

**Avaliação epidemiológica da sífilis congênita na região Nordeste do Brasil**  
**Epidemiological evaluation of congenital syphilis in Northeastern Brazil**  
**Evaluación epidemiológica de la sífilis congénita en el Noreste de Brasil**

Recebido: 09/07/2020 | Revisado: 15/07/2020 | Aceito: 20/07/2020 | Publicado: 02/08/2020

**Elison Costa Holanda**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9130-7873>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: [holandap2@outlook.com](mailto:holandap2@outlook.com)

**Larissa Conceição da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0173-1513>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: [larissafarmaufpi@oulook.com](mailto:larissafarmaufpi@oulook.com)

**Maria Carolina de Sousa Brito**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7372>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: [carol.sousab@hotmail.com](mailto:carol.sousab@hotmail.com)

**Patrícia Caroline Machado de Sousa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0866-7235>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: [patricia\\_caroline4@outlook.com](mailto:patricia_caroline4@outlook.com)

**Evaldo Hipólito de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4180-012X>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

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

**Resumo**

O presente estudo tem por objetivo estudar a prevalência de sífilis congênita no Nordeste do Brasil de 2009-2018. Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo e descritivo de cunho populacional, utilizando-se dados secundários, no qual foi realizada uma pesquisa de casos de Sífilis congênita, obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Avaliando aspectos relacionados ao ano de diagnóstico de sífilis congênita no recém-nascidos, na idade gestacional, em informação sobre realização de pré-natal da mãe,

escolaridade, faixa etária da gestante e o momento do diagnóstico. Os dados foram Tabulados, utilizando os programas TABNET e *Microsoft Office Excel* 2019. No período em estudo foram confirmados 56985 casos de recém-nascidos com sífilis na Região Nordeste do Brasil, com média de 5.698,5 casos por ano. Em 2018, foi registrado o maior número de casos novos (n=14705), e em 2009, o menor número (n=1983) e apontou-se um aumento na frequência de casos de sífilis congênita a partir de 2009 até 2018. O maior número de casos de sífilis ocorreu em gestantes com fundamental incompleto e de 20 a 39 anos com 3.278 e 14.109 em 2018 respectivamente. A identificação dos casos de sífilis materna foi realizada principalmente no momento do parto (53,2%). Destacou-se ainda a crescente prevalência de pré-natal de 2009 a 2017, com maior ano de 2017, com 5640 notificações. Assim, o aumento da incidência no período gestacional e a consequente elevação de casos de sífilis congênita só poderá ser minimizada e controlada quando as medidas de prevenção e controle forem satisfatoriamente aplicadas.

**Palavras- chaves:** Infecção sexualmente transmissível; Cuidado no pré-natal; Saúde materno-infantil.

### **Abstract**

The present study aims to study the prevalence of congenital syphilis in Northeastern Brazil from 2009-2018. It is an epidemiological, retrospective and descriptive study of a population nature, using secondary data, in which a case study was carried out. Congenital syphilis, obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN). Assessing aspects related to the year of diagnosis of congenital syphilis in newborns, gestational age, information on the mother's prenatal care, education, pregnant woman's age and the time of diagnosis. The data were tabulated, using the TABNET and Microsoft Office Excel 2019 programs. During the study period, 56,985 cases of newborns with syphilis in the Northeast of Brazil were confirmed, with an average of 5,698.5 cases per year. In 2018, the highest number of new cases was registered (n = 14705), and in 2009, the lowest number (n = 1983) and there was an increase in the frequency of cases of congenital syphilis from 2009 to 2018. The a greater number of syphilis cases occurred in pregnant women with incomplete primary education and aged 20 to 39 years old with 3,278 and 14,109 in 2018 respectively. The identification of cases of maternal syphilis was performed mainly at delivery (53.2%). Also noteworthy was the increasing prevalence of prenatal care from 2009 to 2017, with the highest year of 2017, with 5640 notifications. Thus, the increased incidence in the gestational

period and the consequent increase in cases of congenital syphilis can only be minimized and controlled when prevention and control measures are satisfactorily applied.

**Keywords:** Sexually transmitted infection; Prenatal care; Maternal and child health.

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo estudiar la prevalencia de la sífilis congénita en el noreste de Brasil entre 2009 y 2018. Es un estudio epidemiológico, retrospectivo y descriptivo de carácter poblacional, utilizando datos secundarios, en el que se realizó un estudio de caso. Sífilis congénita, obtenida del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (SINAN). Evaluar aspectos relacionados con el año de diagnóstico de sífilis congénita en recién nacidos, edad gestacional, información sobre el cuidado prenatal de la madre, educación, edad de la mujer embarazada y el momento del diagnóstico. Los datos se tabularon utilizando los programas TABNET y Microsoft Office Excel 2019. Durante el período de estudio, se confirmaron 56,985 casos de recién nacidos con sífilis en el noreste de Brasil, con un promedio de 5,698.5 casos por año. En 2018, se registró el mayor número de casos nuevos ( $n = 14705$ ), y en 2009, el número más bajo ( $n = 1983$ ) y hubo un aumento en la frecuencia de casos de sífilis congénita de 2009 a 2018. El Se produjo un mayor número de casos de sífilis en mujeres embarazadas con educación primaria incompleta y de 20 a 39 años con 3,278 y 14,109 en 2018, respectivamente. La identificación de casos de sífilis materna se realizó principalmente en el momento del parto (53,2%). También fue notable la creciente prevalencia de atención prenatal de 2009 a 2017, con el año más alto de 2017, con 5640 notificaciones. Por lo tanto, el aumento de la incidencia en el período de gestación y el consiguiente aumento en los casos de sífilis congénita solo se pueden minimizar y controlar cuando las medidas de prevención y control se aplican satisfactoriamente.

