



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA**  
**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS**  
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS CONGÉNITA**

Isadora Maria Delmiro Silva<sup>1</sup>, Eliane Maria Medeiros Leal<sup>2</sup>, Hélder Freire Pacheco<sup>3</sup>, José Gilmar de Souza Júnior<sup>4</sup>, Filipe Santana da Silva<sup>5</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico dos casos de Sífilis Congênita (SC) notificados em um município nordestino. **Método:** trata-se de um estudo do tipo seccional, de caráter descritivo, de todos os casos de sífilis congênita notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Apresentam-se os resultados em forma de tabelas. **Resultados:** identificaram-se 57 casos, com taxa anual média de incidência de SC de 6,72 casos por mil nascidos vivos (NV), entre 2011-2015, variando de 11,20/1000 NV em 2012 a 3,77/1000 NV em 2015. Registrou-se no período uma diminuição de 7,4% nos casos, porém, ainda ultrapassando a meta do Ministério da Saúde de incidência menor ou igual a 1/1000 NV. **Conclusão:** aponta-se, pelo estudo, a necessidade de melhorias na qualidade da assistência pré-natal, pois, mesmo havendo a diminuição na incidência da SC, os indicadores mostram valores distantes da meta. **Descritores:** Sífilis Congênita; Nascimento Vivo; Nascimento; Gravidez; Perfil de Saúde; Vigilância; Epidemiologia.

**ABSTRACT**

**Objective:** to describe the epidemiological profile of Congenital Syphilis (CS) cases reported in a Northeastern municipality. **Method:** this is a cross-sectional study of all cases of congenital syphilis reported by the SINAN and the SINASC. The results are presented in the form of tables. **Results:** 57 cases were identified, with a mean annual incidence rate of SC of 6.72 cases per thousand live births (LB), between 2011-2015, ranging from 11.20 / 1000 LB in 2012 to 3.77 / 1000 LB in 2015. A reduction of 7.4% in cases was recorded in the period, however, still exceeding the target of the Ministry of Health of incidence less than or equal to 1/1000 LB. **Conclusion:** the study points to the need for improvements in the quality of prenatal care, since even though there is a decrease in the incidence of CS, the indicators show values that are distant from the goal. **Descriptors:** Congenital syphilis; Live Birth; Birth; Pregnancy; Health Profile; Surveillance; Epidemiology.

**RESUMEN**

**Objetivo:** describir el perfil epidemiológico de los casos de Sífilis Congénita (SC) notificados en un municipio nordestino. **Método:** se trata de un estudio del tipo seccional, de carácter descriptivo, de todos los casos de sífilis congénita notificados por el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) y por el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC). Se presentan los resultados en forma de tablas. **Resultados:** se identificaron 57 casos, con una tasa anual media de incidencia de SC de 6,72 casos por mil nacidos vivos (NV), entre 2011-2015, variando de 11,20 / 1000 NV en 2012 a 3,77 / 1000 NV en el año. En el período se redujo un 7,4% en los casos, pero superando la meta del Ministerio de Salud de incidencia menor o igual a 1/1000 NV. **Conclusión:** se señala, por el estudio, la necesidad de mejoras en la calidad de la asistencia prenatal, pues, aun habiendo la disminución en la incidencia de la SC, los indicadores muestran valores distantes de la meta. **Descriptores:** Sífilis Congénita; Nacimiento Vivo; Nacimiento; Embarazo; Perfil de Salud; Vigilancia; Epidemiología.

<sup>1</sup>Especialista, Diretoria de Atenção Primária, Secretaria Municipal de Saúde. Ipojuca (PE), Brasil. E-mail: [isa.delmiro@gmail.com](mailto:isa.delmiro@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2861-9705>; <sup>2</sup>Mestre (doutorandos), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife (PE), Brasil. E-mail: [eliane.medeiros.leal@gmail.com](mailto:eliane.medeiros.leal@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6052-6501>; E-mail: [helderfp1989@gmail.com](mailto:helderfp1989@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7710-2337>; <sup>4</sup>Mestre, Instituto de Desenvolvimento Educacional. Recife (PE), Brasil. E-mail: [coordenacaoenfermagemide@gmail.com](mailto:coordenacaoenfermagemide@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1985-559X>; <sup>5</sup>Doutor, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: [filipe.santana@hotmail.com.br](mailto:filipe.santana@hotmail.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6803-1407>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que a sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica e sexualmente transmissível causada a partir da infecção pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*. Apesar da existência de tratamento eficaz e de baixo custo, ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil. Evidencia-se um paradoxo considerando-se que se trata de uma patologia com tratamento acessível e outras doenças infecciosas de maior complexidade, como a poliomielite e a varíola, já foram controladas.<sup>1</sup>

