

## SÍFILIS CONGÊNITA E GESTACIONAL NO SUDESTE BRASILEIRO

### CONGENITAL AND GESTATIONAL SYPHILIS IN SOUTHEASTERN BRAZIL

Pamella Cunha Lucio<sup>1</sup>  
Leonardo Braga Gonçalves<sup>2</sup>  
Laura Mateus Borges<sup>3</sup>  
Isabelle Braga Macedo<sup>4</sup>  
Alex Domingues de Oliveira Matos<sup>5</sup>  
Stefan Vilges de Oliveira<sup>6</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico da sífilis congênita e gestacional na região Sudeste e descrever os principais fatores presentes na doença. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo descritivo, desenvolvido de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Os dados secundários utilizados (epidemiológicos e demográficos) foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e do Ministério da Saúde (MS) do Brasil. **Resultados:** Os casos de sífilis gestacional (154.451 casos) e congênita (80 mil casos) estiveram relacionados ao baixo grau de escolaridade materna (49,38%), minorias raciais (58,45%) e maiores fatores de riscos para a prematuridade, associados a adesão tardia ao pré-natal. Além disso, no intervalo de tempo estudado, evidenciou-se um aumento nas taxas de detecção e a diminuição do número de natimortos por sífilis congênita. **Conclusões:** O estudo mostrou que houve, na maior parte do tempo, uma tendência de crescimento anual dos casos de sífilis, em que a maioria das notificações são feitas no período latente ou primário. A maioria dos casos reportados são de pessoas pretas, pardas ou indígenas, em situação de vulnerabilidade econômica, social e educacional. Houve, também, redução dos casos de abortos e natimortos, porém, um aumento de óbitos de nascidos com menos de 1 ano decorrente de complicações da sífilis congênita.

**Palavras-chave:** Sífilis congênita; Sífilis gestacional; Pré-natal.

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. Minas Gerais. Brasil. E-mail: [pamcunhalucio@gmail.com](mailto:pamcunhalucio@gmail.com)

<sup>2</sup>Graduando em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. Minas Gerais. Brasil. E-mail: [bragaleon7@gmail.com](mailto:bragaleon7@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4067-4152>

<sup>3</sup>Graduanda em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. Minas Gerais. Brasil. E-mail: [lauramborges99@gmail.com](mailto:lauramborges99@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6613-1562>

<sup>4</sup>Graduanda em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. Minas Gerais. Brasil. E-mail: [Isa.brama2016@gmail.com](mailto:Isa.brama2016@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2102-3255>

<sup>5</sup>Graduando em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. Minas Gerais. Brasil. E-mail: [adom\\_1996@hotmail.com](mailto:adom_1996@hotmail.com)

<sup>6</sup>Doutor em Medicina Tropical. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. Minas Gerais. Brasil. E-mail: [stefan@ufu.br](mailto:stefan@ufu.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5493-2765>

## ABSTRACT

**Objective:** To analyse the epidemiologic profile of congenital and gestational syphilis in Southeastern Brazil and to verify factors associated with this disease's predominance. **Methods:** This is a descriptive epidemiologic study conducted from January 2010 to December 2019. Secondary data used in this study were obtained from Brazilian Geography and Statistics Institute (IBGE) and Brazilian Ministry of Health (MS). **Results:** Cases of congenital and gestational syphilis are related to a low educational level, racial minorities and a higher risk of preterm labor due to late presentation to prenatal care. In this study's interval, we observed an increase in the detection rate and a decrease in the number of stillbirths caused by congenital syphilis. **Conclusion:** In most years of analysis, there is a growing tendency of cases of syphilis, which are reported mostly during latent and primary stages. The majority of reported cases are associated with racial minorities in a vulnerable condition regarding socioeconomic status and educational level. Furthermore, this study reveals a decrease of abortions and stillbirths, while the death rate of children below one year of age due to complications of congenital syphilis has increased.

**Keywords:** Congenital syphilis; Gestational syphilis; Prenatal care.

**Artigo recebido em:** 24/10/2021

**Artigo aprovado em:** 29/05/2023

**Artigo publicado em:** 22/06/2023

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença crônica, infecciosa e sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria do tipo espiroqueta de alta patogenicidade que tem a espécie humana como transmissora e hospedeira, sendo parasita exclusiva desta<sup>1</sup>. A doença começa a se apresentar por algumas manifestações cutâneas e, se não tratada, pode causar danos graves a diversos órgãos e sistemas do organismo, como os sistemas nervoso, respiratório, cardiovascular e gastrointestinal, além de acometer ossos e olhos<sup>2, 3</sup>. O período de incubação costuma variar de 10 a 90 dias e sua média é 3 semanas<sup>2</sup>.

A evolução clínica da sífilis é subdividida em estágios que apresentam sintomas e os que não os apresentam. Os sintomáticos correspondem às fases primária, secundária e terciária. Enquanto que as fases latentes são assintomáticas, representadas pelos períodos de não progressão da doença, situados entre os estágios primário e secundário<sup>3</sup>.

A fase primária é caracterizada pelo cancro duro, uma lesão única de bordas endurecidas, que, inicialmente, configura-se como uma pápula róseo-avermelhada e se torna uma úlcera<sup>3</sup>. A secundária se manifesta quando o quadro inicial não foi

tratado e ocorreu uma disseminação do treponema para diversos órgãos e líquidos corporais, originando erupções, apresentadas na forma de pápulas, máculas ou grandes placas eritomatosas branco-acinzentadas, normalmente situadas em regiões úmidas. Na fase terciária ocorre inflamação e destruição de tecidos, aparecimento de tumorações amolecidas em pele, mucosas e outras partes do corpo, como ossos, além disso, tal fase abrange as formas mais graves da sífilis, com acometimento neural e cardiovascular<sup>4</sup>.