**Palabras clave:** Infección de transmisión sexual; Cuidado prenatal; Salud maternal e infantil.

## 1. Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica. Seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*, uma espiroqueta adquirida durante relações sexuais desprotegidas ou por transmissão vertical (Ramos & Boni, 2018). Cita-se assim a sífilis congênita (SC), uma infecção do feto em decorrência da passagem do treponema pela placenta (Souza et al., 2018a). A evolução da Sífilis congênita está interligada com os estágios e o tempo da infecção. Por este motivo, os sinais e sintomas alternam períodos de atividade com

características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) com períodos de latência (sífilis latente). Vale ressaltar que a maior frequência da transmissão vertical ocorre nas fases primária e secundária da doença (Souza et al., 2018).

Portanto, o tratamento adequado da sífilis congênita se faz imprescindível, por reduzir em 97 % a ocorrência deste problema de saúde (Cazarin & Maciel, 2018), fato este que dependerá de quatro fatores, como a identificação de sífilis na mãe, adequação ao tratamento, presença de evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas no neonato e comparação da sorologia não-treponêmica materna e do neonato (Sonda et al., 2013). O medicamento de escolha para a sífilis congênita é a penicilina benzatina administrada via parenteral, sendo realizada nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (Guimarães et al., 2018).

Além disso, a sífilis congênita é uma doença prevenível, desde que a gestante infectada seja diagnosticada e prontamente tratada, assim como seu parceiro sexual, sendo sua ocorrência indicativa de falhas na assistência pré-natal (Nonato et al., 2015). Mostram-se que das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis congênita é a que tem as maiores taxas de transmissão. Assim, alerta-se que esta doença é responsável por altos índices de morbimortalidade fetal e neonatal (Silva et al., 2019). Aproximadamente 50% das gestantes inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao concepto (Nonato et al., 2015). Fato este que agrava pôr a contaminação do feto pela transmissão vertical tem maior probabilidade na sífilis primária que varia entre 70-100% dos casos, pois há um maior número de *T. pallidum* no sangue. Apesar da possibilidade de contaminação do feto decrescer com a evolução da doença na mãe, na sífilis secundária a probabilidade é 40% e na fase latente é de 10% (Silva & Rodrigues, 2018). E dentre os conceptos infectados, 20-40% são abortados, 20-25% são natimortos e 15- 55% se tornam recém-nascidos (RN) prematuros dos RN portadores de SC assintomáticos ou oligossintomáticos ao nascer (Feitosa et al., 2016).

Em virtude disso, estes 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 e neurosífilis, o que gera inúmeros problemas de saúde e sociais (Cazarin & Maciel, 2018). Desse modo, a maioria dos neonatos portadores de Sífilis Congênita necessitam ficar por um período maior em Unidades de Terapia Intensiva. Os procedimentos prestados em recém-nascidos com sífilis representam custo três vezes superior aos cuidados gastos a um bebê sem essa infecção (Sonda et al., 2013). Fato este que aponta para a necessidade de valorização da anamnese

materna e interpretação adequada de testes sorológicos realizados durante o pré-natal (Feitosa et al., 2016).

A SC é uma doença que ocupa uma importância significativa entre os problemas mais frequentes de saúde pública em todo o mundo (Ramos & Boni, 2028) e a sua incidência representa um importante indicador da qualidade da atenção materno-infantil (Sonda et al., 2013). Nota-se, por conta disso, o controle desta é uma das metas de organismos de saúde nacionais e internacionais (Silva et al., 2019). A Organização Mundial de Saúde estima que 1% das gestantes estejam infectadas (Motta et al., 2018) e que 12 milhões de novos casos de sífilis ocorrem no mundo a cada ano. Entre as gestantes, a estimativa é de 1,5 a dois milhões de casos, resultando em mais de 300 mil óbitos fetais e neonatais anualmente, além de um adicional de 215 mil crianças com risco aumentado de morte prematura (Holzmann et al., 2018). A região das Américas apresenta a segunda maior prevalência de sífilis congênita e o terceiro maior número de casos (Domingues & Leal, 2016).

Assim, nos dias atuais, a sífilis congênita é considerada uma doença reemergente que vem atingindo grandes proporções com o aumento da incidência, sendo de notificação compulsória no Brasil, desde 1986 (Souza et al., 2018). Porém, estima-se que possa haver uma subnotificação de até 67%, mesmo com o uso do Sistema Nacional de Notificações e Agravos de Doenças (Sonda et al., 2013). No Brasil, estima-se atualmente uma prevalência de SC de aproximadamente 1%, o que corresponderia a cerca de 30 mil casos por ano. A notificação de casos também tem aumentado em todas as regiões do país, tendo alcançado a incidência de 4,7 casos por mil nascidos vivos em 2013 (Domingues & Leal, 2016). E é na região Nordeste (3,8/1000NV) e a Sudeste (3,6/1000NV) que apresentaram as maiores taxas (Silva et al., 2019). Assim, o País vem buscando a eliminação da sífilis congênita há décadas, mas, apesar dos vários avanços alcançados, a complexidade dos fatores que influenciam na cadeia de transmissão continua sendo um desafio (Guimarães et al., 2018).

Diante do reconhecimento da sífilis congênita como problema de saúde pública, torna-se imperioso conhecer a dimensão da doença em nível regional (Guimarães et al., 2018). Em decorrência disso, esta pesquisa tem o objetivo de descrever as características da sífilis congênita no Nordeste do Brasil entre os anos de 2009 e 2018.