Prevvia-se, com o advento do tratamento para a sífilis à base de penicilina (1940), a erradicação da *T. pallidum*. Estima-se que, na população mundial, ocorram anualmente cerca de doze milhões de casos novos de sífilis e que, pelo menos, meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita da doença.<sup>2</sup>

Decorre-se a forma congênita da sífilis (ou sífilis congênita, SC) da transmissão do *T. pallidum* via transplacentária (ou vertical). Informa-se que a transmissão da SC ocorre a partir da mãe infectada (que não foi tratada ou inadequadamente tratada), podendo ocorrer a transmissão em qualquer fase da gestação ou durante o parto.<sup>3</sup>

Alerta-se que a SC é responsável por altos índices de morbimortalidade fetal e neonatal. Mostram-se que das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão.<sup>4</sup> Nota-se, por conta disso, o controle da SC é uma das metas de organismos de saúde nacionais e internacionais.<sup>5</sup>

Explica-se que existe a possibilidade de que a SC não ocorra, desde que a mulher infectada pelo *T. pallidum* seja identificada e tratada antes e durante a gestação (e.g., durante o pré-natal).<sup>6</sup> Ressalta-se que, como iniciativa diante da SC, o Ministério da Saúde do Brasil lançou (em 1993) o projeto de eliminação da doença em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Definiu-se, nessa iniciativa, como meta, a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos.<sup>7</sup>

Aprovou-se, em 2009, pelos estados-membros da OPAS, o “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”, estabelecendo-se a seguinte meta para o ano de 2015: taxa de incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 por mil nascidos vivos (NV).<sup>8</sup>

Apresenta-se, no Brasil, que a incidência de SC no ano de 2011 foi de 3,3/1.000 NV. Percebe-se que na região Nordeste (3,8/1000NV) e a região Sudeste (3,6/1000NV) apresentaram as maiores taxas, em comparação com as demais regiões.<sup>9</sup> Informa-se que, no ano de 2013, notificaram-se 21.382 casos de SC no Brasil, com uma taxa de incidência de 4,7/1000 NV.<sup>10</sup>

Infere-se que a SC é semelhantemente preocupante no município de Ipojuca, região metropolitana de Recife, sendo um dos oito municípios prioritários do Estado de Pernambuco por conta do número de casos.<sup>11</sup> Verifica-se que na prática, os indicadores de incidência para a SC melhoraram, mas ainda não apresentam tendência de diminuição em Ipojuca.

Revela-se, assim, que a principal contribuição deste trabalho é municiar a tomada de decisão dos gestores municipais de saúde evidenciando-se, de forma clara, o perfil epidemiológico da população de Ipojuca diante da SC. Aponta-se que, indiretamente, este trabalho auxilia o aprimoramento da gestão subsidiando a elaboração de formas alternativas de intervenções específicas ao contexto epidemiológico local.

## OBJETIVO

- Descrever o perfil epidemiológico dos casos de Sífilis Congênita (SC) notificados em um município nordestino.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo seccional, de caráter descritivo, realizado na região metropolitana de Recife (PE), entre os anos de 2011 e 2015, de todos os casos de sífilis congênita ocorridos no município do Ipojuca (PE) e notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Considera-se Ipojuca um município de médio porte ocupando uma área territorial de 527,317 km<sup>2</sup>, com uma população estimada em 92.965 habitantes.<sup>12</sup> Mostra-se que Ipojuca (PE) é caracterizada pela presença do Complexo Industrial de SUAPE, além das praias turísticas como Porto de Galinhas e Serrambi.

Constitui-se a população em estudo de todos os casos de sífilis congênita notificados e investigados - incluindo abortos e natimortos - ocorridos em filhos de mães residentes no município do Ipojuca no período de 2011 a 2015. Utilizaram-se como critérios de exclusão, da amostra os casos não residentes

no município, as duplicidades de notificação e os casos não investigados.