A transmissão acontece, sobretudo, por meio do sexo desprotegido, mas também pode ocorrer por via transplacentária, ocasionando a sífilis congênita (SC), que pode gerar muitos impactos negativos, interferindo no desenvolvimento fetal. As chances de que ocorra transmissão vertical dependem do estágio patogênico em que se encontra a gestante, sendo a fase primária a de maior infectividade, seguida da secundária, visto que o risco de infecção varia de 70% a 100%, enquanto no terciário é reduzido para 30%<sup>3</sup>. As diversas alterações causadas no corpo pela doença podem gerar hidropsia no concepto, aborto espontâneo, restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro, icterícia, surdez, hepatoesplenomegalia, rinite, pseudoparalisia e morte fetal<sup>5, 6</sup>.

O diagnóstico da sífilis depende de um conjunto de dados clínicos, resultados laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Nas fases sintomáticas, é possível executar exames diretos, porém não são exames de rotina, pois a maioria das pessoas com sífilis apresenta-se sem sintomas. Já os testes imunológicos (laboratoriais) são utilizados tanto na fase sintomática, quanto na fase de latência<sup>(7)(8)</sup>.

Para o diagnóstico laboratorial da sífilis utilizam-se os testes treponêmicos e os não treponêmicos<sup>(4)</sup>. O diagnóstico de sífilis na gestação deve ser feito por meio do teste VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ou do teste RPR (Rapid Plasma Reagin), ambos não treponêmicos, por apresentarem elevada sensibilidade. É válido ressaltar que o diagnóstico da SC precisa ser baseado em dados históricos, exames laboratoriais maternos, além dos dados clínicos, laboratoriais e de imagem do RN, visto que 50 a 70% dos casos de SC são assintomáticas devido à dificuldade do encontro do *Treponema pallidum* no recém-nascido<sup>(9)</sup>. Assim, alguns diagnósticos tornam-se presuntivos. Ressalta-se, ainda, a importância do pré-natal para a gestante e para o bebê.

No tratamento de primeira linha da gestante é usada a penicilina G benzatina. Em casos de alergias, a dessensibilização será aconselhada. Caso o tratamento de primeira linha não esteja disponível, a doxiciclina e a tetraciclina são alternativas de tratamento para a sífilis, mas não são aconselhadas para mulheres gestantes<sup>(5)</sup>. Para tratamento de RN, são usadas a penicilina G benzatina, a penicilina G cristalina e a penicilina G procaína, sendo a dose e o medicamento escolhido dependentes do histórico de tratamento da mãe e de alterações sorológicas e clínicas no bebê<sup>(10)</sup>.

Apesar do tratamento depender de uma droga acessível e de baixo custo, a sífilis ainda é um problema de saúde pública, afetando um milhão de gestantes em todo o mundo, engendrando aproximadamente 500 mil mortes fetais e neonatais e 200 mil crianças por ano sendo colocadas em risco de morte prematura<sup>(1)</sup>. Em âmbito

nacional, dados recentes sobre a sífilis gestacional e a sífilis congênita mostram uma proporção significativa de mulheres e recém nascidos infectados. Entre as mulheres, houve um aumento de 1047% entre os anos de 2005 a 2013. Dentro desse mesmo contexto, a notificação da sífilis congênita teve um aumento de 135 %<sup>(11)</sup>.

Esse cenário, todavia, pode ser explicado por início tardio do acompanhamento pré-natal, redução do número de consultas, tratamento inadequado dos casos diagnosticados e o não tratamento dos parceiros, assim como a resistência ao uso de preservativos por muitas pessoas e o comportamento de risco na população masculina<sup>(12)</sup>. Ademais, também existe a falta de cuidado preventivo por agentes e autoridades de saúde e o desconhecimento da gravidade da doença<sup>(3)</sup>. Saindo dos subgrupos de sífilis congênita e gestacional, a sífilis ainda é um grande problema de saúde pública. Segundo a OMS, ocorrem 12 milhões de novos casos na população adulta em todo o mundo. Essa persistência da doença pode ser elucidada também pela migração para grandes centros urbanos e acesso limitado aos cuidados de saúde, juntamente com a desigualdade socioeconômica<sup>(13)</sup>.

O panorama atual da sífilis congênita é, portanto, de uma doença facilmente evitável, seja com o uso de preservativos para prevenir a transmissão sexual da sífilis para gestantes ou com a triagem e o acompanhamento nas consultas pré-natais para prevenir a transmissão vertical. O tratamento padrão com a penicilina é eficaz e barato. Porém, mesmo com as tentativas de erradicar a sífilis congênita<sup>(8)</sup>, ela ainda persiste no Brasil, sendo responsável por diversos resultados indesejados para a gestação e para o concepto. Nesse sentido, o presente estudo busca traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita e gestacional no Brasil.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, com análise quantitativa, de casos registrados de sífilis congênita na região sudeste de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Os dados epidemiológicos foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) e do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

A área amostral estudada concentra, aproximadamente, 41% da população nacional e caracteriza-se como a região mais populosa e a mais povoada do país, com densidade demográfica de 87 hab./km<sup>2</sup>, segundo o censo divulgado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de ser a área mais urbanizada do território brasileiro.

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória e deve ser registrada em uma ficha de identificação e investigação epidemiológica que, entre outros critérios, notifica os antecedentes epidemiológicos da gestante e da criança com sífilis, os dados laboratoriais e o tratamento realizado em cada, como também os cuidados pré-natais com a gestante e o concepto.