## **2. Metodologia**

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo utilizando dados secundários, no qual foi realizada uma pesquisa epidemiológica de casos de sífilis congênita notificados no

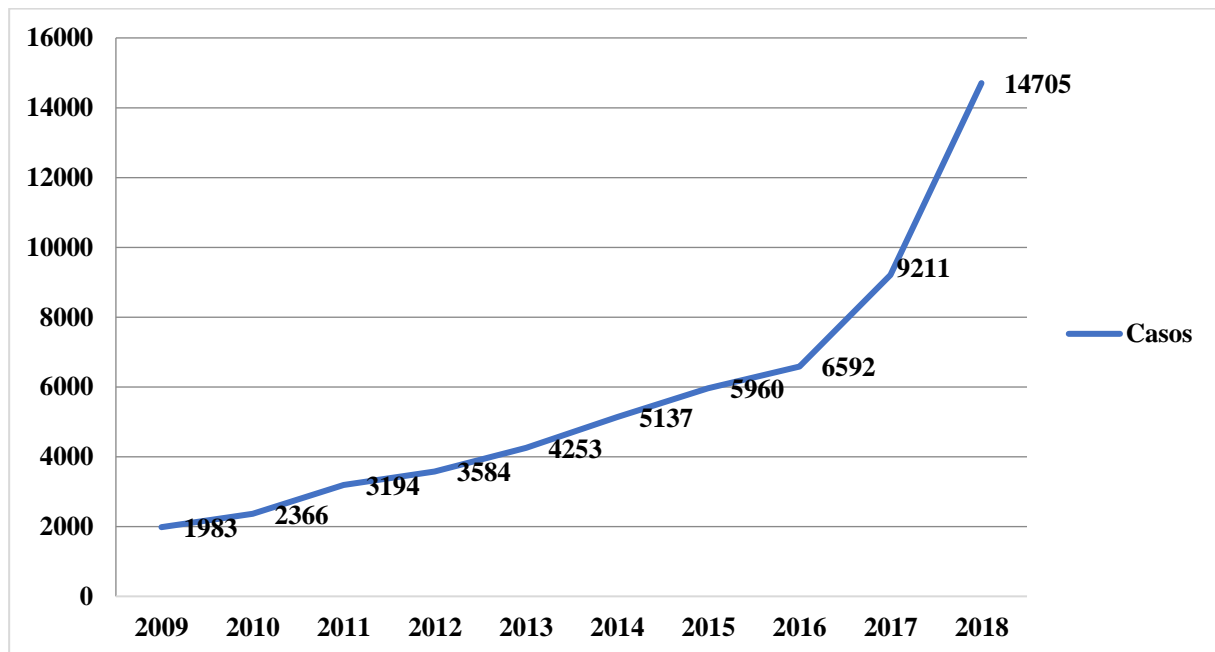
Nordeste do Brasil, no período de 2009 a 2018. Os dados foram coletados no site do DataSUS, a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As informações estão na seção de informação de saúde (TABNET), na opção epidemiologia e morbidades. Devido ao estudo ter utilizado somente dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do DataSUS não houve necessidade de submeter essa pesquisa ao Comitê de Ética de acordo com a Resolução CNS 466/12.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e através do Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), somente entre os anos de 2009 a 2020. Avaliando aspectos relacionados ao ano de diagnóstico de sífilis congênita no recém-nascidos, na idade gestacional, em informação sobre realização de pré-natal da mãe, escolaridade e faixa etária da gestante, por fim o momento do diagnóstico da sífilis congênita. As tabelas e gráficos foram calculados através de frequências absolutas e percentuais, sendo processados nos programas *Microsoft Office* e *Microsoft Excel 2019* e *Tab* para *Windows* (TabWin) versão 4.14.

### **3. Resultado e Discussão**

De acordo com os dados do Gráfico 1, foram notificados 56.985 casos de recém-nascidos de gestantes com sífilis na Região Nordeste do Brasil de 2009-2018, com média de 5.698,5 casos por ano. Em 2018, foi registrado o maior número de casos novos (n=14.705), e em 2009, o menor número (n=1.983) e apontou-se um aumento na frequência de casos de sífilis congênita a partir de 2009 até 2018. Em 2010, eram 2.366 casos, seguindo-se de 3.194, 3.584, 4.253, 5.137, 5.960, 6.592 e 9.211 em 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017, respectivamente. Assim, observou-se um aumento de 86,5% dos casos notificados, comparando-se as cifras de 2009 com as de 2018. Porém, em 2017, houve ainda um aumento significativo dos casos em relação aos períodos anteriores na região Nordeste do Brasil com registro de 9.211 casos, enquanto em 2018 foi registrado 14.705, um aumento de 37,3%.

**Gráfico 1:** Número de casos de recém-nascidos com sífilis congênita por ano de diagnóstico no Nordeste durante período de 2009-2018.



Fonte: SINAN Net. (Dados exportados em julho de 2020, sujeito às alterações).

Em 2006, a taxa observada de sífilis congênita no Brasil era de 2,0 casos por mil nascidos vivos, já em 2016, foram notificados 20.474 casos de sífilis congênita, com taxa de 6,8 por mil nascidos vivos. E nos últimos 10 anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. Em 2016, foi declarado no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) um total de 185 óbitos por sífilis em crianças menores de um ano, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 6,1 por 100.000 nascidos vivos (Motta et al., 2018). No Nordeste do Brasil de acordo com o Gráfico 1, o número de casos notificados de sífilis em recém-nascidos tem aumentado a cada ano. Fato este que acompanha a tendência nacional.

Este crescimento significativo pode ser atribuído em parte pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos em Unidades Básicas de Saúde nos estados do Nordeste no Brasil (Motta et al., 2018). Cita-se ainda o melhoramento do sistema de vigilância, resistência a penicilina (Silva & Rodrigues, 2018), antecedentes de risco obstétrico, número insuficiente de consultas, assim como à ausência de aconselhamento e à falta tratamento do parceiro (Feitosa et al., 2016). Segundo Leal et al., (2015) os principais fatores responsáveis pela elevada incidência da sífilis congênita são a assistência pré-natal inadequada, a associação a doença a pobreza, infecção pelo HIV, abuso de drogas e subutilização do sistema de saúde. Enquanto, os fatores de risco individuais para o aumento



de sífilis congênita incluem gestantes adolescentes, etnia não branca, baixa escolaridade, história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), história de sífilis em gestações anteriores, múltiplos parceiros e baixa renda.