Formou-se a amostra por 57 casos de SC (a partir do SINAN) e de 48 casos de nascidos vivos (a partir do SINASC). Mapearam-se 48 casos do SINAN com o SINASC a partir da comparação do nome da mãe e data de nascimento. Percebe-se que a diferença, i.e. de nove casos, corresponde a abortos e natimortos presentes apenas no SINAN.

Calculou-se, para a descrição do perfil epidemiológico, a taxa média anual de incidência de SC. Descreveram-se, além disso, as variáveis socioeconômicas, demográficas, diagnósticas e de assistência à saúde. Apresentam-se abaixo, uma lista das variáveis analisadas:

- **Características maternas:** idade, estado civil, número de filhos em gestações anteriores, escolaridade;
- **Características da assistência pré-natal e ao parto dos casos notificados:** realização de consulta pré-natal, número de consultas pré-

natal, tipo de parto, diagnóstico de sífilis materna, esquema de tratamento de gestante e do parceiro tratado concomitantemente com a gestante;

- **Diagnóstico da infecção materna dos casos notificados:** realização do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) no parto e título do VDRL no parto;
- **Características demográficas, assistenciais e diagnósticas dos casos notificados:** sexo do recém-nascido (RN), idade gestacional, peso ao nascer, diagnóstico clínico, resultado do VDRL em sangue periférico e resultado do VDRL no líquor.

Usou-se a seguinte fórmula para o cálculo da taxa de incidência anual de SC:<sup>13</sup>

Número de crianças menores de um ano, abortos e natimortos notificados pelo SINAN  
e residentes no Município de Ipojuca com diagnóstico de SC

Número de nascidos vivos registrados pelo SINASC para o ano em questão

× 1000

Analisaram-se os dados utilizando-se a estatística descritiva para cada uma das variáveis supracitadas. Examinou-se e autorizou-se a execução deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CAAE 69048517.0.0000.5198).

RESULTADOS

Descrevem-se as taxas de incidência anual de SC no período em estudo na tabela 1. Verificou-se que, no período entre 2012 e

2015, a taxa de incidência anual vem decaindo.

Informa-se que a taxa anual média de incidência de SC no período estudado foi de 6,72/1.000 NV. Quanto aos casos notificados, ocorreram dois casos de aborto (2012 e 2013) e quatro casos de natimortos por SC (um em cada um dos anos: 2011, 2012, 2014 e 2015).

Tabela 1. Taxa de Incidência anual de Sífilis Congênita (SC) por casos notificados e número de nascidos vivos. 2011 a 2015. Ipojuca (PE), Brasil, 2015.

| Ano   | Casos Notificados | Número de Nascidos Vivos (NV) | Taxa de Incidência Anual (por 1000 NV) |
|-------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| 2011  | 10                | 1.695                         | 5,89                                   |
| 2012  | 19                | 1.696                         | 11,20                                  |
| 2013  | 12                | 1.645                         | 7,29                                   |
| 2014  | 9                 | 1.643                         | 5,47                                   |
| 2015  | 7                 | 1.855                         | 3,77                                   |
| Total | 57                | 8.534                         | 6,7*                                   |

Fonte: SINAN (MS, Brasil), SINASC (MS, Brasil). \*Valor médio.

Adverte-se que não foram identificados, no SINASC, três casos que haviam sido notificados por meio do SINAN, indicando subnotificações ou sub-registros no sistema.

Detalha-se, segundo as variáveis relacionadas às características maternas

(Tabela 2), que a maioria das gestantes era solteira (81,25%) e não possuía filhos nascidos vivos em gestações anteriores (41,6%). Mostra-se que a faixa etária materna mais frequente foi de 20 a 30 anos (com média de 23,7 anos) e 57,87% não completaram o ensino médio.

Tabela 2. Características maternas dos casos notificados de SC. 2011-2015. Ipojuca (PE), Brasil, 2015.