Assim, as variáveis analisadas foram: Número de casos de Sífilis Gestacional, Taxa de Detecção de Sífilis Gestacional e Incidência de casos de Sífilis Gestacional; Número de casos de Sífilis Congênita, Taxa de Detecção de Sífilis Congênita e Incidência de casos de Sífilis Congênita; Idade gestacional por ano de diagnóstico [1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre, Idade gestacional ignorada, Ignorado]; Escolaridade materna [Analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta, 4ª série completa, 5ª a 8ª série incompleta, Fundamental completo, Médio Incompleto, Médio Completo, Superior Incompleto, Superior Completo, Não se aplica, Ignorado]; Classificação clínica por ano diagnóstico [Sífilis primária, Sífilis secundária, Sífilis terciária, Sífilis latente, Ignorado]; Diagnóstico final por ano de diagnóstico [Sífilis congênita recente, Sífilis congênita tardia, Aborto por sífilis, Natimorto por sífilis]; Realização do pré-natal da mãe [sim, não, ignorado]; Idade da criança por ano de diagnóstico [Menos de 7 dias, 7 a 27 dias, 28 a 364 dias, 1 ano, 2 a 4 anos, 5 a 12 anos, Ignorado]; Crianças com sífilis congênita em relação ao tratamento materno [adequado, inadequado, não realizado, ignorado].

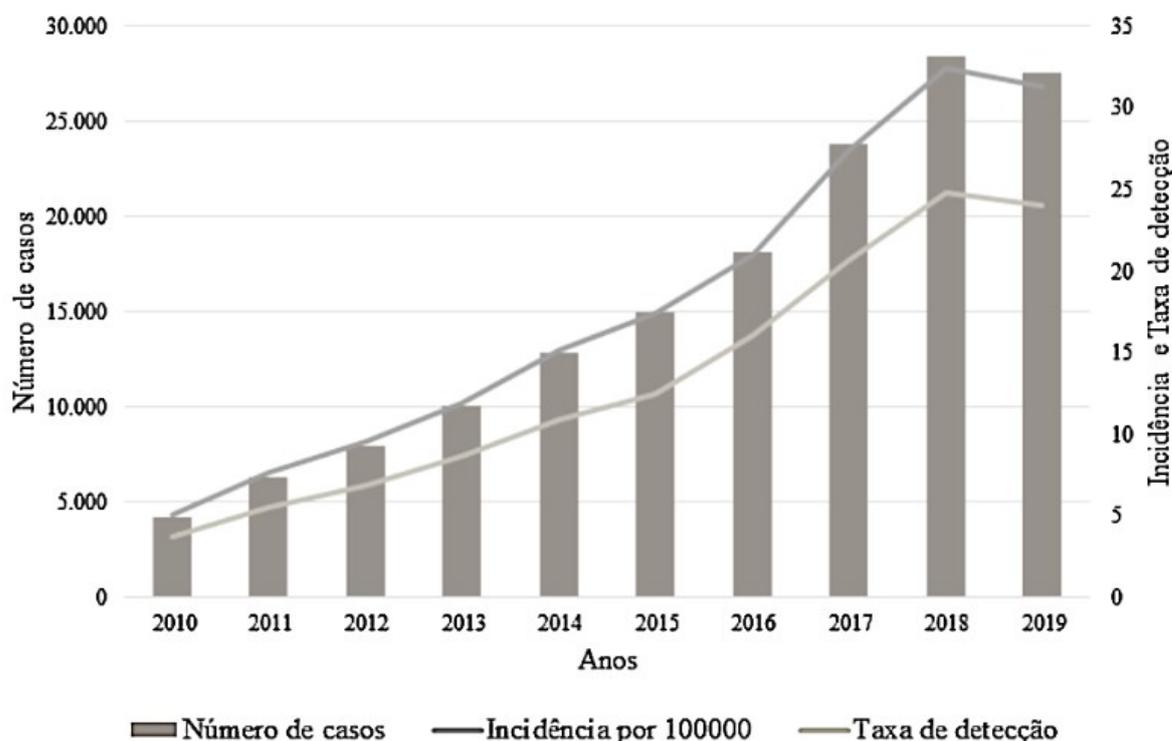
Os softwares utilizados para o processamento e para a tabulação de dados foram o Tabwin 3.2 e Excel. Tais dados foram estudados considerando números brutos, medidas de frequência e de tendência central. A taxa de detecção está disponibilizada no site do Ministério da Saúde (MS). A incidência das sífilis congênita e gestacional na Região Sudeste foi calculada pelos números de casos/pela população x 100 mil habitantes, segundo os dados e projeções demográficas disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) mediante o DATASUS. Também foi calculado o coeficiente bruto de mortalidade, obtido pelo número total de óbitos de residentes pela população total residente.

Por se tratar de um estudo com dados não nominais, não foi necessária apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

### **3 RESULTADOS**

No Sudeste brasileiro, durante o período de janeiro de 2010 até dezembro de 2019, foram notificados 154.451 de sífilis gestacional. O ano com o maior número de casos foi 2018, com 28.430 registros, representando 18,4% do total. A taxa de detecção era 3,2 em 2010, teve seu maior valor em 2018 (24,8) e houve uma queda para 24,0 em 2019. A incidência média anual de 2010 até 2019 para a região foi de 17,9 casos por 100.000 habitantes. (GRÁFICO. 1)

