

Artigo original

Perfil epidemiológico da sífilis congênita e fatores de risco associados na Rede Regional de Atenção à Saúde 3, São Paulo, Brasil

Congenital syphilis epidemiological profile and associated risk factors in the Regional Healthcare Network 3, Sao Paulo, Brazil

Rosa Estela Gazeta^{ID}, Marta Del Porto Pereira^{ID}

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, Coordenaria de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Epidemiológica, Grupo de Vigilância Epidemiológica IX-Franco da Rocha, Franco da Rocha, São Paulo, Brasil.

Autor para correspondência

Rosa Estela Gazeta

E-mail: gazetar456@gmail.com

Instituição: Grupo de Vigilância Epidemiológica IX-Franco da Rocha (GVE IX)

Endereço: Av. dos Coqueiros, 300. CEP: 078050-030. Franco da Rocha, São Paulo, Brasil

Como citar

Gazeta RE, Pereira MDP. Perfil epidemiológico da sífilis congênita e fatores de risco associados na Rede Regional de Atenção à Saúde 3, São Paulo, Brasil. BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2023; 20: e39359.

doi: <https://doi.org/10.57148/bepa.2023.v.20.39359>

Primeira submissão: 10/07/2023 • Aceito para publicação: 24/11/2023 • Publicação: 13/12/2023

Editora-chefe: Regiane Cardoso de Paula

Resumo

Introdução: A incidência da sífilis congênita teve aumento significativo nos últimos anos e passou a ser considerada uma doença reemergente em vários países. As áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica são as que apresentam os índices mais preocupantes. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo descrever as características epidemiológicas da sífilis congênita dos casos notificados na Rede Regional de Atenção à Saúde 3 – RRAS 3 (estado de São Paulo). **Métodos:** A coleta de dados foi realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio do site do Departamento de Informática do SUS (Datasus), no período de 2018 a 2022. Os dados analisados foram: sífilis congênita, sífilis em gestante, características sociodemográficas maternas, acesso ao pré-natal e momento do diagnóstico de sífilis na gestante. **Resultados:** Aproximadamente 29% das gestantes com sífilis eram adolescentes; 86,3% das gestantes notificadas realizaram mais que 7 consultas de pré-natal e o diagnóstico de sífilis na gestante, em mais de 60% dos casos, ocorreu durante o pré-natal. Apenas 3,6% das gestantes com sífilis receberam tratamento adequado. **Conclusão:** O enfrentamento da sífilis congênita requer mudanças profundas e robustas no âmbito da atenção básica à saúde, com o objetivo de corrigir as deficiências que perpetuam o problema.

Palavras-chave: sífilis congênita, cuidado pré-natal.

Abstract

Introduction: The incidence of congenital syphilis has shown a significant increase in recent years, to the point of it being considered, in several countries, as a reemerging disease. The areas in high socioeconomic vulnerability are those with the most worrying rates. **Objectives:** This study aimed to describe the epidemiological characteristics of congenital syphilis in cases reported in the Regional Health Care Network 3 (RRAS 3) in the state of São Paulo). **Methods:** Data collection was carried out in the Notifiable Diseases Information System (Sinan), through the website of the Department of Informatics of the Brazilian unified health system (Datasus), in the period from 2018 to 2022. The data analyzed were congenital syphilis, syphilis in pregnant women, maternal sociodemographic characteristics, access to prenatal care and time of diagnosis of syphilis in pregnant women. **Results:** Approximately 29% of pregnant women with syphilis were teenagers. 86.3% of the notified pregnant women had more than 7 prenatal consultations and the diagnosis of syphilis in the pregnant woman in more than 60% of the cases occurred during prenatal care. Only 3.6% of pregnant women with syphilis received adequate treatment. **Conclusion:** Confronting congenital syphilis requires deep and robust changes in the scope of primary health care, so that the deficiencies that perpetuate such problems can finally be efficiently addressed.

Keywords: congenital syphilis, prenatal care.

Introdução

Nos últimos dez anos, a incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) aumentou no Brasil, a despeito de medidas preventivas dos órgãos públicos de saúde. Entre essas IST, a sífilis apresenta um aumento significativo e passou a ser considerada uma doença reemergente em vários países.¹⁻³

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma das populações mais afetadas pela sífilis são as gestantes. Anualmente, ocorrem aproximadamente 12 milhões de novos casos de sífilis gestacional, cerca de 300 mil mortes fetais e neonatais e 215 mil casos de parto prematuro e de recém-nascidos (RN) com baixo peso.⁴

No Brasil, de 2011 a 2021, foram notificados 1.035.942 casos de sífilis adquirida, entre esses 466.584 casos de sífilis em gestantes e 221.600 casos de sífilis congênita, dos quais 2.064 resultaram em óbito. A incidência nacional da sífilis em gestantes passou de 4,7 para 27,1 casos a cada 1.000 nascidos vivos (NV) e a incidência no estado de São Paulo foi de 5,3 para 27,1 a cada 1.000 NV no mesmo período. Conseqüentemente, a incidência de sífilis congênita cresceu de 3,3/1.000 NV em 2011 para 9,9/1.000 NV em 2021.⁵

A dimensão desses dados é alarmante, pois a doença aumenta a despeito de programas governamentais voltados para o diagnóstico precoce e tratamento gratuito, acessíveis em todo o território nacional. Um exemplo desses programas é a Rede Cegonha, que instituiu, entre vários outros procedimentos na rede de atenção primária, o teste rápido de sífilis para as gestantes no primeiro e terceiro trimestres com o objetivo de garantir diagnóstico e tratamento oportunos.⁶

Apesar dos programas de prevenção e cuidados gratuitos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o aumento de incidência de sífilis em gestantes no Brasil foi de quase seis vezes, fator que desencadeou um acréscimo de casos congênitos de quase três vezes, ao longo de dez anos. Este estudo busca descrever as características epidemiológicas dos casos notificados de sífilis congênita na Rede Regional de Atenção à Saúde 3 (RRAS 3) do estado de São Paulo, de 2018 a 2022, e discutir os aspectos mais relevantes relacionados ao diagnóstico e à prevenção.