| Características Maternas                        |                             | n  | %      |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|----|--------|
| Idade                                           | Menor de 15 anos:           | 02 | 3,50 % |
|                                                 | 15 - 19 Anos                | 16 | 28,07% |
|                                                 | 20 - 30 Anos                | 26 | 45,61% |
|                                                 | Maior de 30 anos            | 11 | 19,29% |
|                                                 | Não informado               | 02 | 3,50%  |
| Estado civil                                    | Solteira                    | 39 | 81,25% |
|                                                 | Casada                      | 03 | 6,25%  |
|                                                 | União Estável               | 06 | 12,50% |
| Número de filhos em gestações anteriores        | 0                           | 20 | 41,66% |
|                                                 | 1                           | 16 | 33,3%  |
|                                                 | 2                           | 04 | 8,33%  |
|                                                 | 3                           | 04 | 8,33%  |
|                                                 | 5                           | 03 | 6,25%  |
| Perdas fetais ou aborto em gestações anteriores | Mais de 5                   | 01 | 2,08%  |
|                                                 | Sim                         | 09 | 18,75% |
|                                                 | Não                         | 39 | 81,25% |
| Local de moradia                                | Zona Rural                  | 08 | 14,03% |
|                                                 | Zona Urbana                 | 45 | 78,94% |
|                                                 | Não Informado               | 04 | 7,01%  |
| Escolaridade materna                            | 1ª a 4ª série incompleta    | 07 | 12,28% |
|                                                 | 4ª série completa           | 03 | 5,26%  |
|                                                 | 5ª a 8ª série incompleta    | 11 | 19,29% |
|                                                 | Ensino Fundamental Completo | 03 | 5,26%  |
|                                                 | Ensino Médio Incompleto     | 09 | 15,78% |
|                                                 | Ensino Médio completo       | 09 | 15,78% |
|                                                 | Ignorado                    | 14 | 24,56% |
| Não se aplica                                   |                             | 01 | 1,79%  |

Fonte: SINAN (MS, Brasil), SINASC (MS, Brasil).

Observa-se, em relação à assistência ao pré-natal (Tabela 3), que 89,47% das mulheres realizaram o pré-natal com quatro a seis consultas (47,91%). Realizou-se o diagnóstico da SC, com maior frequência (42,1%), durante o parto ou a curetagem. Diagnosticou-se a SC durante o pré-natal em 35,08% dos casos. Relata-se que, quanto ao tipo de parto, os normais e os cesáreos apresentaram uma divisão igualitária (50% para cada).

Tabela 3. Características da assistência pré-natal e ao parto dos casos notificados de SC. 2011 a 2015. Ipojuca (PE), Brasil, 2015.

| Características da assistência pré-natal e ao parto. |                       | n  | %      |
|------------------------------------------------------|-----------------------|----|--------|
| Realizou consulta de pré-natal na gestação           | Sim                   | 51 | 89,47% |
|                                                      | Não                   | 01 | 1,75%  |
|                                                      | Ignorado              | 05 | 8,77%  |
| Número de consultas pré-natal                        | Maior que 7           | 17 | 35,41% |
|                                                      | Entre 4 e 6           | 23 | 47,91% |
|                                                      | De 1 a 3              | 08 | 16,99% |
| Tipo de parto                                        | Cesáreo               | 24 | 50%    |
|                                                      | Normal                | 24 | 50%    |
| Diagnóstico de Sífilis materna                       | Durante o Pré-natal   | 20 | 35,08% |
|                                                      | No Parto ou Curetagem | 24 | 42,10% |
|                                                      | Após o parto          | 07 | 12,28% |
|                                                      | Ignorado              | 06 | 10,52% |
| Esquema de tratamento                                | Adequado              | 08 | 16,99% |
|                                                      | Inadequado            | 28 | 49,12% |
|                                                      | Não realizado         | 09 | 15,78% |
|                                                      | Ignorado              | 12 | 21,05% |
| Parceiro tratado concomitantemente à gestante        | Sim                   | 10 | 17,54% |
|                                                      | Não                   | 27 | 47,36% |
|                                                      | Ignorado              | 20 | 35,08% |

Fonte: SINAN (MS, Brasil), SINASC (MS, Brasil).

Verificou-se, nos registros, um percentual de informações ignoradas superior a 20% para as variáveis:

- (i) Tratamento das gestantes; e
- (ii) Parceiro tratado concomitantemente a gestante.

Tratam-se as gestantes em (i) apenas 16,9% dos casos, de acordo com o protocolo do

Ministério da Saúde.<sup>14</sup> Somente dez gestantes, em (ii), tiveram seus parceiros tratados (54%).

Verificou-se quanto ao diagnóstico da sífilis materna (Tabela 4) que a maioria realizou o VDRL no parto (94,74%), dentre os quais, 91,22% foram reativos. Informa-se que o título de VDRL que corresponde à gravidade da infecção, em 52,63%, foi igual ou maior que 1/8 e, em 14,03%, maior de 1/64.