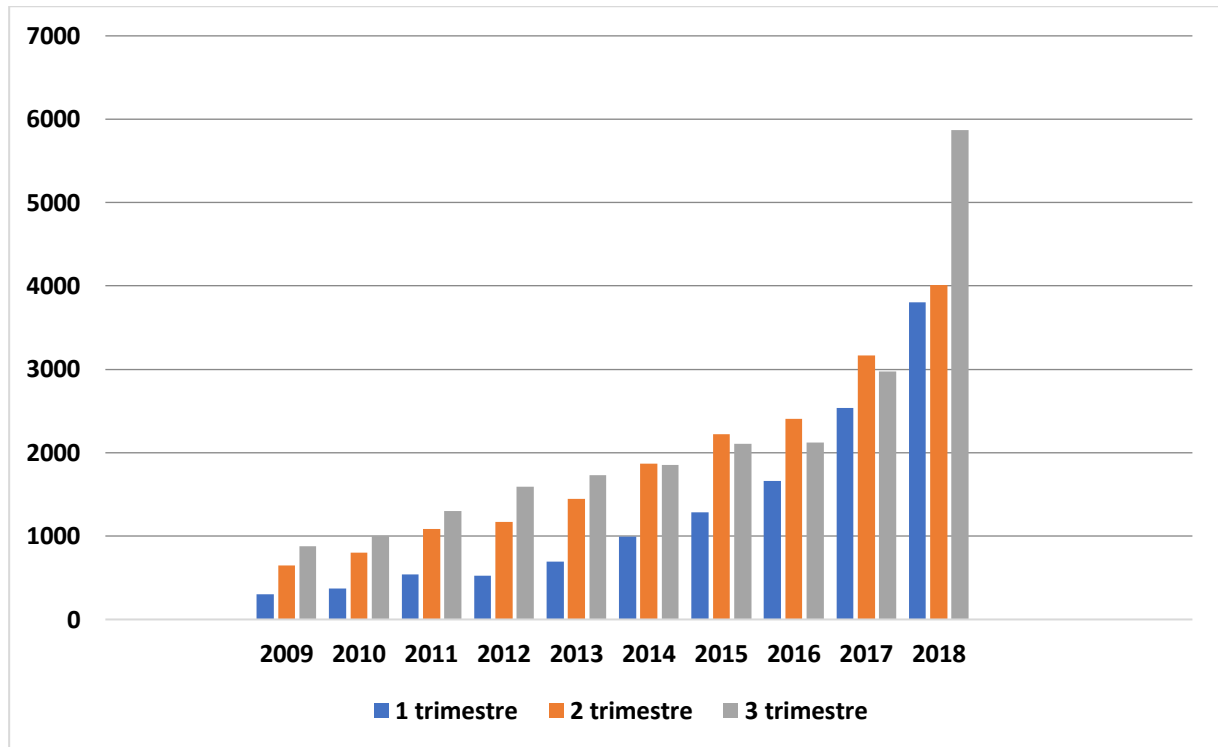
Soma-se a isso a questão que a sífilis congênita apresenta fácil disseminação e sinais e sintomas que se suprimem facilmente e faz com que as gestantes não busquem o tratamento adequado, ampliando o número de doentes através de relação sexual sem proteção. Fato este que ocasiona que os casos de sífilis congênita aumentem consideravelmente no Nordeste, sendo um resultado da falha na falta de tratamento ou tratamento inadequado das mães contaminadas (Silva & Rodrigues, 2018). Esse fato advém dos entraves para a realização do diagnóstico e tratamento, bem como da dificuldade de abordagem das infecções sexualmente transmissíveis, das parcerias sexuais não diagnosticadas e tratadas e, possivelmente, do desconhecimento da magnitude da doença e danos que pode causar à saúde da mulher e do bebê (Guimarães et al., 2018).

Enquanto, segundo Guimarães et al., (2018) o crescimento de casos de sífilis congênita se deve a tendência de doenças infecciosas terem incidência mais elevada em ambientes com maior densidade populacional, possivelmente em razão de uma maior velocidade de disseminação. O que pode justificar a crescente ocorrência de casos no Nordeste do Brasil. Sendo assim, essa região do País demanda de uma maior atenção e adoção de medidas preventivas, com atuação de gestores e profissionais da saúde na divulgação de informações acerca da doença e no provimento de meios de prevenção nessas localidades.

Em relação ao Gráfico 2, observa-se o índice de casos de gestantes com sífilis de acordo com o trimestre de gestação. O maior número de casos novos foi em 2018, o 1º trimestre de 3.804 casos, o 2º trimestre com 4.014 e o 3º trimestre de 5.873 e o menor número em 2009, com 1º trimestre de 302, 2º trimestre de 649 e o 3º trimestre de 881 notificações. E apontou-se uma maior incidência de sífilis gestacional no segundo trimestre em 2017 (n=2975), 2016 (n=2408) e 2015 (n=2221), enquanto no terceiro trimestre em 2018 (n=5873), 2013 (n=1728), 2012 (n=1590), 2011 (n=1303), 2010 (n=1000) e 2009 (n=881). Em relação ao primeiro trimestre não houve maior notificação em relação as outras idades gestacionais.



**Gráfico 2:** Número de casos de gestantes com sífilis congênita segundo idade gestacional em cada ano no período de 2009-2018 de acordo com o trimestre da gestação.



