in children under 5 years of age with congenital syphilis in Brazil: A nationwide cohort study. *Plos Medicine*, 20(4), e1004209. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004209>
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. UFSM.
- Pereira, A. L., Silva, L. R. D., Palma, L. M., Moura, L. C. L., & Moura, M. D. A. (2020). Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. *Femina*, 48(9), 563-70. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122585/femina-2020-489-563-567.pdf>.
- Shitsuka, R. et al. (2014). *Matemática fundamental para tecnologia*. (2a ed.). Editora Erica.
- Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). *Metodologia científica aplicada à área da Saúde*. (2a ed.). Editora da UFRGS.
- Vescovi, J. S., & Schuelter-Trevisol, F. (2020). Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal. *Revista Paulista de Pediatria*, 38, e2018390. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018390>.
- Vieira, S. (2021). *Introdução à bioestatística*. Ed. GEN/Guanabara Koogan.
- WHO. (2021). Global guidance on criteria and processes for validation of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>.