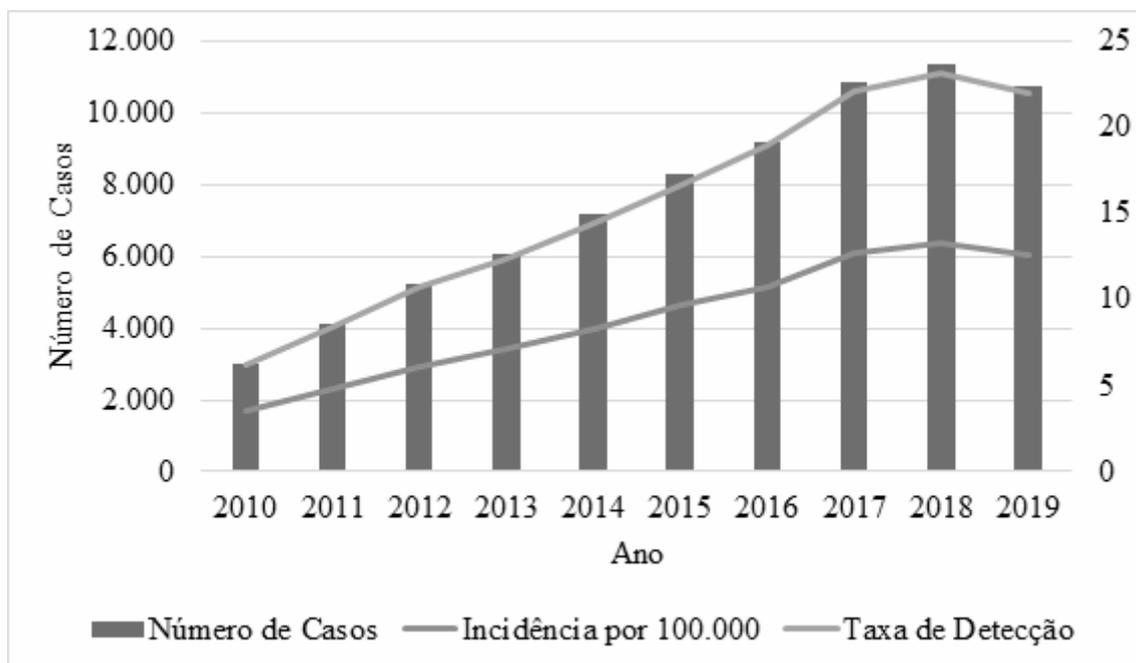
Gráfico 1 – Distribuição anual de notificações por sífilis gestacional, incidência e taxa de detecção, no sudeste brasileiro, 2010-2019, segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.



Dos casos de sífilis gestacional, de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, foram registrados 57.334 (37,12%) casos correspondentes à fase latente, 35.718 (23,12%) à primária e 40.051 (25,93%) dos casos tiveram o estágio da doença ignorado. Os demais são referentes aos estágios secundário e terciário, os quais representam as menores porcentagens dos casos, 6.637 (4,29%) e 14.711 (9,52%), respectivamente.

De janeiro de 2010 a dezembro de 2019, foram registrados mais de 80 mil casos de sífilis congênita em menores de um ano na região Sudeste. O ano com maior número de casos, 11.134, foi em 2018, que representa 11,23% do total. A taxa de detecção média anual dessa região foi de 6,62 e a incidência média foi de, aproximadamente, 8,87 casos a cada 100 mil habitantes. (GRÁFICO. 2)

Gráfico 2 – Distribuição anual de notificações de sífilis congênita em menores de um ano na região Sudeste, Brasil, 2010-2019, segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.



Entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, o diagnóstico da sífilis em gestantes ocorreu, predominantemente, depois do primeiro trimestre da gestação. 41.066 casos, que representam cerca de 26,59% do total, foram diagnosticados no segundo trimestre de gravidez. Além disso, a idade gestacional foi ignorada em 10.168 casos (6,58% do total). Em 2018, ano com maior número de casos, 12.700 foram diagnosticados no primeiro trimestre, 6.780 no segundo e 7.126 no terceiro, além de 1.625 casos em que a idade gestacional no momento do diagnóstico foi ignorada.

Os dados também revelam o perfil de escolaridade das gestantes diagnosticadas com sífilis. No período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, 76.272 gestantes, aproximadamente 49,38% do número total de casos, não possuíam Ensino Médio completo e, entre essas, 1.052 (0,68% do total) eram analfabetas. Por outro lado, pacientes que possuem Ensino Superior completo representaram 1.422 casos (0,92% do total) entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019. Além disso, o grau de escolaridade das gestantes foi ignorado em 46.405 (cerca de 30,04% do total) dos diagnósticos realizados.

Como mostra a tabela 1, houve um predomínio de casos de pacientes não brancas. Foram registrados 90.282 casos de pacientes pretas, pardas e indígenas, o que representa aproximadamente 58,45% do total no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Pacientes brancas representaram cerca de 30,96% dos casos, com 47.825 diagnósticos realizados no período. Ademais, em 15.037 casos registrados na década, a raça ou cor da gestante foi ignorada.

Tabela 1 – Distribuição anual dos casos de sífilis gestacional segundo raça ou cor na região Sudeste, Brasil, 2010-2019, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados até dia 31/12/2019.

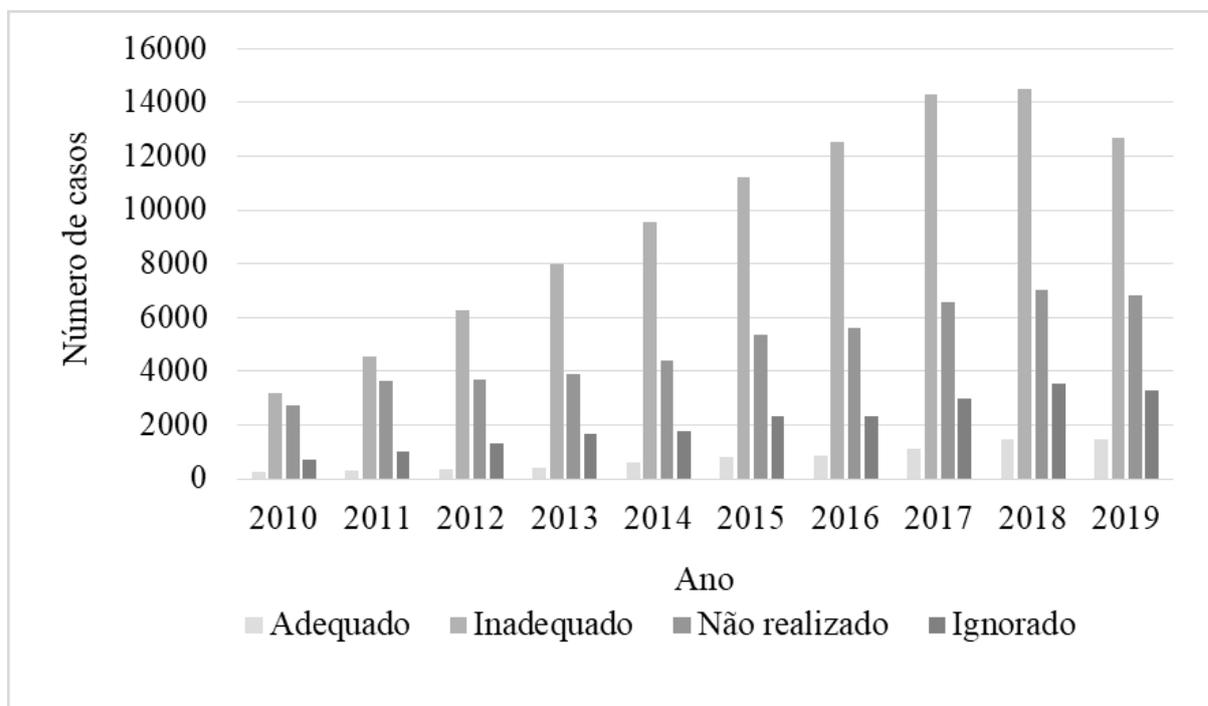
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorada
Ano						
2010	1.482	602	27	1.529	38	547
2011	2.077	1.008	56	2.383	32	810
2012	2.567	1.233	62	3.081	37	1.018
2013	3.275	1.429	78	3.964	16	1.278
2014	4.139	1.997	81	5.199	15	1.450
2015	4.694	2.213	117	6.228	34	1.654
2016	5.525	2.725	144	7.900	36	1.789
2017	7.425	3.753	224	10.575	34	1.855
2018	8.599	4.386	269	12.791	46	2.339
2019	8.042	4.360	248	12.592	46	2.297
Total	47.825	23.706	1.306	66.242	334	15.037