Apresentação clínica da doença

A sífilis é uma doença que se apresenta em estágios distintos, cujas manifestações foram descritas pela primeira vez em meados dos anos de 1800. Em 1905, a partir de

exsudato de cancros sífilíticos, foi possível isolar o seu agente etiológico, o *Treponema pallidum* (Tp), e identificá-lo como uma espiroqueta.⁷ Quando não tratada, a sífilis adquirida pode evoluir em quatro estágios: sífilis primária, secundária, latente e tardia; e pode estar presente, em qualquer um dos quatro estágios, a neurosífilis, uma complicação neurológica com manifestações variadas.

Em gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas, o risco de aborto, óbito fetal, prematuridade e transmissão vertical é elevado, e cada um desses problemas pode ocorrer em qualquer um dos estágios da doença. Na infecção primária ou secundária, a taxa de transmissão da mãe para o feto varia de 60% a 100%. Já na infecção latente precoce e latente tardia, a transmissão só ocorre, respectivamente, em até 40% e 8% dos casos. Portanto, bebês nascidos de mães que adquiriram sífilis durante a gestação apresentam maior risco de desenvolver a infecção congênita do que aqueles nascidos de mães infectadas previamente à gestação.⁷

A sífilis congênita pode ser assintomática ao nascimento. Quando sintomática, apresenta um amplo leque de manifestações, que vão desde acometimentos inespecíficos, como hepatoesplenomegalia, até lesões graves e específicas da doença.⁷⁻⁹

O quadro 1 apresenta os principais achados na sífilis adquirida e neonatal.

Quadro 1. Manifestações clínicas e estágios de evolução da sífilis adquirida e congênita.

Estágios de evolução						
		Primária	Secundária	Latente	Terciária	Neurosífilis
Sífilis adquirida	Tempo de duração	Início 3 semanas após o contágio duração de 4 a 6 semanas	Início 1 a 3 meses após contágio com duração	Precoce: 1 ano após o contágio Tardia > 1 ano de infecção ou tempo desconhecido	15 a 30 anos após a infecção inicial	Pode ocorrer em qualquer estágio da doença
	Características clínicas	Cancro	Sintomas inespecíficos Condiloma plano Erupção mucocutânea		Destrução tecidual e óssea (goma), alterações neurológicas e cardiovasculares	Sífilis primária e secundária: meningite aguda
Sífilis congênita		Precoce		Tardia		
	Tempo de duração	Do nascimento até 2 anos de vida		Após 2 anos de vida		
	Características clínicas	Hepatoesplenomegalia, Anemia, Icterícia, Pênfigo palmo, Plantar Sífilides, Pseudoparalisia de Parrot		Malformações dentárias e ósseas Coriolite, Ceratite intestinal	Atraso no DNPM Surdez neurosensorial Tabes dorsalis	

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O diagnóstico da sífilis, seja adquirida, seja congênita, depende de uma combinação de dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. O diagnóstico laboratorial pode ser realizado

por métodos diretos, com pesquisa do Tp a partir de lesões genitais, esfregaços de tecidos ou biópsias. Entretanto, os métodos indiretos, que pesquisam a resposta imune, são os mais utilizados na prática diária.

A sífilis adquirida é diagnosticada a partir da associação de testes treponêmicos, como: teste rápido (TR), *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTA-Abs), *T. Pallidum Particle Agglutination Assay* (TPPA), que detectam anticorpos específicos, e testes não treponêmicos, como *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Rapid plasma reagin* (RPR). Os primeiros têm a vantagem de detecção da sífilis na infecção precoce e latente, quando se mostram mais sensíveis que os testes não treponêmicos. Estes, no entanto, têm grande importância para o acompanhamento, tratamento e diagnóstico de cura.¹⁰

Já o diagnóstico da sífilis congênita, muitas vezes, é dificultado pela falta de informações confiáveis sobre o tratamento materno, pela ausência de sintomas, que ocorre em uma parcela significativa dos casos, e pela transferência de anticorpos maternos, que muitas vezes exige um período maior de acompanhamento para que se confirme ou descarte o diagnóstico.^{8,9}

No que concerne ao tratamento, a penicilina é o antibiótico de escolha tanto para a sífilis adquirida quanto para a sífilis congênita, uma vez que não há descrição de resistência do *T. pallidum* a essa droga.

Nas gestantes com diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente utiliza-se a benzilpenicilina benzatina de 2.400.000 UI em dose única. Já na sífilis terciária, são utilizadas três doses de 2.400.000 UI com intervalo de uma semana entre cada aplicação. A gestante é considerada adequadamente tratada se o esquema completo de tratamento com benzilpenicilina benzatina (posologia de acordo com o estágio clínico da sífilis) for iniciado até 30 dias antes do parto. A neurosífilis de gestantes ou de RN deve ser tratada com benzilpenicilina cristalina por dez dias após diagnóstico. Nos RN com diagnóstico de sífilis congênita sem neurosífilis, o tratamento recomendado é com benzilpenicilina procaína, também por dez dias.^{9,11}

Métodos

Trata-se de estudo epidemiológico transversal, descritivo, com série temporal de casos sobre sífilis congênita, notificados na Rede Regional de Atenção à Saúde 3 no estado de São Paulo, entre 2018 e 2022.

A coleta de dados foi realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), por meio do site do Departamento de Informática do SUS (Datasus). A extração das informações foi feita no dia 31 de janeiro de 2023. Os dados analisados foram sífilis congênita,

sífilis em gestante, características sociodemográficas maternas, acesso ao pré-natal e momento do diagnóstico de sífilis na gestante.