**Fonte:** SINAN Net. (Dados exportados em julho de 2020, sujeito às alterações).

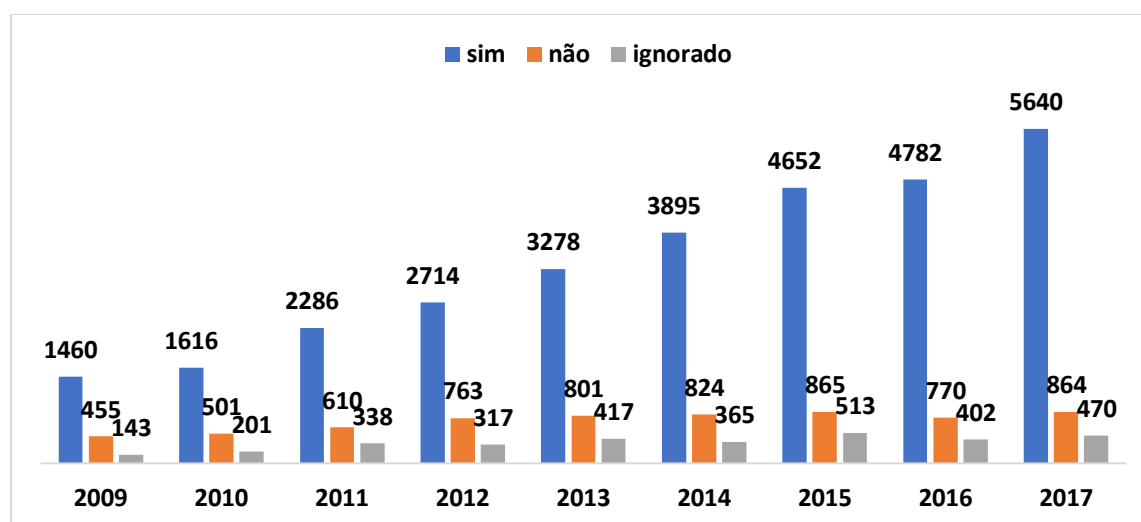
Preconiza-se pelo Ministério da Saúde, com relação à assistência ao pré-natal, a realização de testes rápidos VDRL durante o primeiro e terceiro trimestres da gestação. Aponta-se que os dois primeiros momentos visam a garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil (Silva et al., 2019). Porém, identificou-se que, apesar dessa recomendação, não houve maior notificação no 1º trimestre em relação as outras idades gestacionais no período em estudo, de acordo com o Gráfico 2.

Há uma deficiência de informação no que se refere aos testes disponíveis para o diagnóstico da sífilis o que dificulta o processo de selecionar o teste adequado a ser realizado conforme as fases da doença, em especial para as pacientes gestantes (Souza et al., 2010<sup>a</sup>). Isso se deve a dificuldade em responder qual seria a conduta adequada a ser tomada frente a um VDRL com titulação reagente assim como deveria ser a abordagem dos parceiros. Desse modo, ressalta-se a necessidade de uma capacitação da equipe de saúde quanto à prevenção da sífilis congênita e o manejo clínico adequado da gestante e do seu parceiro, incluindo o aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção. Assim, poderá haver aumento da

adesão ao tratamento e redução da vulnerabilidade das mulheres e seus parceiros a essa DST (Dantas et al., 2018).

No Gráfico 3, observa-se os casos de sífilis congênita segundo informações relacionadas ao pré-natal da mãe por ano de diagnóstico. Disso destaca-se a crescente prevalência de pré-natal de 2009 a 2017, com maior ano de 2017, com 5640 notificações. Enquanto a não realização do pré-natal após o diagnóstico da doença foi maior em 2015 e 2017 com 865 e 864 casos, respectivamente.

**Gráfico 3:** Número de casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico no Nordeste no período de 2009-2017.



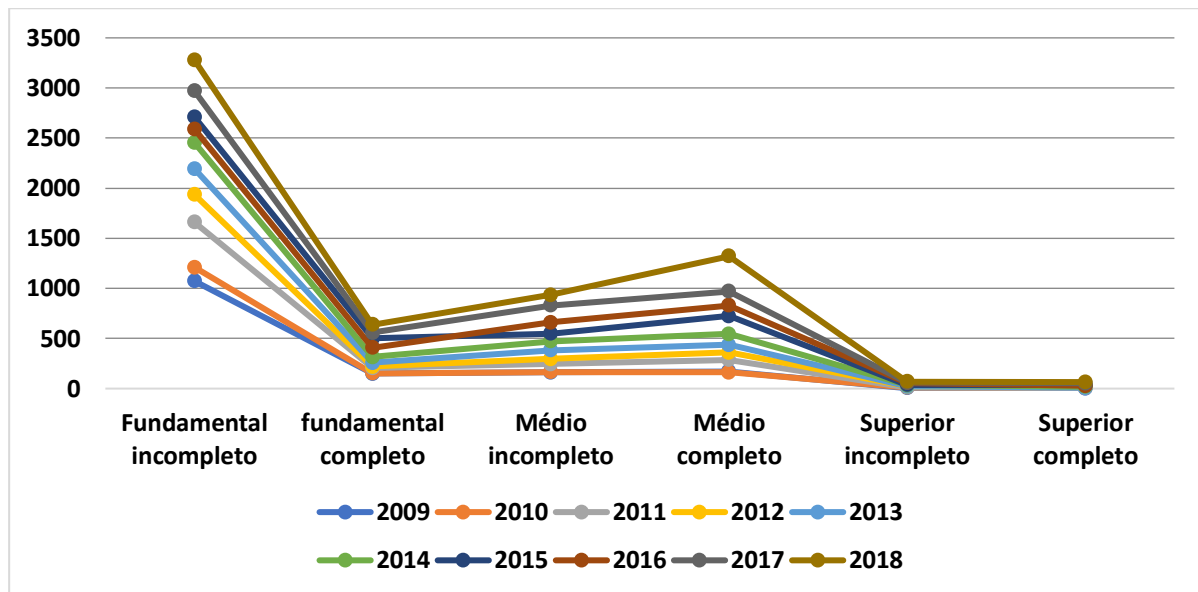
Fonte: SINAN Net. (Dados exportados em julho de 2020, sujeito às alterações).