Considerando a idade de diagnóstico de sífilis congênita na região sudeste entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019, a maioria das crianças, isto é, 96,62%, receberam o diagnóstico com menos de 7 dias de vida e 1,56% entre o 7º ao 27º dia. Ademais, entre o 28º ao 1º ano de vida, cerca de 1.161 (1,65%) nascidos foram diagnosticados com a enfermidade. Apesar dos dados apontarem que a maior parte das crianças recebem seu diagnóstico clínico no início da vida, tem-se conhecimento de 101 (0,15%) casos em que a descoberta se deu tardiamente, isto é, acima dos dois anos de idade e 35 (0,05%) casos em que a idade foi ignorada.

Relacionando os casos confirmados de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico, tem-se que 78,79% dos casos são provenientes de gestantes que passaram pelo acompanhamento pré-natal, sendo 2018 o ano com a maior prevalência, 9.136 casos, e 2010 o menor, com 2.151. Foram diagnosticados 11.130 mil casos de sífilis em crianças cuja mãe não realizou o acompanhamento pré-natal, também maior em 2018, o que representa 13,7% desse total. Sabe-se que 3.833 casos foram ignorados para análise dessa variável.

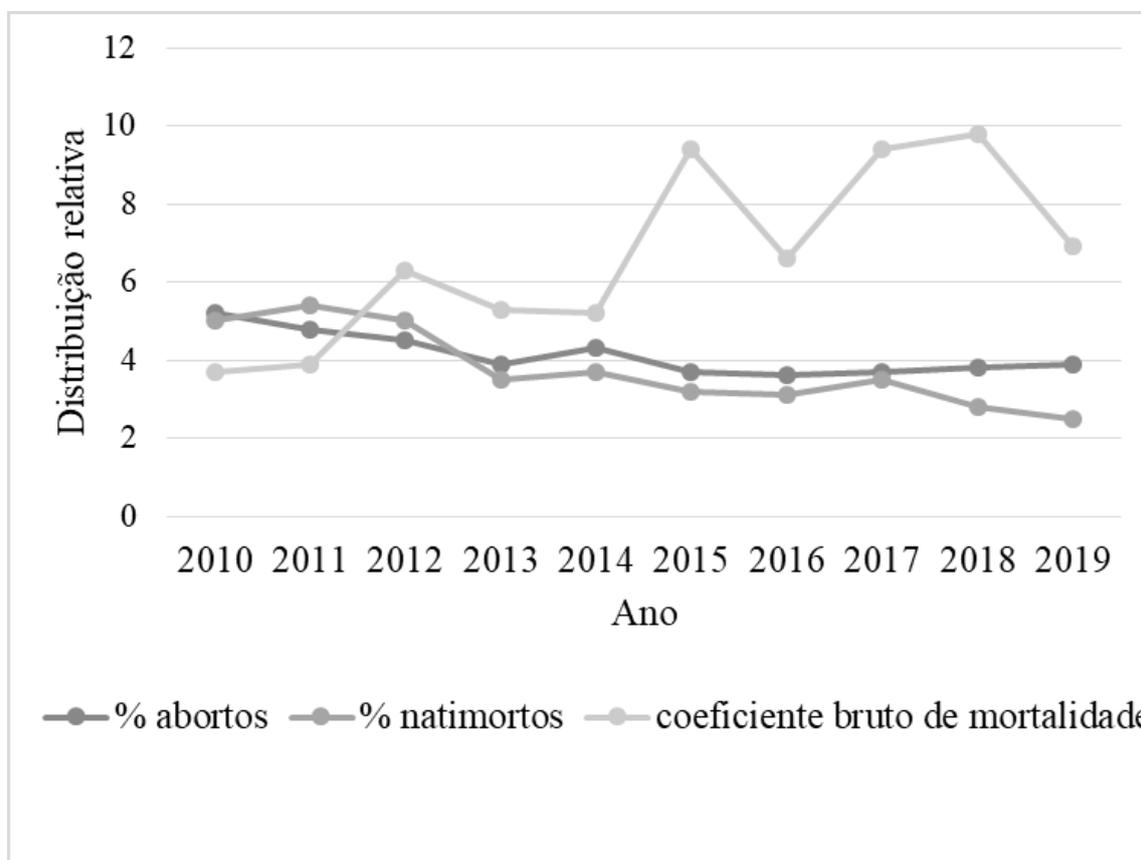
Em relação aos casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe, no período entre 2010 e 2019, o tratamento adequado corresponde ao número absoluto de 7.679, apenas 4,4 % do total, com o maior registro de tratamento adequado em 2018. Em relação aos tratamentos inadequados, esses somam 96.773, o que representa 54,4 % do total de tratamentos entre 2010 e 2019. Sobre tratamentos não realizados, são 49.914 registros, sendo 28,6% do todo. Um número absoluto de 21.015 tratamentos foram ignorados quanto à classificação, representando 12 %. (GRÁFICO 3)

Gráfico 3 – Distribuição anual de casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe, Brasil, 2010-2019, segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.