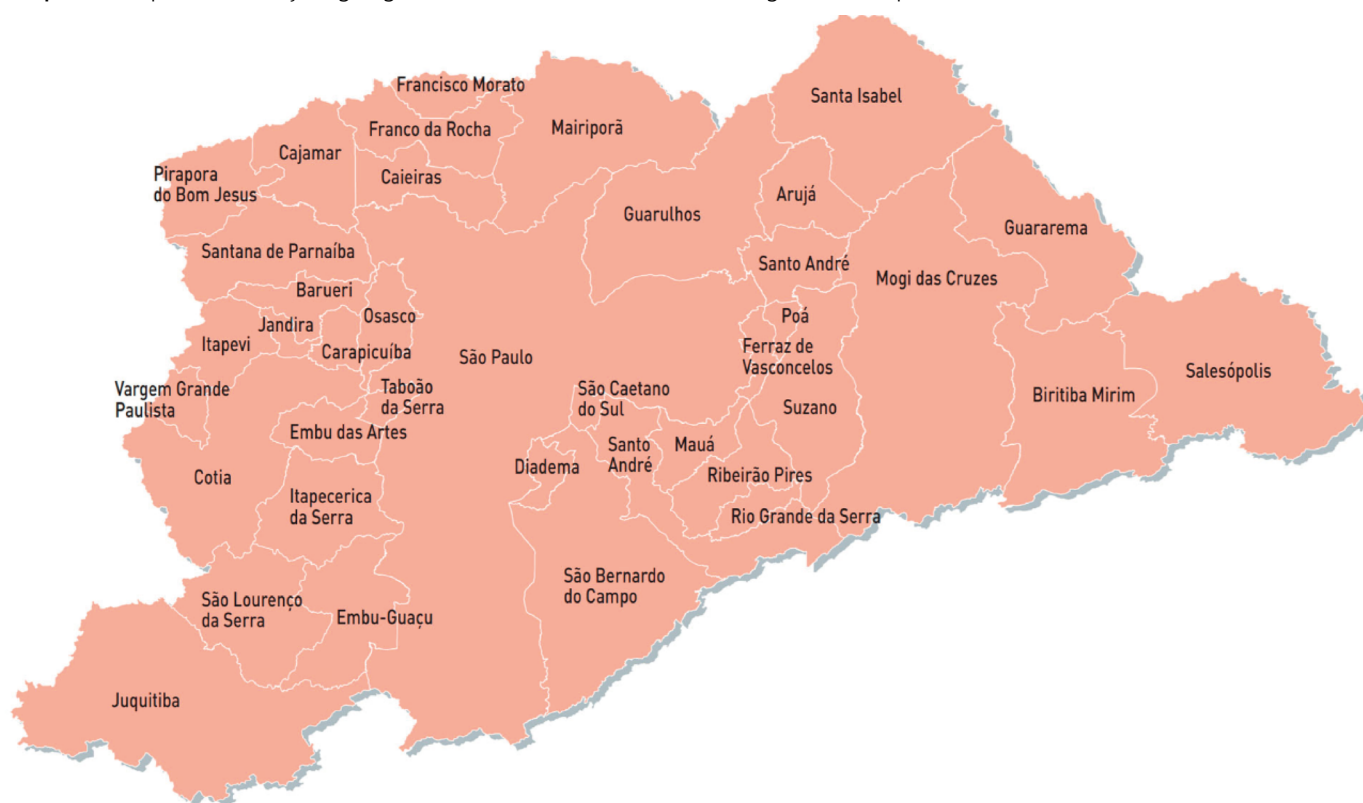
Foi usado o *software* do Microsoft Office Excel 2019 para a tabulação e análise dos dados, bem como cálculo dos indicadores de prevalência.

Resultados

Características geográficas e populacionais da RRAS 3

A RRAS 3 pertence ao Departamento Regional de Saúde I (DRS I) da região da Grande São Paulo. É composta de cinco municípios: Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã, localizados ao norte da cidade de São Paulo (Mapa 1).

Mapa 1. Mapa da situação geográfica da RRAS 3 dentro da Região Metropolitana de São Paulo.



Fonte: Plano de desenvolvimento urbano integrado https://rmsp.pdui.sp.gov.br/?page_id=127.

As características sociodemográficas dessas cidades podem ser analisadas na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos municípios pertencentes à RRAS 3.

Índices	Caieiras	Cajamar	Francisco Morato	Franco da Rocha	Mairiporã
Área Territorial (km ²)	97,642	131,386	49,001	132.775	320,697
População estimada	104.044	79.034	179.372	158.438	103.645
Dens. demográfica (hab/km ²)	900,37	488,18	3.147,80	980,95	252,44
Escolarização 6 a 14 anos (%)	94,8	96,5	95,8	95,7	98,1
IDHM	0,781	0,728	0,703	0,73	0,788
PIB per capita (R\$)	39.023,54	252.959,85	9.034,56	21.442,87	18.456,83
Renda média/família(sm*)	2,7	3,1	2,1	2,5	2,1
Rede de esgoto (%)	92,1	76,6	58,2	74	67
No. Estabelecimentos SUS	16	12	19	18	22

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/>

acessado em 03/01/2023

*sm: salário mínimo

Conforme os dados da Tabela 1, os municípios que compõem a RRAS 3 apresentam características demográficas semelhantes. Apesar de diferenças entre o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é semelhante entre os municípios, variando, apenas, de 0,70 a 0,78 – média semelhante ao resto do Brasil.

Com relação aos estabelecimentos de saúde do SUS na região, verificamos que a proporção entre o número de unidades e a população por município está adequada, de acordo com o Ministério da Saúde (Portaria N. 2.488, 21/10/2011-MS), que orienta a proporção de uma unidade básica de saúde para até 18.000 habitantes.

Sobre as características epidemiológicas dos nascimentos da região, sintetizam-se os dados pela Tabela 2.

Tabela 2. Características de crianças ao nascer e causas de óbitos infantis RRAS 3 – 2018-2022.