Tabela 4. Características do diagnóstico da infecção materna dos casos notificados de SC. 2011 a 2015. Ipojuca (PE), Brasil, 2015.

| Características do diagnóstico da infecção materna. |                | n  | %      |
|-----------------------------------------------------|----------------|----|--------|
| Realização do VDRL no parto                         | Reativo        | 52 | 91,24% |
|                                                     | Não reagente   | 02 | 3,50%  |
|                                                     | Ignorado       | 03 | 5,26%  |
| Título do VDRL no parto                             | Menor que 1/8  | 22 | 38,59% |
|                                                     | 1/8 a 1/32     | 14 | 24,56% |
|                                                     | 1/32 a 1/64    | 08 | 14,03% |
|                                                     | Maior que 1/64 | 08 | 14,03% |
|                                                     | Não informado  | 05 | 8,77%  |

Fonte: SINAN (MS, Brasil), SINASC (MS, Brasil).

Mostra-se a predominância do masculino quanto ao sexo dos neonatos (Tabela 5), com 52,08%. A maioria dos casos apresentou o peso igual ou maior que 2.500g (83,33%), e a idade gestacional de 37 semanas ou mais (75%).

Percebe-se que, no que se refere ao diagnóstico clínico, 56,14% eram assintomáticos para a SC. Verificou-se grande percentual de informação ignorada (38,59%).

Tabela 5. Características demográficas, assistenciais e diagnósticas dos casos notificados de SC. 2011 a 2015. Ipojuca (PE), Brasil, 2015.

| Características demográficas, assistenciais e diagnósticas |                          | n  | %      |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------|
| Sexo                                                       | Masculino                | 25 | 52,08% |
|                                                            | Feminino                 | 23 | 47,91% |
| Idade gestacional                                          | Menor que 37 sem         | 10 | 20,83% |
|                                                            | Maior que 37 sem         | 36 | 75%    |
|                                                            | Não informada            | 2  | 4,1%   |
| Peso ao nascer                                             | Menor que 2500g          | 8  | 16,66% |
|                                                            | Maior ou igual que 2500g | 40 | 83,33% |
| Diagnóstico clínico                                        | Assintomático            | 32 | 56,14% |
|                                                            | Sintomático              | 3  | 5,26%  |
|                                                            | *Ignorado                | 22 | 38,59% |
| Resultado de VDRL em sangue periférico                     | Reagente                 | 27 | 47,36% |
|                                                            | Não-reagente             | 13 | 22,80% |
|                                                            | Não realizado            | 4  | 7,01%  |
|                                                            | Ignorado                 | 13 | 22,80% |

Fonte: SINAN (MS, Brasil), SINASC (MS, Brasil).

Chega-se a 29,90% em relação ao diagnóstico laboratorial. Mostra-se que o percentual de exames não realizados e de informações ignoradas chega a 29,80% para o VDRL em sangue periférico e a 77% para o VDRL no líquido.

Expôs-se, durante a coleta de dados, que duas genitoras apresentaram (cada uma) duas gestações com desfecho de diagnóstico de SC em anos diferentes, em que uma gestante teve notificações nos anos de 2011 e 2014 e a outra, nos anos de 2011 e 2015. Informa-se que, a recorrência das notificações pode sugerir uma possível falha no tratamento ou reinfeção da SC.

DISCUSSÃO

Encontrou-se uma taxa anual média de incidência de SC de 6,72/1.000 NV no período de 2011 a 2015. Mostra-se que esse valor significa quase sete vezes a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de registrar igual ou menos de 1/1.000 NV.<sup>8</sup>

Relata-se que esse é um dado alarmante, pois considera-se a SC um evento sentinela já que pode ser evitada por ações eficazes e efetivas pelo cuidado de saúde realizado para com a gestante.<sup>10</sup> Sabe-se que, por ser uma doença sensível à prevenção, o acontecimento induz à avaliação negativa do funcionamento da rede de atenção à saúde da localidade.<sup>15</sup>

Previne-se a SC desde que tanto a gestante infectada, quanto o seu parceiro sexual sejam diagnosticados e prontamente tratados no curso da assistência pré-natal.<sup>16</sup> Destaca-se que, apesar do aumento da cobertura pré-natal, ainda se observa baixa efetividade de

ações preventivas da SC no Brasil<sup>15</sup> evidenciada pela média de casos no período.