A prevenção da sífilis congênita é realizada unicamente no pré-natal, não podendo ser feita no Inter parto ou pós-natal, assim ressalta-se a importância do pré-natal no gráfico 3. Observa-se que dos casos de sífilis congênita no Nordeste do Brasil há uma crescente prevalência de pré-natal de 2009 a 2017, demonstrando a relação direta entre a frequência da enfermidade e a qualidade dos serviços de atenção básica e saúde da mulher. Não tratar, ou tratar inadequadamente a gestante nesse momento, a sífilis congênita pode resultar em abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas fetais (Sonda et al., 2013). Portanto, no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), todas as gestantes tem acesso à exames (teste rápido) que permite a identificação precoce desta doença (Souza et al., 2018).

Entretanto, o principal fator de risco para a sífilis congênita consiste no acompanhamento pré-natal inadequado, relacionado à cerca de 70 a 90% dos casos. Dentre os problemas relacionados ao atendimento pré-natal, destacam-se anamnese inadequada, sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados e interpretação inadequada, não reconhecimento dos sinais maternos de sífilis e informações inadequadas veiculadas entre a equipe de assistência à saúde (Motta et al., 2018). Assim, para enfatizar o controle dessa doença, se faz necessário uma assistência pré-natal de qualidade, com ampla cobertura e estratégias inovadoras com vistas à captação precoce das gestantes, garantia do diagnóstico da doença durante a gestação e no menor prazo possível, permitindo as mulheres o tratamento antes da 24<sup>a</sup> à 28<sup>a</sup> semana gestacional, período este mais efetivo para o feto (Dantas et al., 2018). Ressalta-se como agravante o fato de ainda não existirem exames laboratoriais suficientemente sensíveis e específicos que possibilitem determinar individualmente o diagnóstico da infecção na criança em fase precoce. Sendo assim, ressalta-se que as associações de critérios clínicos e laboratoriais juntamente com o seguimento clínico e sorológico devem ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança (Motta et al., 2018).

Das notificações confirmadas segundo a escolaridade, conforme o Gráfico 4, nesse estudo houve maior número de casos que pertenciam ao fundamental incompleto, com 3278 e 2970 casos em 2018 e 2017, respectivamente. Houve ainda um maior número de casos com ensino médio completo correspondente a 1.323 (2018) e 2.972 (2017). Porém, o menor índice de sífilis das mães no superior completo e incompleto.

**Gráfico 4:** Número de casos de sífilis congênita segundo a escolaridade da mãe por ano de diagnóstico no Nordeste durante período de 2009-2018.



Fonte: SINAN Net. (Dados exportados em julho de 2020, sujeito às alterações).

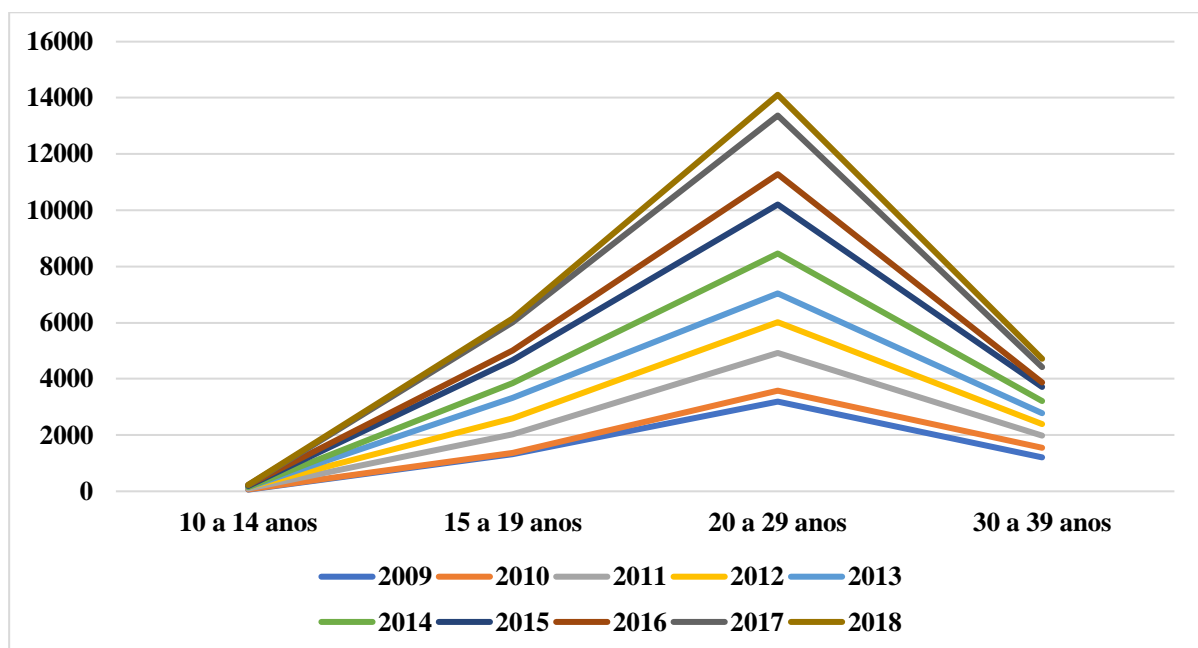
Com os resultados obtidos foi possível observar que quase metade das gestantes acometidas pela doença tinha baixo grau de instrução, ou seja, tempo de escolaridade inferior ou igual a oito anos (Fundamental completo e incompleto). Dados semelhantes foram evidenciados por Guimarães et al., (2018) no estudo de Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão entre 2009 a 2013, com 1.033 casos de sífilis em gestantes no Maranhão. Nesse mesmo período foram notificados 679 casos de sífilis congênita, sendo que do Fundamental incompleto foram 51,1% (n=528) e Fundamental completo 8,2% (n=85) e por Silva et al., (2019), no estudo do perfil de Sífilis Congênita (SC) por casos notificados, de 2011 a 2015 em Ipojuca- PE em 2015, com Escolaridade materna de 1ª a 4ª série incompleta de 12,08% de um total de 8.534 notificações.