Nascidos vivos		Total (%)
		40.826 (100)
Idade materna (anos)	10 a 14	167 (0,4)
	15-20	6.713 (16,4)
	21-30	20.448 (50,1)
	31-40	12.542 (30,7)
	41-50	955(1,9)
	> 50	1 (0,002)
Consultas pré-natal	Nenhuma	544 (1,33)
	1 a 3	1.969 (4,8)
	4 a 6	7.378 (18)
	> 7	30.920 (75,7)
	Ignorado	15 (0,03)
Peso nascimento (gramas)	< 999	281 (0,7)
	1.000 a 1.499	337 (0,8)
	1.500 a 2.499	3.113 (7,6)
	2.500 a 2.999	9.757 (23,9)
	3.000 a 3.999	25.464 (62,3)
	> 4.000	1.874 (4,6)
número óbitos		438 (100)
causas	D. infecciosas e parasitárias	11 (2,5)
	D. sangue/imunitárias	3 (0,7)
	D. nutricionais/endocrinológicas/metabólicas	2 (0,5)
	D. sistema nervoso	7 (1,6)
	D. aparelho circulatório	5 (1,1)
	D. aparelho respiratório	25 (5,7)
	D. aparelho digestivo	5 (1,1)
	D. pele e subcutâneo	2 (0,5)
	Afecções originadas período perinatal	261 (59,5)
	Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	101 (23)
	Causas externas	7 (1,6)
	Outras	9 (2)

Fonte: Datasus-tabnet.

Na tabela 3, observa-se que entre 2018 e 2022, o número de nascidos vivos na região foi de 40.826. Nota-se uma proporção elevada de gestantes adolescentes nesses municípios. Ainda sobre dados de gestação, verifica-se que mais de 75% de todas as gestantes realizaram ao menos sete consultas de pré-natal, número considerado mínimo para um acompanhamento suficiente.

Características epidemiológicas da sífilis congênita na RRAS 3

Entre 2018 e 2022, foram notificados 1.008 casos de sífilis em gestantes e 487 casos de sífilis congênita. Na tabela 3, estão apresentadas as características maternas e dos RN notificados como portadores sífilis congênita, assim como sua evolução.

Tabela 3. Características epidemiológicas de mães infectadas com sífilis e RN expostos.

Dados maternos	Total (n)	(%)
Total de notificações	487	100
Faixa etária		
10 a 14 anos	1	0,2
15 a 19 anos	119	24,4
20 a 34 anos	265	54,4
35 a 49	26	5,3
Ignorado	0	0,0
Realização de pré-natal		(%)
Sim	426	87,5
Não	40	8,2
Ignorado	21	4,3
Momento do diagnóstico da sífilis materna		(%)
Durante o pré-natal	334	68,6
No momento do parto/curetagem	114	23,4
Após o parto	10	2,1
Não realizado	4	0,8
Ignorado	25	5,1
Escolaridade		(%)
Analfabeto	1	0,2
1ª a 4ª série incompleta	7	1,4
4ª série completa	3	0,6
5ª a 8ª série incompleta	31	6,4
Fundamental completo	38	7,8
Médio incompleto	97	19,9
Médio completo	226	46,4
Superior incompleto	7	1,4
Superior completo	2	0,4
Ignorado		0,0
Raça ou cor		(%)
Branca	143	29,4
Preta	25	5,1
Amarela	0	0,0
Parda	272	55,9
Indígena	1	0,2
Ignorada	23	4,7

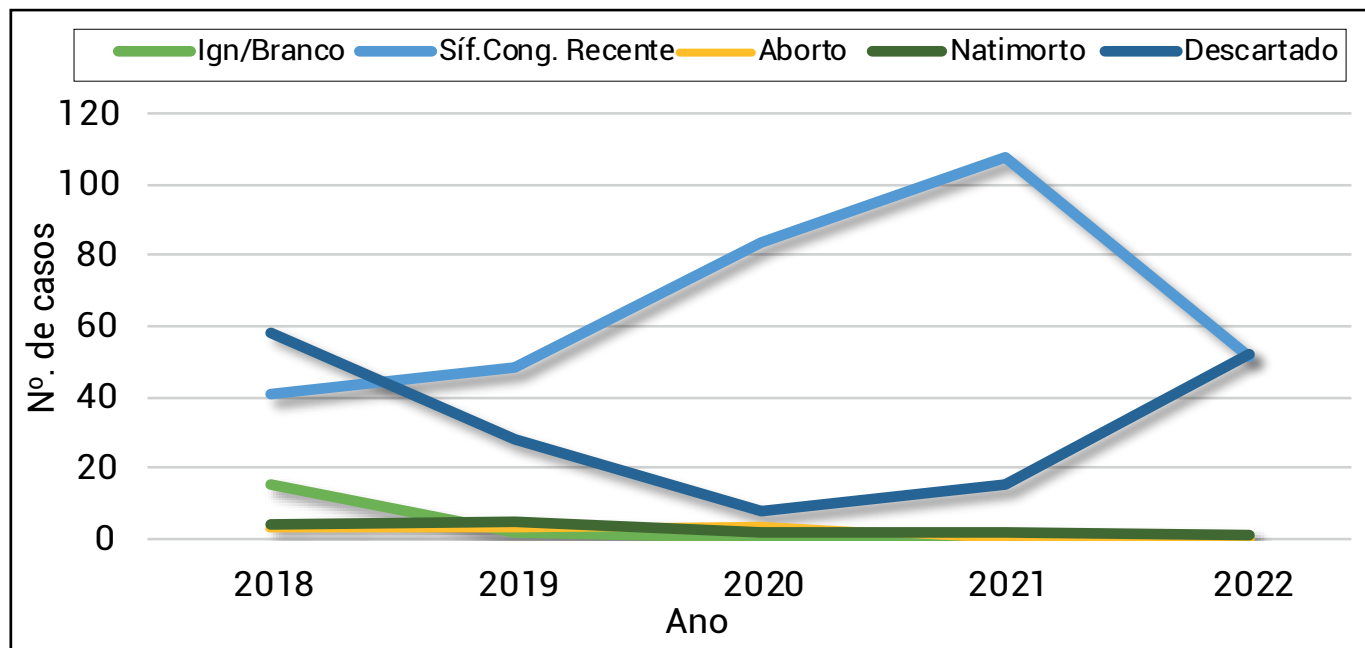
continua

Tratamento materno		(%)
Adequado	17	3,6
Inadequado	203	51,6
Não realizado	133	37,3
Ignorado	26	7,3
Dados da criança		(%)
Idade do diagnóstico sífilis		
Menos de 7 dias		98,6
7 a 27 dias	1	0,3
Ignorado	4	1,1
Diagnóstico final dos casos notificados		(%)
Sífilis congênita recente	294	60,3
Sífilis congênita tardia	0	0,0
Aborto por sífilis	10	2,0
Natimorto por sífilis	17	3,5
ignorados	17	3,5
Descartados	105	21,5
Óbito por sífilis em menores de 1 ano	2	0,4

Fonte: Datasus-tabnet.