Quanto aos resultados indesejáveis que podem decorrer da sífilis gestacional, de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, houve 3.037 abortos, com uma média anual de 303,7 abortos, e 2.635 natimortos, com uma média anual de 263,5 natimortos. O ano com maior número de abortos foi 2018, com 431 ocorrências registradas, e o ano com menor número foi 2010, com 155 ocorrências registradas. Já em relação aos natimortos, o ano com maior número foi 2017, com 376 ocorrências registradas, e o ano com menor número foi 2010, com 151 ocorrências registradas. A distribuição percentual dos abortos variou de 3,6%, em 2016, a 5,2%, em 2010; já a dos natimortos, de 2,2%, nos primeiros seis meses de 2020, a 5,4%, em 2011. Foram registrados, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019, 768 óbitos em menores de um ano por sífilis congênita, com uma média anual de 76,8. O ano com mais óbitos nesse período foi 2015, com 113 óbitos registrados, e o ano com menos óbitos foi 2010, com 42 óbitos registrados. O coeficiente bruto de mortalidade da sífilis congênita em menores de um ano por 100 mil nascidos vivos variou entre 3,7, em 2010, a 9,8, em 2018. O Gráfico 4 agrupa a distribuição relativa desses indicadores, ilustrando a variação do percentual de abortos e natimortos e do coeficiente bruto de mortalidade.

Gráfico 4 – Distribuição relativa do número de abortos e natimortos em relação ao total de casos de sífilis congênita por ano e coeficiente bruto de mortalidade da sífilis congênita a cada 100 mil nascidos vivos de 2010 a 2019.



Fonte: SINAN, 2020 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

#### 4 DISCUSSÃO

Em relação à sífilis gestacional, é representado um aumento anual de casos no sudeste brasileiro até 2018 (Gráfico 1). Concomitantemente, a taxa de detecção também aumentou. Tal fato deve-se à melhoria de tecnologias incorporadas aos métodos diagnósticos, juntamente à ampliação do acesso a esses testes; mas também tem-se a redução do medo em relação a algumas Infecções Sexualmente Transmissíveis - como o HIV -, já que houve uma melhora no tratamento; além disso, há impacto da falta de uso do preservativo<sup>14, 15</sup>. No entanto, é difícil delimitar se os casos realmente estão aumentando, além de possuir sua percepção potencializada pela melhora da taxa de detecção, ou se é justamente essa melhora na detecção que está “aumentando” os casos, por uma revelação daqueles que antes seriam subnotificados.

Um fato interessante é que em 2019 houve uma queda da taxa de detecção e este ano apresentou um número de casos menor do que 2018, quebrando uma tendência de aumento que permanecia há muitos anos. Isso pode estar relacionado às ações de prevenção e tratamento instituídas que conseguiram ser mais efetivas

nesse ano<sup>16</sup>. A queda nos registros de casos está relacionada, principalmente, com a atuação da Atenção Primária em diagnosticar oportunamente a doença e encaminhar para o tratamento adequado.

Ademais, faz-se necessário evidenciar que 9,52% dos casos sífilis são referentes à sífilis terciária, situação mais avançada que compreende os sintomas mais graves. Por outro lado, o maior percentual está incluso nas fases primária e latente, que juntas correspondem a 60,14% do total de notificações. Nesse aspecto, é importante salientar que a fase primária possui maior infectividade, ou seja, facilitaria a ocorrência da transmissão vertical<sup>3</sup>.

Também é preciso enfatizar o grande número de casos (25,93%) em que o estágio diagnosticado da doença foi um aspecto ignorado. Isso é preocupante, já que cria uma certa distorção no cenário de análise.

Os dados obtidos também revelam que o diagnóstico foi feito, muitas vezes, de maneira tardia. O maior percentual diz respeito a casos diagnosticados fora do primeiro trimestre gestacional. Desse modo, o tratamento também é iniciado de maneira tardia, podendo, dessa forma, trazer prejuízos tanto para a gestante quanto para o feto. Contudo, apesar dessa tendência de diagnósticos tardios, no período analisado, a porcentagem de diagnósticos feitos no primeiro trimestre teve um aumento de 25,9% em 2010 para 43,7% em 2019, o que demonstra ações que visam detectar a doença mais precocemente. A infecção pode causar consequências graves, tais como: aborto, óbito fetal e sequelas motoras, cognitivas, neurológicas, visuais e auditivas<sup>(17)</sup>. As manifestações clínicas mais comuns são as lesões cutâneo-mucosas, que se apresentam como tubérculos ou gomas; apresentação neurológica, tal como o *tabes dorsalis* e demência; doença cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico e comprometimento articular (Artropatia de Charcot). Além das alterações fisiopatogênicas, a sífilis também causa efeitos psicológicos e sociais na vida da gestante<sup>(18)</sup>.

A transmissão vertical é sabidamente evitável, desde que a gestante seja precocemente diagnosticada e adequadamente tratada. Assim, também é importante destacar que, em 6,58% dos casos, a idade gestacional foi ignorada no momento da notificação, dificultando a obtenção de resultados mais precisos acerca do perfil das infectadas por sífilis gestacional.