A baixa escolaridade está relacionada ao menor acesso à informação, a um limitado entendimento da importância dos cuidados com a saúde e, principalmente, às medidas de prevenção da infecção por sífilis (Nonato et al., 2015). Desse modo, a promoção da saúde na baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, pois está associada ao baixo peso ao nascer, à mortalidade infantil e ao aumento do número de partos (Ramos & Boni, 2018). Sendo assim, observa-se a necessidade de melhoria de conhecimento da população

nordestina como fator de grande importância no combate a sífilis congênita (Motta et al., 2018).

Das notificações confirmadas segundo a faixa etária, conforme o Gráfico 5, houve maior número de casos que pertenciam à faixa etária de 20 a 29 anos, com 14.109 e 13372 casos em 2018 e 2017, respectivamente. Houve ainda um maior número de casos nas faixas etárias correspondente adolescência (15-19 anos) com 6051 e 6011 casos em 2018 e 2017, respectivamente.

**Gráfico 5:** Número de caso de gestantes com sífilis congênita segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Nordeste, 2009-2018.



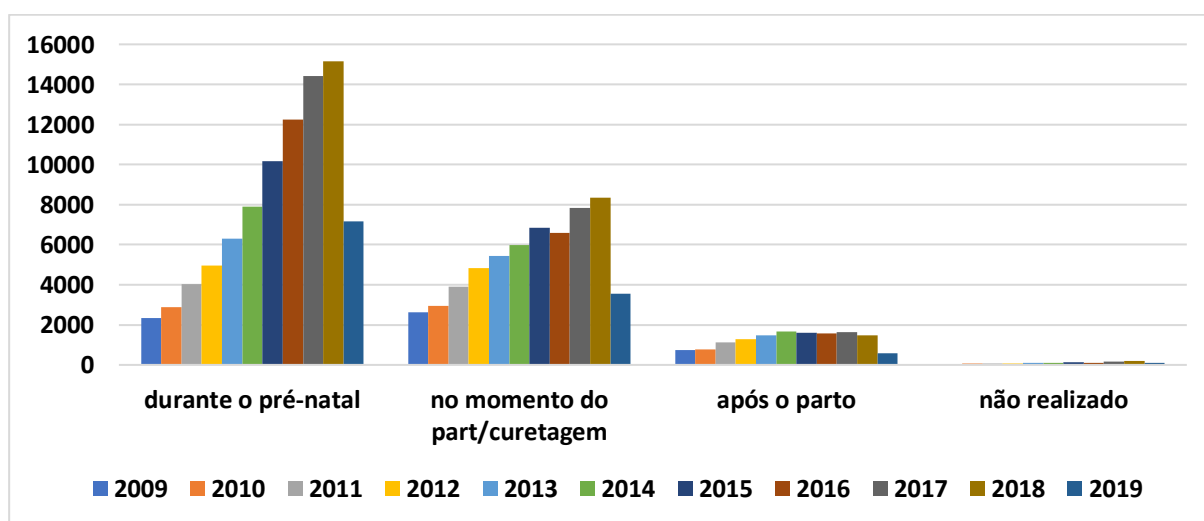
Fonte: SINAN Net. (Dados exportados em julho de 2020, sujeito às alterações).

A maior parte das parturientes com infecção de sífilis estava na faixa etária de 20 a 29 anos, conforme o Gráfico 5. Tal faixa etária, por representar o auge da fase reprodutiva, justifica o maior número de casos notificados da enfermidade. O número expressivo de adolescentes com a infecção demonstra o início precoce e desprotegido da vida sexual (Souza et al., 2018). A maior ocorrência de sífilis entre gestantes jovens sugere ainda que essas são grupos populacionais mais expostos à infecção, o que indica a necessidade de maior atenção dos programas de controle e sugere um olhar especial para essa população (Guimarães et al., 2018).

Em virtude disso, às gestantes na fase reprodutiva (20-29 anos), a realização de testes no período de pré-natal é primordial em prol de diagnóstico precoce e assim permitir o tratamento das gestantes positivas para a sífilis, evitando-se assim a transmissão vertical. Desse modo, o Ministério da Saúde preconiza que as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para sífilis, em especial, as gestantes alertando que a sífilis pode levar ao aborto e má formação fetal. Logo o exame deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre da gestação e no momento do parto (Souza et al., 2018). Destaca-se que a promoção da saúde, por meio da educação da população e de profissionais e do diagnóstico em tempo hábil, pode influenciar na redução das taxas de incidência de SC nessa faixa etária de 20-29. Salienta-se também que essa iniciativa pode promover o aumento na busca ativa, ocasionando o acréscimo da taxa de detecção de SC (Silva et al., 2019).

Observa-se, em relação à assistência as gestantes no momento do diagnóstico no Gráfico 6, que houve a prevalência de gestante com o diagnóstico durante o pré-natal, principalmente nos de 2018 e 2017. Entretanto, percebeu-se em seguida no momento do parto ou a curetagem.