As taxas de incidência da sífilis congênita foram de 13,3/1.000 NV em 2018, 10,7/1.000 NV em 2019, 11,9/1.000 NV em 2020, 15/1.000 NV em 2021 e 7,6/1.000 NV em 2022, conforme mostra a Gáfico 1.

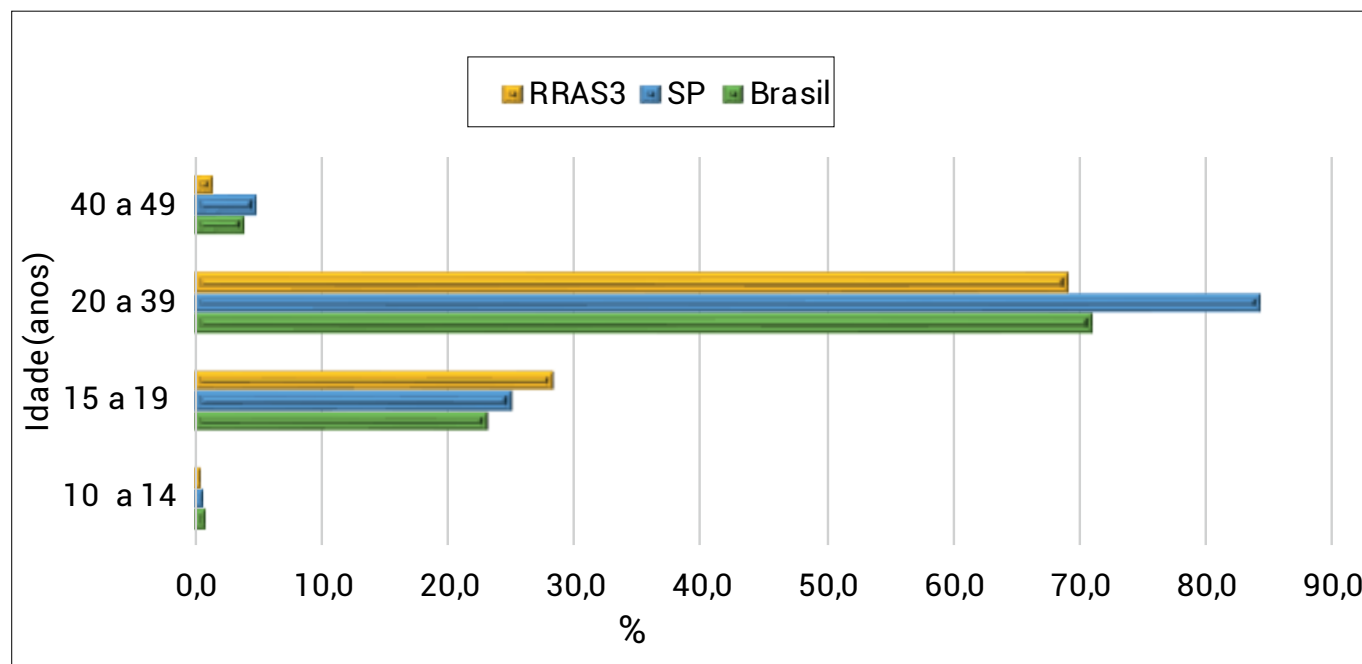
Gráfico 1. Perfil dos casos de sífilis congênita RRAS 3 de 2018 a 2022.



Fonte: Datasus-tabnet.

Com o objetivo de tentar dimensionar a situação da sífilis em gestantes e da sífilis congênita na RRAS 3, foram utilizados como parâmetro, dados dos principais indicadores do estado de São Paulo e do Brasil. A faixa etária predominante das gestantes notificadas foi de 20 a 39 anos (69,2%). O percentual de adolescentes portadoras de sífilis foi de 28,9% (Gráfico 2).