Reduziu-se, gradual e significativamente, apesar do crescimento no número de casos de SC em Ipojuca, entre os anos de 2011 e 2012, o número de casos nos últimos três anos (2013-2015). Nota-se, todavia, a incidência, em 2015 (3,77/1.000NV), ainda está bem acima da meta esperada pelo MS (1/1.000NV). Revela-se que, a redução do indicador coincide com o resultado de um estudo semelhante realizado no Estado do Espírito Santo, de 2000 a 2005, que encontrou uma taxa média anual de incidência de SC de 5,6/1000 nascidos vivos.<sup>17</sup>

Sugere-se que a redução de infecção pela SC esteja relacionada com a implementação das políticas de combate à sífilis. Evidenciam-se que exemplos de políticas são a do aumento no número de testagens rápidas para o rastreamento de casos e de diversas ações itinerantes direcionadas ao combate da doença que permitam o diagnóstico e o tratamento precoces. Percebe-se a importância do Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), na cobertura de testagem, no município do Rio de Janeiro, em 2007.<sup>18</sup>

Tornou-se o CTA do município de Ipojuca, implantado em 2010, o responsável por dar suporte à Atenção Primária na detecção, tratamento, prevenção, promoção e acompanhamento da SC em gestantes.<sup>19</sup> Afirma-se que a promoção da saúde, por meio da educação da população e de profissionais e do diagnóstico em tempo hábil, influencia a redução das taxas de incidência de SC

evidenciando-se a importância desses tipos de ações.<sup>20</sup> Salienta-se que essa iniciativa pode ter promovido o aumento na busca ativa e na detecção de novos casos ocasionando o acréscimo da taxa de detecção de SC, nos dois anos seguintes, de forma substancial e, depois, o decréscimo supracitado.

Pode-se levar pela sífilis, durante a gravidez, ao abortamento espontâneo, à morte fetal e neonatal, à prematuridade e a danos à saúde do recém-nascido com repercussões psicológicas e sociais. Estima-se que 40% das mulheres grávidas com sífilis não tratada evoluem para a perda fetal.<sup>21</sup> Verificaram-se, neste estudo, dois abortos e quatro natimortos, representando 10,52% dos casos de SC, e dez recém-nascidos foram prematuros, representando 20,83%.

Constata-se que as características de vulnerabilidades relacionadas às mães foram semelhantes às de mulheres abordadas por estudos na Bahia<sup>22-3</sup> e Rio Grande do Norte.<sup>3</sup> Revelam-se que nesses estudos, os quais se evidenciou a existência de gestantes com baixa escolaridade, a maioria delas entre 20 e 30 anos de idade, solteira e em condições socioeconômicas limitadas. Discorre-se que, a menor escolaridade das mães está associada ao aumento de casos de SC.<sup>10</sup>

Negligencia-se ainda a variável escolaridade no preenchimento da notificação de SC. Neste estudo, quase 25% tiveram essa informação ignorada. Isso coincidiu com estudo realizado no Ceará, em que o número de casos ignorados chegou a atingir 36,4%,<sup>24</sup> e o da Bahia,<sup>22</sup> em que quase 40% foram ignoradas. Percebe-se que, a quantidade expressiva de dados ignorados sugere prováveis sub-registros, erros de classificação do profissional que realizou a notificação ou de preenchimento.

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 e no momento do parto.<sup>25</sup> Apontam-se que os dois primeiros momentos visam a garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro exame permite o tratamento precoce do neonato.<sup>26</sup>

Identificou-se que, apesar dessa recomendação, somente 35,08% das gestantes tiveram o diagnóstico ainda no período pré-natal e o restante, no momento do parto. Relata-se que cerca de 49% tiveram o esquema de tratamento inadequado possibilitando-se recidivas e resistência ao tratamento.

Corroboram-se esses indicadores em um estudo em Natal (RN) onde quase 40% das gestantes da pesquisa não realizaram o VDRL durante o pré-natal, porém, 96% fizeram o exame no momento do parto.

Deve-se realizar o tratamento de gestantes que apresentam SC durante a gestação necessitando-se tratar, também, o parceiro no mesmo período.<sup>3</sup> Verificaram-se, no estudo, baixos percentuais nas variáveis gestantes com tratamento adequado e gestantes cujos parceiros foram tratados.