**Gráfico 6:** Número de casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico no Nordeste durante o período de 2009-2018.



Fonte: SINAN Net. (Dados exportados em julho de 2020, sujeito às alterações).

No Brasil, a proporção de mulheres com assistência pré-natal é superior a 95%, mas mulheres sem qualquer consulta de pré-natal são as que apresentam a maior prevalência de

sífilis na gestação e maior vulnerabilidade social. Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97% (Domingues & Leal, 2019). Assim, apesar de a maioria das gestantes ter realizado o pré-natal, muitas delas só foram diagnosticadas com a enfermidade no momento do parto ou da curetagem conforme o gráfico 6. Este fato evidencia que, apesar do acompanhamento médico, ainda persiste, no país, o diagnóstico tardio da infecção (Souza et al., 2018). Destaca-se que o momento do parto não constitui o momento ideal para diagnóstico da infecção pela sífilis, visto que o diagnóstico precoce, realizado ainda durante o acompanhamento pré-natal, possibilita a adoção de medidas efetivas que permitem prevenir a ocorrência da transmissão vertical e demais eventos adversos relacionados à doença (Guimarães et al., 2018). Desse modo, observa-se a necessidade de melhor alcance do pré-natal e melhorias na sua realização, com realização sistemática de triagem (Motta et al., 2018). O número de casos notificados dependerá, portanto, da capacidade de intervenção dos serviços para reduzir a transmissão vertical e diagnosticando, mas também da capacidade de identificação e notificação dos casos de sífilis congênita (Domingues & Leal, 2019).

#### **4. Considerações Finais**

Constatou-se que a sífilis congênita no nordeste do Brasil apresentou aumento na frequência de casos de 2009 a 2018, sendo caracterizado pelo baixo nível de escolaridade, faixa etária de 20-29 anos, no terceiro trimestre gestacional, a maioria das gestantes tiveram assistência no pré-natal, sendo a prevalência do diagnóstico durante o pré-parto. Os fatores associados à sífilis congênita encontrados neste estudo sugerem falhas na assistência pré-natal e indicam a necessidade de propor novas estratégias com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis, a exemplo da capacitação continuada dos profissionais, fortalecimento da vigilância epidemiológica e abordagens integradas de prevenção da sífilis.

Espera-se que com os resultados demonstrados possam elucidar a real demanda relacionada à doença e fornecendo elementos que apoiem profissionais de saúde e gestores no planejamento e implementação de ações. Por fim, sugere-se novos estudos que venham complementar essas informações, com vistas a melhoria da atenção na sífilis congênita e ao controle dessa doença no Nordeste do Brasil. Desse modo, o aumento da sua incidência no período gestacional e a consequente elevação de casos de sífilis congênita só poderá ser



minimizada e controlada quando as medidas de prevenção e controle forem satisfatoriamente aplicadas.

## Referências

Cazarin, K. T. L., & Maciel, M. E. D. (2018). Incidência de Sífilis Congênita no Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 12(10), 160-172.

Dantas, L. A., Jerônimo, S. H. N. M., Teixeira, G. A., Lopes, T. R. G., Cassiano, A. N., & Carvalho, J. B. L. (2017). Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. *Revista eletrônica Trimestral de Enfermagem*. 46, 227-236, Abr.

Domingues, R. M. S. M., & Leal, M. C. (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(6), e00082415, jun.

Feitosa, J. A. S., Rocha, C. H. R., & Costa, F. S. (2016). Artigo de Revisão: Sífilis congênita. *Rev Med Saude Brasilia* ; 5(2), 286-97.

Guimarães, T. A., Alencar, L. C. R., Fonseca, L. M. B., Gonçalves, M. M. C., & Silva, M. P. (2018). Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq. Ciênc. Saúde*. 25(2), 24-30, abr-jun.

Holzmann, A. P. F., Barros, S. M. O., Silva, C. S. O., & Barbosa, D. A. (2018). Sífilis materna e sífilis congênita: avaliação da assistência hospitalar. *Temas em Saúde*. João Pessoa. 18(3),148-177.

Motta, I. A., et al. (2018). Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?. *Rev Med Minas Gerais*; 28 (Supl.6), e-S280610.

Nonato, S. M., Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2015). Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(4), 681-694.

Ramos, M. G., & Boni, S. M. (2018). Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá – PR. *Revista Saúde e Pesquisa*, 11(3), 517-526, set.,-dez.

Silva, G. C. B., & Rodrigues, F. F. (2018). Fisiopatologia da sífilis congênita. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 10 (04), 122-136, Out.

Silva, I. M. D., Leal, E. M., Pacheco, H. F., Júnior, J. G. S., & Silva, F. S. (2019). Perfil epidemiológico da sífilis congênita. *Rev enferm., UFPE*, Recife, 13(3), 604-13, mar.

Sonda, E. C., Richter, F. F., Boschetti, G., Casasola, M. P., Krumel, C. F., & Machado, C. P. H. (2013). Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *Rev Epidemiol Control Infect.* 3(1), 28-30.

Souza, B. O. S. O., Rodrigues, R. M., Gomes, R, M, L. (2018). Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. *Rev Soc Bras Clin Med.* 16(2), 94-8.

Souza, L. A., Oliveira, I. S. B., Lenza, N. F. B., Rosa, W. A. G., Carvalho, V. V., & Zeferino, M. G. M. (2018a). Ações de enfermagem para prevenção da sífilis congênita: uma revisão bibliográfica. *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, 8(1), 108-120, ago.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Elison Costa Holanda – 35%

Larissa Conceição da Silva – 15%

Maria Carolina de Sousa Brito – 15%

Patrícia Caroline Machado de Sousa – 15%

Evaldo Hipólito de Oliveira – 20%