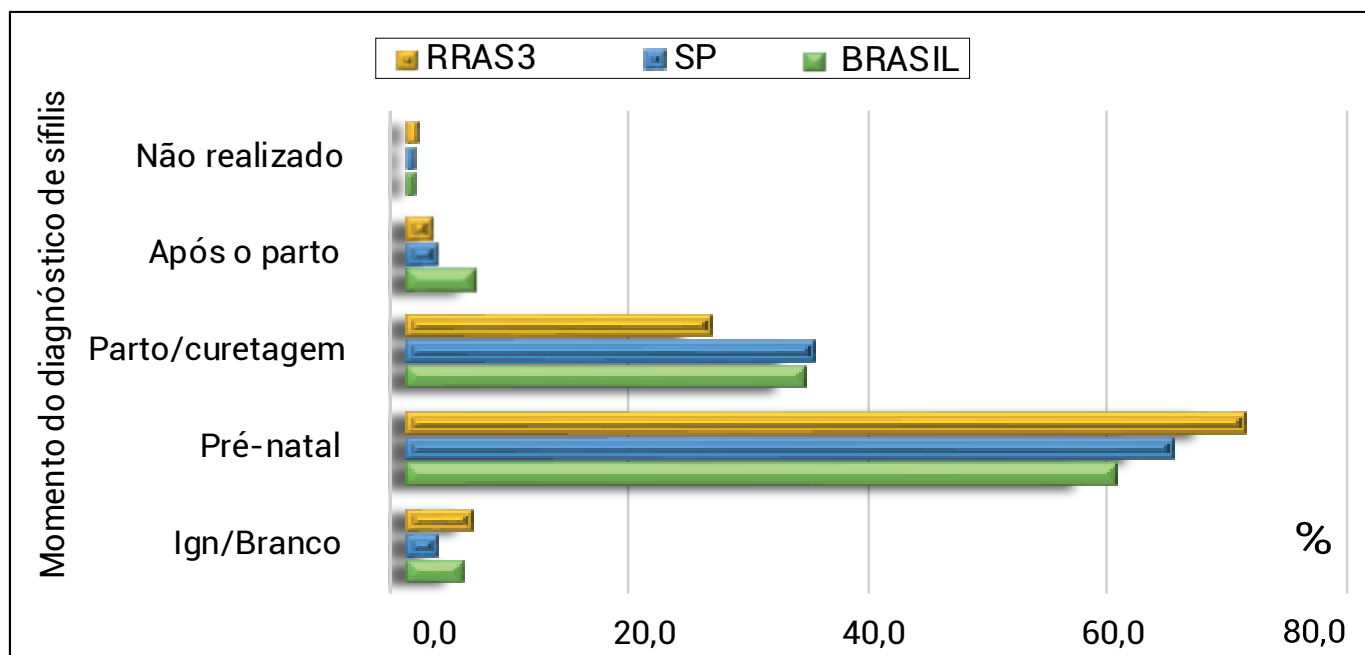
Gráfico 2. Percentual de gestantes portadoras de sífilis por faixa etária na RRAS 3, SP e Brasil 2018-2022.



Fonte: Datasus-tabnet.

Com relação à realização de consultas de pré-natal, 87,5% das gestantes notificadas com sífilis realizaram mais que sete consultas ([Tabela 3](#)) e o diagnóstico de sífilis, em mais de 60% dos casos, ocorreu durante o pré-natal ([Gráfico 3](#)).

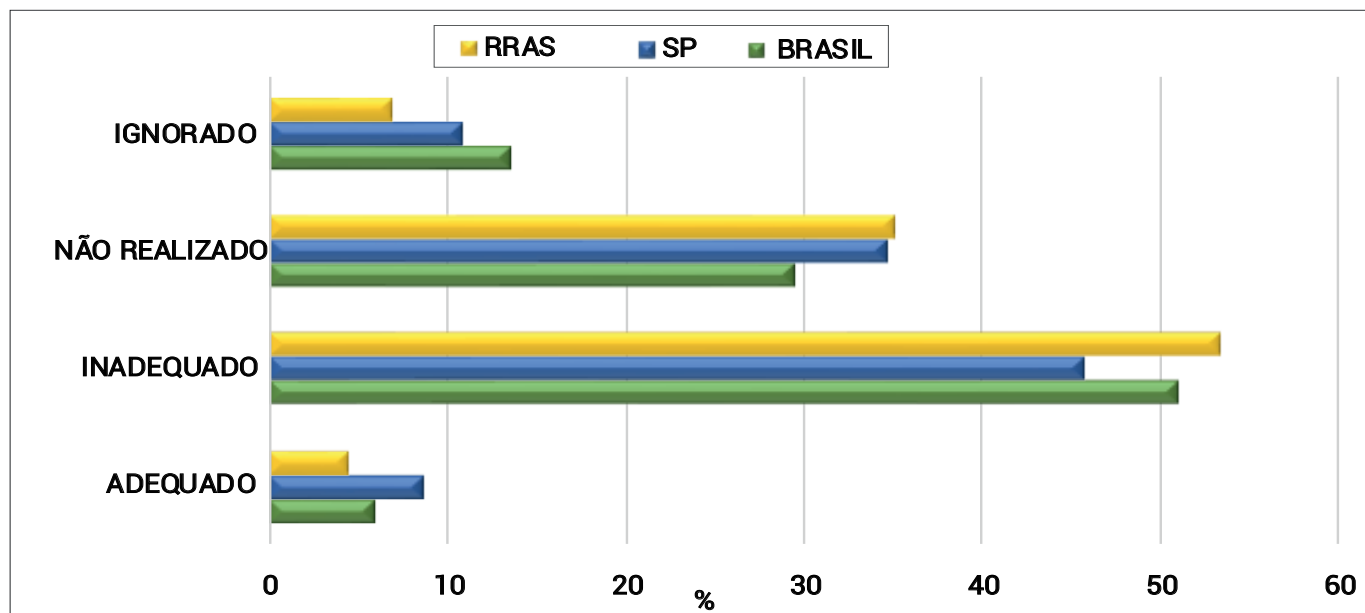
Gráfico 3. Momento do diagnóstico de sífilis na gestante na RRAS 3, SP e Brasil entre 2018 e 2022.



Fonte: Datasus-tabnet.

Com relação ao tratamento, em 203 casos (34,4%), foi inadequado e em 133 (24,8%) não realizado, perfazendo 68,9% dos casos notificados (Gáfico 4).

Gráfico 4. Tratamento da sífilis em gestantes na RRAS 3, SP e Brasil, de 2018 a 2022.



Fonte: Datasus-tabnet.

Discussão

A redução da incidência de sífilis congênita em nível mundial é uma das prioridades da OMS, cujo objetivo é a redução da doença para 5 casos/100.000 NV em 80% dos países até 2030. Para que isso se concretize, o programa define como meta uma cobertura de $\geq 95\%$ das gestantes com pelo menos uma consulta em pré-natal, testagem para sífilis em $\geq 95\%$ das gestantes e tratamento em $\geq 95\%$ das gestantes infectadas com pelo menos uma dose de penicilina benzatina.¹²

Neste estudo, verificou-se que 87,5% das gestantes infectadas por sífilis realizaram pré-natal, número pouco superior quando comparado às gestantes não infectadas no mesmo período. Com relação ao momento do diagnóstico de sífilis, a maioria dos casos se deu durante o pré-natal, diferentemente dos dados observados no estado de São Paulo e no Brasil. Entretanto, a proporção de casos tratados adequadamente foi muito pequena.

Problemas semelhantes são comuns a muitas regiões do Brasil.¹³ Uma série histórica analisou os casos de sífilis congênita entre 2001 e 2017 e identificou aglomerados de risco elevado para a doença. Nesses aglomerados, a incidência variou entre 113,4 casos/10.000 NV na região Sudeste e 462,9 casos/10.000 NV na região Nordeste, no último ano estudado. Dos 25.367 casos notificados naquele ano, cerca de 80% das gestantes haviam realizado pré-natal.¹⁴

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), de 2011 a 2022, cerca de 52,9% dos casos de sífilis em gestantes foram diagnosticados no pré-natal. Entretanto, apenas em 8,1% desses casos o tratamento foi considerado adequado. Estudos abordam essa realidade e relacionam a qualidade da assistência pré-natal à situação de vulnerabilidade materna, ao baixo nível socioeconômico e educacional e à raça, entre outros fatores sociais.

Observa-se, nesses estudos, que a sífilis congênita ocorre com maior frequência nas gestantes vulneráveis, com início tardio do pré-natal e demora do recebimento do resultado do exame. Entretanto, ainda que o pré-natal seja feito de maneira adequada, a abordagem diagnóstica e o tratamento das gestantes infectadas não são efetivos na prevenção de grande parte dos casos de sífilis congênita.¹⁵⁻¹⁷ Além disso, o seguimento pós-natal é um problema a ser considerado. Alguns estudos demonstram que o acompanhamento da criança com sífilis congênita é inadequado tanto sob o aspecto do número de consultas quanto sob o registro de dados em prontuários, seguimento laboratorial e de puericultura. Um estudo realizado em Fortaleza (CE), entre 2013 e 2016, demonstrou que, dos 460 casos diagnosticados no período, 27,4% não realizaram consultas em ambulatórios especializados ou unidades básicas de saúde, e 59,1% realizaram seguimento especializado incompleto.¹⁶

Entre as várias situações de vulnerabilidade social que podem aumentar as chances da infecção por sífilis, o baixo nível de escolaridade materna parece ser um dos maiores agravantes. De acordo com dados do MS, no período de 2005 a 2022, apenas 18,8% das gestantes portadoras de sífilis tinham segundo grau completo e 1,1%, nível superior completo.¹³ Um estudo realizado em Belo Horizonte (MG) demonstrou que as gestantes com baixo nível de escolaridade apresentaram 24 vezes mais chances de terem bebês com sífilis congênita.¹⁸ Outro estudo, realizado em Juiz de Fora (MG), observou que 86,9% das gestantes portadoras de sífilis apresentavam ensino fundamental ou médio incompletos.¹³ No presente estudo, apenas 46,4% das gestantes possuíam ensino médio completo e 0,4% tinha nível superior completo, corroborando com os achados descritos.

A gestação na adolescência é um problema já sabido na RRAS 3. A incidência de sífilis em adolescentes grávidas foi um dado preocupante em nossa casuística e presente, também, em outras regiões do país. No período estudado, a RRAS 3 apresentou 16,8% de gestantes entre 10 e 20 anos de idade, e a proporção de sífilis nessa mesma população foi de 24,6%. Estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), de 2008 a 2018, analisou 26.499 casos de sífilis gestacional. Desse total, 7.455 (28,1%) das gestantes tinham menos de 20 anos de idade. Ou seja, a chance de uma adolescente grávida adquirir sífilis foi o dobro se comparado a uma gestante adulta, e as áreas de maior incidência foram os bairros afastados com acesso limitado aos serviços de saúde.¹⁹

A preocupação com a incidência crescente de sífilis em gestantes e de sífilis congênita na RRAS 3 desencadeou ações conjuntas com o objetivo de diminuir esses números. Essas ações fizeram parte das estratégias da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em conjunto com o MS e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), para redução da incidência da sífilis adquirida e sífilis congênita. De janeiro a julho de 2021, foram realizadas reuniões com as Coordenações da Atenção Básica dos municípios que compõem a região para exposição do problema e capacitação das equipes, para diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. Foram instituídos três testes rápidos de sífilis no pré-natal do primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação, com o objetivo de ampliar a oportunidade de diagnóstico e, conseqüentemente, de tratamento.

Com a finalidade de garantir o seguimento pós-natal de bebês positivos ou expostos e de suas mães, foi pactuado que, nos municípios que compõem a RRAS 3, mãe e RN tivessem consulta de seguimento agendadas nas UBS antes da alta da maternidade. Atualmente, a maioria dos municípios pertencentes à RRAS 3 realiza esse agendamento e, após a avaliação inicial nas unidades básicas, os casos de sífilis congênita são encaminhados ao Centro de Triagem e Aconselhamento (CTA) do município para seguimento.

Entre julho e novembro de 2022, após análise de vários indicadores, foi realizada revisão sistemática das fichas de notificação de sífilis congênita dos cinco municípios. A partir daí, os números de casos confirmados e descartados de sífilis congênita se modificaram, conforme pode ser observado no [Gráfico 1](#). Essa pactuação trouxe maior uniformidade nas ações de prevenção e abordagem dos casos de sífilis materna entre os municípios que compõem a região e permite um cuidado mais eficiente às gestantes infectadas aos RN expostos à sífilis.

Quando nos reportamos aos objetivos da OMS para controle da sífilis congênita, verificamos quanto ainda é necessário avançar no âmbito da atenção básica para alcançá-los. O investimento em capacitação das equipes de saúde quanto a abordagem, prevenção, tratamento e controle da sífilis, o investimento em informatização e o acesso aos dados de prontuários são fundamentais para o sucesso na redução dos índices de sífilis congênita no Brasil.¹⁹

Além dessas medidas, é necessária a padronização das condutas dos profissionais de saúde bem como a supervisão dos serviços de atenção básica para que estes possam implementar as diretrizes recomendadas.^{20,21}

Conclusão

A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública na RRAS 3, e suas características sociodemográficas são semelhantes às de outras regiões brasileiras. Embora o acesso das gestantes ao pré-natal ocorra de forma consistente na região, a resolutividade com relação à abordagem da sífilis na gestante está muito aquém do proposto pelas diretrizes nacionais de combate à sífilis congênita.

A análise dos dados epidemiológicos, o monitoramento do agravo e a capacitação dos profissionais envolvidos na linha de cuidado da sífilis configuram-se como pauta fixa em todos os grupos técnicos regionais da RRAS 3, nas esferas municipal e estadual, tais como: Atenção Básica; Rede Cegonha; Grupo Técnico de Vigilância Regional de Morte Materna, Infantil e Fetal; Núcleo de Educação Permanente e Humanização; Comissão Intergestores Regionais. Essas ações subsidiam a consolidação das políticas públicas voltadas para essa questão.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos ao Prof. Dr. Marcel Oliveira Bataiero, pela análise crítica e sugestões, a Helena Gazeta Carvalho e Mariana Gazeta Trindade, pela revisão gramatical e versão para o inglês, e a todo o GVE IX Franco da Rocha, pelo apoio e incentivo.

Referências

1. Plan of Action for the prevention and control of HIV and sexually transmitted infections 2016-2021 - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/plan-action-prevention-and-control-hiv-and-sexually-transmitted-infections-2016-2021>
2. Choudhri Y, Miller J, Sandhu J, Leon A, Aho J. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010-2015. Canada Communicable Disease Report [Internet]. 2018 Feb 1;44(2):43-8. Available from: <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i02a02>
3. Soares MAS, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2021;37(7).
4. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. Vellakkal S, editor. PLOS ONE. 2019 Feb 27;14(2):e0211720.
5. Secretaria de Vigilância em Saúde-DCCI M da S. Boletim Epidemiológico de Sífilis - Número Especial | Out. 2022 — Português (Brasil) [Internet]. www.gov.br. 2022. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>
6. Ministério da Saúde [Internet]. bvsmms.saude.gov.br. 2011 [cited 2023 Jun 19]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=1
7. LaFond RE, Lukehart SA. Biological Basis for Syphilis. Clinical Microbiology Reviews [Internet]. 2006 Jan;19(1):29-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360276/>
8. Brasil. Ministério da Saúde S de V em SD. Atenção Integral às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 11]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf
9. Workowski KA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports [Internet]. 2021;70(4). Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7004a1.htm>
10. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The Laboratory Diagnosis of Syphilis. Humphries RM, editor. Journal of Clinical Microbiology [Internet]. 2021 Sep 20;59(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8451404/>
11. Fang J, Partridge E, Bautista G, Sankaran D. Congenital Syphilis Epidemiology, Prevention, and Management in the United States: A 2022 Update. Cureus [Internet]. 2022 Dec 27; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9879571/>
12. WHO. Home [Internet]. Who.int. 2018. Available from: <http://www.who.int/>
13. Oliveira VS, Rodrigues RL, Chaves VB, Santos TS, Assis FM, Ternes YMF et al. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2020 Aug 6;44:1. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52524/v44e752020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. <http://indicadorestifilis.aids.gov.br/>.
15. Waltz MB, Máximo TV, Marinho GL, Rodrigues AT. Sífilis gestacional segundo a idade das mães. Sífilis gestacional segundo a idade das mães: ocorrências no município do Rio de Janeiro entre 2008 e 2018. 2021 Apr 6;(2179-6750).

16. Pastro DDOT, Farias BP, Garcia OAG, Gambichler BDS, Meneguetti DUDO, Silva RSU. Prenatal quality and clinical conditions of newborns exposed to syphilis. *Journal of Human Growth and Development*. 2019 Nov 5;29(2):249-56.
17. Torres PMA, Reis ARP, Santos AST, Negrinho NBS, Meneguetti MG, Gir E. Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*. 2022 [cited 2022 Nov 16];75(6). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0965pt>
18. Rigo FL, Romanelli RMC, Oliveira IP, Anchieta LM. Assistance and educational factors associated to congenital syphilis in a referral maternity: a case-control study. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]*. 2021 Mar;21(1):127-37. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/G3MQpZDHsZqkVZSpChsvPBR/?format=pdf&lang=pt>
19. Pereira AL, Silva LR, Moni Palma LR, Moura LL, Moura MA. Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. *Femina [Internet]*. 2020 Aug 20 [cited 2022 Mar 14];563-7. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122585/femina-2020-489-563-567.pdf>
20. Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020 Dec;28(4):518-28.
21. Cavalcante ANM, Araújo MAL, Nobre MA, Almeida RLF de. Factors associated with inadequate follow-up of children with congenital syphilis. *Revista de Saúde Pública [Internet]*. 2019 Oct 22 [cited 2022 Jan 11];53:95. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001284>
22. Araújo LSM, Silva DS, Santos IMR, Campos JEMP, Santana JPM, Oliveira LL, et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no nordeste brasileiro. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(4):9638-48.
23. Barcelos MRB, Lima EFA, Dutra AF, Comerio T, Primo CC. Congenital syphilis: epidemiological analysis and sentinel event of the quality of care for the mother/newborn binomial. *J Hum Growth Dev*. 2022 Jan;32:165-75.
24. Dias MS, Gaiotto EM, Cunha MR, Nichiata LIY. Síntese de evidências para políticas de saúde: enfrentamento da sífilis congênita no âmbito da atenção primária à saúde. *BIS Boletim do Instituto de Saúde*. 2021 Jan 15;20(2):89-95.

Contribuição dos autores

Marta Del Porto Pereira: Levantamento e análise crítica dos dados estatísticos, Rosa Estela Gazeta: Elaboração do texto, dos gráficos e tabelas.

Aprovação dos autores

Os autores participaram efetivamente do trabalho, aprovam a versão final do manuscrito para publicação e assumem total responsabilidade por todos os seus aspectos, garantindo que as informações sejam precisas e confiáveis.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse de natureza política, comercial e financeira no manuscrito.

Financiamento

Os autores declaram que não houve fontes de financiamento.