Encontrou-se uma baixa proporção de gestantes adequadamente tratadas e de parceiros tratados, 16,99% e 17,54%, respectivamente. Constata-se, porém, ainda mais elevada que em estudo realizado na cidade de Natal (RN).<sup>3</sup> Nesse, apenas 4,5% das gestantes trataram-se adequadamente, 11,3% dos parceiros realizaram o tratamento e 16,4% tiveram informações ignoradas.

Considerou-se, em outra pesquisa realizada no Ceará,<sup>24</sup> entre os parceiros que receberam tratamento, que 47,2% não foram adequadamente tratados e 44% não receberam nenhum tratamento, e, esses indicadores influenciam substancialmente a reinfecção.

Torna-se essencial a compreensão da importância do tratamento dos parceiros para a eliminação da SC, uma vez que esse problema é um dos maiores empecilhos para que a gestante seja considerada adequadamente tratada.<sup>2</sup>

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os achados apresentados neste estudo evidenciam que a Sífilis Congênita (SC) se encontra acima do que é definido pelo Ministério da Saúde e pela OPAS/OMS no município de Ipojuca (Pernambuco). Consideram-se que as taxas anuais e a média dos anos no período de 2011 a 2015 ficaram bem acima do parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda que sugerindo declínio a partir de 2012.

Salienta-se que as características analisadas ligadas à mãe, ao recém-nascido, à assistência à saúde e ao diagnóstico apontam para (ainda) uma baixa efetividade da assistência ao pré-natal. Atenta-se que isso contrasta com o fato da SC ser um evento sentinela para determinar a qualidade da assistência ao pré-natal.

Indica-se, nesse sentido, pelos dados deste estudo, a necessidade de implementação de ações voltadas para a redução dos casos de SC, imediatamente, como:

- i. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal visto que, na

maior parte dos casos observados, as mães realizaram consultas durante esse período gestacional. Todavia, verificou-se que isso não impediu a transmissão vertical da sífilis;

- ii. Análise dos mecanismos que integrem o parceiro ao pré-natal e, assim, favoreçam a sua adesão ao tratamento quando positivamente diagnosticado;
- iii. Avaliação do acesso ao tratamento visto que as unidades de saúde da família não oferecem o tratamento no local e os pacientes têm que comparecer em serviços de média complexidade;
- iv. Realização de capacitação aos profissionais das equipes de saúde que realizam o pré-natal, com o monitoramento das atividades desenvolvidas para a prevenção da SC, estimulando-se o comprometimento dos profissionais com as condutas adequadas.
- v. Aperfeiçoamento da atuação em conjunto da vigilância epidemiológica da SC na Atenção Primária gerando-se informações importantes para a tomada de decisão dos gestores em saúde visando a uma melhoria na qualidade da assistência às gestantes e, conseqüentemente, a diminuição de casos de SC no município.

Adverte-se que a SC é um grave problema de saúde pública não só no município de Ipojuca, mas, também, em todo Brasil. Salienta-se que, este artigo subsidia os profissionais e gestores sobre as possíveis necessidades em modificar ou atualizar práticas das políticas assistenciais de saúde da mulher fundamentais para a contenção da transmissão vertical e horizontal da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho IS, Brito RS. Congenital syphilis in the state of Rio Grande do Norte: a descriptive study in the period 2007-2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 June;23(2):287-94. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000200010>.
2. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Epidemiological pattern of inherited syphilis in the City of Natal, State of Rio Grande do Norte, Brazil, from 2004 to 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011 June;20(2):203-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000200009>
3. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Syphilis in parturients: aspects related to the sex partner. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Sept;34(9):397-402. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>
4. Galatoire PSA, Rosso JA, Sakae TM. Congenital Syphilis incidence in Brazilian States between 2007 and 2009. *ACM arq catarin med [Internet]*. 2012 Apr/Mar [cited 2018 June 18];41(2):26-32. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/924.pdf>
5. Leitão EJJ, Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS, Diener LS, Lobo MP, et al. Gestational syphilis as marker of quality of prenatal care in health center number 2 - Samambaia-D. *Comun ciênc saúde [Internet]*. 2009 Oct/Dec [cited 2018 Apr 17];20(4):307-14. Available from: [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20\\_4sifilisgestacional.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4sifilisgestacional.pdf)
6. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigation of Congenital Syphilis in Sumaré Micro-region, State of São Paulo, Brazil - Unveiling the Fragile Points in Pregnant Women and Newborn Care. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007 July/Sept;16(3):165-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000300003>
7. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Siphylis in pregnancy and their influence on fetal and maternal morbidity. *Comun ciênc saúde [Internet]*. 2011 [cited 2018 Apr 17];22(Sup1):S43-54. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis\\_gestacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf)
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais. Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 May 18]. Available from: [https://prevencaodstaidshvtb.files.wordpress.com/2014/12/folder\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_sifilis\\_web\\_pd\\_60085.pdf](https://prevencaodstaidshvtb.files.wordpress.com/2014/12/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf)
9. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krumel CF, Machado CPH. Congenital syphilis: literature review. *Rev Epidemiol Control Infecção*. 2013 June 18;3(1):28. Doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v3i1.3022>
10. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in