O grau de escolaridade das gestantes também teve seu perfil esboçado por meio dos diagnósticos. Revelou-se que baixos níveis de escolaridade estão diretamente relacionados com maior número de casos de sífilis gestacional, o que está de acordo com a literatura, sendo a escolaridade um fator de risco individual<sup>(4)</sup>. Ademais, é necessário observar que a escolaridade da gestante não foi contabilizada em 46.405 casos (31,89% do total), o que também dificulta a obtenção de um recorte claro da real situação.

Como apresentado na tabela 1, o perfil étnico-racial das gestantes contaminadas por sífilis no período descrito é marcado pelo predomínio de mulheres pretas, pardas e indígenas, que somam 90.282 casos (58,45% do total). As minorias são geralmente afetadas por doenças infecciosas em taxas desproporcionalmente

mais altas do que o resto da população. Falta de credibilidade médica a esse público, além de um acesso limitado à assistência médica levam ao diagnóstico tardio e ao manejo subótimo de doenças infecciosas entre as populações minoritárias vulneráveis<sup>(19)</sup>. Dessa maneira, é possível compreender que tal predomínio étnico pode estar relacionado com questões de disparidades raciais existentes no Brasil e que também possa ser associado a outros fatores, como a já mencionada questão da escolaridade e a questão econômica, nos dados coletados durante a última década<sup>(20)</sup>.

Segundo os dados coletados, a maioria das crianças foram diagnosticadas com sífilis congênita precocemente, isto é, mais de 97% dos casos foram confirmados até os dois anos de vida, enquanto poucos casos se deram tardiamente. Ao contrário do encontrado nos dados, a sífilis pode se apresentar como uma doença “silenciosa”, assintomática e, por isso, ser de difícil diagnóstico<sup>(10)</sup>. Assim, o diagnóstico precoce permite que a equipe médica monitore e trate a criança o mais eficientemente possível, de maneira a acompanhar seus testes sorológicos, a radiografia de seus ossos longos e prevenir o desenvolvimento de formas mais graves da sífilis, a exemplo neurosífilis<sup>(10)</sup>.

A realização do pré-natal é essencial para diagnóstico e tratamento de sífilis materna já nos primeiros instantes confirmada a infecção<sup>(21)</sup>. De acordo com os dados apresentados, 77,84% dos casos confirmados de sífilis congênita eram de gestantes que passaram pelo acompanhamento pré-natal. Essa elevada incidência dos casos de sífilis pode ser indicativa de assistência deficiente, com medidas de prevenção ignoradas e ou tratadas ineficientemente, que carecem de ações estratégicas e educativas para a qualificação do tratamento. Sendo assim, a sífilis congênita pode ser considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-infantil na atenção básica<sup>(21)</sup>.

Ao analisar o gráfico 3, o ano de 2018 foi o ano com a maior notificação em relação aos casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe. Em relação ao período todo considerado, existe uma porcentagem baixa de tratamentos adequados (4,3%). O aumento da notificação revelado no ano de 2018 também foi acompanhado de um maior número de casos de tratamentos ignorados, o que questiona se a melhora da notificação é capaz de melhorar o cenário da sífilis congênita, visto que a informação sobre o tipo de tratamento é fundamental para a terapêutica do bebê<sup>(9)</sup>.

A proporção de abortos, natimortos e óbitos por sífilis congênita em relação ao número total de casos no sudeste, em 2015, foi de 7,84%, em comparação aos 8% verificados em todo o Brasil nesse mesmo ano<sup>(9)</sup>, fenômeno que confirma o sudeste como uma região com melhores indicadores da sífilis congênita que os nacionais<sup>(3)(22)</sup>. Comparando a quantidade relativa de abortos e natimortos por sífilis congênita no sudeste em anos recentes com os indicadores do início da década, é possível observar uma tendência de queda, conforme o Gráfico 4. Esse fenômeno é relevante porque pode indicar uma melhora no cuidado pré-natal, momento quando se pode intervir nos desfechos de uma sífilis gestacional<sup>(22)(23)(24)(25)</sup>. O número relativo de natimortos, em especial, apresentou uma queda de 50%, comparando o primeiro ano completo de análise, 2010, com o último, 2019. No entanto, o coeficiente bruto de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano não acompanhou essa

tendência, ou seja: enquanto embriões e fetos estão sobrevivendo mais, os nascidos vivos não tiveram melhora no seu cuidado, e inclusive apresentaram a maior mortalidade no penúltimo ano completo de análise (2018). Esses dados são sugestivos de que o cuidado pré-natal para com as gestantes portadoras de sífilis apresentou melhora no período analisado, enquanto o acompanhamento das crianças até o primeiro ano de vida foi ineficaz em prevenir os desfechos indesejados da sífilis congênita.

## CONCLUSÃO

A análise epidemiológica a partir das notificações de sífilis gestacional e congênita no sudeste brasileiro mostrou que houve, na maior parte do tempo, uma tendência de crescimento anual dos casos de sífilis. Sobre o perfil epidemiológico, a maioria das notificações de sífilis gestacional estavam relacionadas aos estágios primário ou latente. Assim, as gestantes acometidas e identificadas encontravam-se em situações iniciais ou intermediárias, tendendo a manifestar os sintomas mais brandos da doença. No entanto, a fase primária tem grande infectividade e isso aumenta os riscos de ocorrer uma transmissão vertical.

Ademais, os casos ocorreram, majoritariamente, em pessoas pretas, pardas ou indígenas, além daquelas que não concluíram o ensino médio. Assim, o contexto mostra a importância de analisar as questões a partir de recortes raciais e sociais, logo, é enfatizado como tais fatores são capazes de influenciar os acessos em saúde e a dinâmica das doenças. Por isso, é preciso a intensificação de medidas públicas que incidam, principalmente, sobre os grupos que se configuram de alguma maneira em estado de vulnerabilidade social.