Brazil study. *Cad Saúde Pública*. 2016 June;32(6):1-12. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>

11. Pernambuco (Estado), Secretaria de Saúde, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Boletim Anual Vigilância em Saúde [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 Mar 18]; 5:1-12. Available from:

[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim\\_vs\\_2015\\_final.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_vs_2015_final.pdf)

12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2016 Nov 6]. Available from:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>

13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: sífilis 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Apr 19]. Available from:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>

14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 Mar 23]. Available from:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sifilis\\_bolso.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf)

15. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. *Rev Saúde Pública*. 2012 June;46(3):479-86. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>

16. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 Oct;24(4):681-94. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.

17. Gonçalves J, Primo CC, Rabbi GMS, Castro DS. Epidemiological profile of congenital syphilis cases at University Hospital - 2004 to 2008. *Brazilian J Heal Res* [Internet]. 2011;13(2):49-55. Doi:

<https://doi.org/10.21722/rbps.v0i0.1602>

18. Fernandes RCSC, Silva DP, Gomes AM, Fernandes PGCC, Nakata TY, Araújo LC, et al. Vertical transmission of HIV/AIDS and congenital syphilis in Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro: challenges and strategies to overcome the obstacles in prevention, surveillance and treatment. *Rev Científica da Fac Med Campos* [Internet]. 2007;2(2):10-8. Available from: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/152/120>

19. Prefeitura do Ipojuca (Pernambuco), Secretaria de Saúde, Diretoria de Vigilância em Saúde, Gerência de Promoção, Prevenção e Vigilância Epidemiológica. Perfil epidemiológico da população Ipojuca: 2006-2013 - versão preliminar [Internet]. Ipojuca: Secretaria de Saúde; 2014 [cited 2018 Apr 17]. Available from:

<https://epidemiologiagestao.files.wordpress.com/2015/08/perfil-epidemiolc3b3gico-2006-2013-versc3a3o-revisc3a3o-24-04.pdf>

20. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza -CE, Brazil. *Texto contexto-enferm*. 2014 Apr/June;23(2):278-85. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000510013>

21. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Syphilis positivity in puerperal women: still a challenge in Brazil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2004 [cited 2018 May 11];16(3):168-75. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n3/168-175/>

22. Oliveira JS, Santos JV. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. *Rev Atualiza Saúde* [Internet]. 2015 July/Dec [cited 2018 Mar 21];2(2):20-30. Available from: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Perfil-epidemiol%C3%B3gico-da-s%C3%ADfilis-cong%C3%AAnita-no-Estado-da-Bahia-no-per%C3%ADodo-de-2010-a-2013-v.2-n.2.pdf>

23. Teixeira MA, Santos PP, Santos PN, Araújo RT, Souza AGJ. Epidemiological and sociodemographic profile of children infected congenital syphilis in jequié/bahia. *Rev Saúde.com* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 18];11(3):303-13. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n3a07.pdf>

24. Mesquita KO, Lima GK, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC. Epidemiological profile of cases of syphilis in pregnant women in the city

of sobral, ceará, from 2006 to 2010. SANARE [Internet]. 2012 [cited 2018 July 18];11(1):13-7. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/261/234>

25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Mar 17]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/89>

26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 316p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

27. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiology of gestational syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: an uncontrolled disease. Cad Saúde Pública. 2010 Sept;26(9):1747-55. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>

Submissão: 26/04/2018

Aceito: 15/01/2019

Publicado: 01/03/2019

### Correspondência

Isadora Maria Delmiro Silva  
Rua Naipu, 61  
Jardim Atlântico  
CEP: 53060-230 – Olinda (PE), Brasil