Percebe-se também que a maioria das gestantes fizeram o pré-natal e que os diagnósticos estão sendo feitos precocemente, já que nos últimos anos a maioria deles aconteceram no primeiro trimestre de gravidez em gestantes ou até o 7º dia de vida do nascido. No entanto, uma quantidade pequena de casos é tratada de maneira adequada. Por fim, a análise mostra uma redução dos casos de abortos e natimortos, mas um aumento de óbitos de nascidos com menos de 1 ano. A partir disso, infere-se que o pré-natal tenha melhorado, apesar de a quantidade de tratamentos adequados ainda ser baixa, mas que o acompanhamento e tratamento após o nascimento ainda seja pouco eficaz.

Um dos desafios encontrados para a realização dessa pesquisa está relacionado com o banco de dados utilizado, o DATASUS. Ele disponibiliza informações coletadas por profissionais da saúde e algumas vezes determinadas informações podem ser ignoradas por esses profissionais. Assim, é criada uma certa distorção na análise, visto que nem sempre se obtém dados completos sobre todos os aspectos. Nota-se a importância e influência que a taxa de detecção tem para a visualização dos casos. Portanto, é necessário que a vigilância epidemiológica se aprimore cada vez mais, a fim de trazer dados mais fidedignos à realidade, a partir da redução de subnotificações.

## REFERÊNCIAS

- 1- Motta IA, Delfino IRS, Santos LV, Morita MO, Gomes RGD, Martins TPS, et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2018; (28)6:45-52. Available from: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2418>
- 2- Marques JVS, Alves BM, Marques MVS, Arcanjo FPN, Parente CC, Vasconcelos RL. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: clínica e evolução de 2012 a 2017. Sanare [Internet]. 2018; 17(2):13-20. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257/665>.
- 3- Oliveira MCB, Santos NS, Leite RS, Yoshida EH, Gomide LMM, Junior MM. Diagnóstico laboratorial da sífilis gestacional em Cerqueira César - SP: teste rápido. Revista saúde em foco. 2018; (10):766-778. Available from: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/087\\_DIAGN%C3%93STICO-LABORATORIAL-DA-S%C3%8DFILIS-GESTACIONAL.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/087_DIAGN%C3%93STICO-LABORATORIAL-DA-S%C3%8DFILIS-GESTACIONAL.pdf)
- 4- Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília (DF); 2010.
- 5- Calle M, Cruceyra M, Haro M, Magdaleno F, Montero MD, Aracil J, et al. Sífilis y embarazo: estudio de 94 casos. Medicina Clínica, 2013; 141(4):141–144. doi:10.1016/j.medcli.2012.11.033.
- 6 - Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2019; 41(2): 90-96. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032019000200090&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019000200090&lng=en).
- 7 – Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)
- 8 – Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_controle\\_sifilis\\_congenita.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf)

- 9 - Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos Epidemiológicos e Preventivos da Sífilis Congênita. São Paulo: Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo; 2017. Available from: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT08.pdf>
- 10 - Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2006 ; 81(2): 111-126. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>.
- 11 - Milanez H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. Rev. Bras. Ginecol. Obstet [Internet]. 2016 ; 38(9): 425-427. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032016000900425&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000900425&lng=en). <https://doi.org/10.1055/s-0036-1593603>
- 12 - Ramos MG, Boni SM. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá–PR. Saúde e Pesquisa [Internet]. 2018; 11(3):517-526. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6695>. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2018v11n3p517-526>
- 13 - Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 June ; 29(6): 1109-1120. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>.
- 14 - Gaspar PC, Bigolin Á, Neto JBA, Pereira EDS, Bazzo ML. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2021; 30(esp1):e2020630. Available from: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742021000500006&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000500006&lng=pt).
- 15 - Lima HD, Jesus ML, Cunha JFP, Jango, LH, Pereira JT. O impacto da pandemia da Covid-19 na incidência de sífilis adquirida no Brasil, em Minas Gerais e em Belo Horizonte. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2022; 15(8):e10874-e10874.
- 16 - Menezes IL, Targino MLM, Júnior ECF, Verli FD, Marinho SA. Sífilis Adquirida no Brasil: Análise retrospectiva de uma década (2010 a 2020). Research, Society and Development. 2021; 10(6):e17610611180-e17610611180.
- 17 - Gonçalves DA, Matida LH. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; 2010. Available from: [http://files.bvs.br/upload/M/2010/Guia\\_eliminacao\\_sifilis\\_congenita.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2010/Guia_eliminacao_sifilis_congenita.pdf)
- 18 - Machado FM, Cyrino RM. Planejamento do enfermeiro na inserção social de crianças portadoras de sífilis congênita [Conclusão de Curso]. Vitória (ES): Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo; 2011.

- 19 - Evans MK. Covid's Color Line — Infectious Disease, Inequity, and Racial Justice. *New England Journal of Medicine*. 2020 Jul 30;383(5):408–10. Available from: [https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2019445#article\\_references](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2019445#article_references)
- 20 - Reis GJ, Barcellos C, Pedroso MM, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2018 ; 34(9). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00105517.pdf>
- 21 - Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev. Para. Med.* [Internet]. 2006; 20(1). Available from: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000100008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100008&lng=pt&nrm=iso)
- 22 - Vasconcelos MI, Oliveira KM, Magalhães AH, Guimarães RX, Linhares MS, Queiroz MV. et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev Brasileira em Promoção da saúde* [Internet]. 2016. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>
- 23 - Martinez EZ, Zucoloto ML, Silva AS, Brunherotti MA. Attributable fraction of congenital syphilis due to the lack of prenatal care. *Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [Internet]. 2018. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v52/1678-9849-rsbmt-52-e20180532.pdf>
- 24 - Nonato SM, Souto Melo AP, Guimarães Crosland MD. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Rev Epidemiologia e Serviço de Saúde*. [Internet]. 2015. Available from: <https://www.scielosp.org/article/ress/2015.v24n4/681-694/pt/>
- 25 - São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças, Programa Estadual de DST/Aids, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016. Available from: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis\\_2edicao2016.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf)