

UNICESUMAR – UNIVERSIDADE CESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS
CONGÊNITA NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

JULIA BALDIN SANT' ANNA
ANALLICE RODRIGUES MESSIAS ZAGO

MARINGÁ – PR

2024

Julia Baldin Sant' Anna
Analice Rodrigues Messias Zago

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA NO
BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

Artigo apresentado ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em enfermagem, sob a orientação do Prof. Dr. Lucas Casagrande.

MARINGÁ – PR

2024

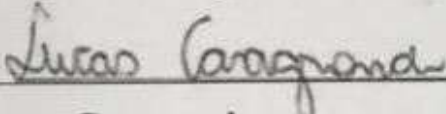
Julia Baldin Sant' Anna
Anallice Rodrigues Messias Zago

**Perfil Epidemiológico das Notificações de Sífilis Congênita no Brasil no
Período de 2013 a 2023**

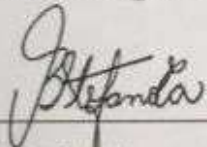
Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade UniCesumar, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação da Profª Lucas Casagrande

Aprovado em: 14 de novembro de 2024

BANCA EXAMINADORA



Lucas Casagrande



Elizandra Aparecida Britta Stefano

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL NO PERÍODO DE 2013 A 2023

Julia Baldin Sant' Anna
Analice Rodrigues Messias Zago

RESUMO

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, quando presente em gestantes pode ultrapassar a barreira transplacentária e causar a sífilis congênita, o feto pode sofrer aborto ou nascer com malformações, sendo um grande problema de saúde pública. Sendo assim, o presente artigo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico das notificações de sífilis congênita no Brasil no período de 2013 a 2023. Trata-se de um estudo ecológico descritivo com abordagem quantitativa, referente às notificações de crianças com sífilis congênita no Brasil, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foi realizada uma análise descritiva, frequência relativa e absoluta e cálculo de incidência da doença. No período observado, foram registradas 237.606 notificações de sífilis congênita em crianças com até quatro anos. A partir de 2013 a 2018, houve um aumento contínuo dos casos notificados no Brasil, seguido por uma queda em 2019 e um novo crescimento em 2021, com decréscimo importante em 2023, quase se igualando a incidência observada em 2013. Os estados com maior incidência foram Rio de Janeiro, Pernambuco, Sergipe e Rio Grande do Sul, predominando em crianças menores de um ano e do sexo feminino. A maioria dos casos foi classificada como sífilis congênita recente, com alta taxa de sobrevivência. Identificou-se que a sífilis congênita no Brasil aumentou entre grupos vulneráveis, destacando a necessidade de intensificar políticas de saúde. Mas, ainda existe a incompletude das notificações, que dificulta a visualização de indicadores para propor intervenções efetivas na prevenção e tratamento.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Sistemas de Informação em Saúde; Monitoramento Epidemiológico; Saúde da Mulher; Enfermagem Materno-Infantil.

Epidemiological profile of reports of congenital syphilis in Brazil from 2013 to 2023

ABSTRACT

Syphilis is caused by the bacterium *Treponema pallidum*, which when present in pregnant women can cross the transplacental barrier and cause congenital syphilis. The fetus may suffer miscarriage or be born with malformations, and is a major public health problem. Therefore, this article aimed to analyze the epidemiological profile of congenital syphilis notifications in Brazil from 2013 to 2023. This is a descriptive ecological study with a quantitative approach, referring to notifications of children with congenital syphilis in Brazil,

available at the Department of Information Technology of the Unified Health System. A descriptive analysis, relative and absolute frequency and calculation of the incidence of the disease were performed. During the observed period, 237,606 notifications of congenital syphilis were recorded in children up to four years old. From 2013 to 2018, there was a continuous increase in reported cases in Brazil, followed by a decrease in 2019 and a new increase in 2021, with a significant decrease in 2023, almost equaling the incidence observed in 2013. The states with the highest incidence were Rio de Janeiro, Pernambuco, Sergipe and Rio Grande do Sul, predominantly in children under one year old and females. Most cases were classified as recent congenital syphilis, with a high survival rate. It was identified that congenital syphilis in Brazil increased among vulnerable groups, highlighting the need to intensify health policies. However, there is still incomplete reporting, which makes it difficult to visualize indicators to propose effective interventions in prevention and treatment.

Keywords: Congenital Syphilis; Health Information Systems; Epidemiological Monitoring; Women's Health; Maternal and Child Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ultrapassar a barreira transplacentária e causar a Sífilis Congênita (SC). Esta doença demonstra-se no Brasil em constante crescimento, até 2018 a incidência da SC elevou-se atingindo 9,1 casos por 1.000 nascidos vivos, resultando no aumento de 2,8 vezes em comparação aos anos de 2011 e 2018, e um declínio até 2020 e voltou aumentar. No ano de 2021, foram notificados no Sinan 74.095 casos de sífilis em gestantes, 27.019 casos de SC e 192 óbitos causados pela SC¹⁻².

Estudo apresenta que entre as gestantes afetadas pela doença existe uma prevalência de 57% de mulheres brancas, 27% com ensino fundamental incompleto e 46% eram donas de casa. Este perfil materno demonstra o contexto social da sífilis, que acomete um público de maior vulnerabilidade social, visto que as pesquisas enfatizam mulheres donas de casa com estudos incompletos. Sendo, também, reflexo da não realização do pré-natal, a maior dificuldade no acesso à informação e educação. Tal problemática evidencia a importância da educação em saúde direcionada à prática sexual segura e o planejamento familiar³.

Ademais, estudo sobre a análise da cobertura do pré-natal e os casos de sífilis gestacional apresentaram associação positiva, já que houve notável redução no número de casos, no entanto, embora haja boa cobertura de pré-natal nos municípios, culminando na contribuição para detecção dos casos de sífilis em gestantes, a redução esperada para os casos de SC não foi atingida, possivelmente porque algumas das pacientes com sífilis gestacional não realizaram o tratamento ou não obtiveram o tratamento adequado para impedir a transmissão da doença para o bebê⁴.

Em uma análise realizada sobre o percentual de óbitos fetais relacionados à SC no município de Recife, em dois quinquênios (o primeiro entre 2007 a 2011 e o segundo entre 2012 a 2016), apresentou 6,05%, ou seja, superior aos valores encontrados em municípios como Belo Horizonte 3,4%, Palmas 5,9%, Caxias 5,6% e Maringá com 3,4%. Esta análise em questão evidencia através da pesquisa a incidência de SC em Recife, que estava acima dos coeficientes regionais e nacionais, assim como os valores encontrados em outras regiões brasileiras, possibilitando explicar o alto percentual de óbitos fetais neste município quando comparado a outras localidades do país⁵.

Além disso, observa-se discrepância quanto ao número de óbitos fetais por SC sendo inferior ao número de óbitos infantis, isto pode ocorrer devido à baixa qualidade de preenchimento no campo de causa da morte em casos de óbitos fetais registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Avalia-se também uma parcela de subnotificações de óbitos por SC, casos de aborto e desfechos desfavoráveis, evidenciando que apesar da vigilância e investigação sistemática dos óbitos infantil e fetal, acaba sendo necessária a realização de busca ativa para nova investigação. Visando a redução das subnotificações, deve-se reavaliar a aplicação dos critérios e classificação das causas de morte por equipes de vigilância epidemiológica e comitês de investigação de óbitos fetais e não fetais⁶.

Quando comparada a outros países, a incidência da sífilis congênita tem apresentado aumento no número de casos não apenas no Brasil, a Croácia por exemplo, não havia registrado nenhum caso de SC há duas décadas, exceto por um caso relatado no ano de 2009. No entanto, registrou entre setembro de 2022 a setembro de 2024 quatro casos da doença para o Instituto Croata de Saúde Pública (CIPH), o que alerta sobre um considerável aumento no risco de transmissão vertical da SC. Ressalta-se grande preocupação devido ao teste de sífilis não ser ofertado de forma rotineira em consultas de pré-natal há mais de duas décadas, e do realizado em casos específicos como considerações epidemiológicas ou até mesmo considerações médicas específicas⁷.

Um estudo realizado em Bolívar (Colômbia) relacionado à perspectiva dos profissionais de saúde sobre a Sífilis Gestacional e Congênita concluiu que se faz de extrema importância capacitação e intensificação em estratégias de formação para os profissionais da saúde enfatizando as equipes de enfermagem, em atividades que estejam relacionadas ao controle da sífilis. Exibindo a necessidade de avaliações contínuas não somente a nível nacional, mas também regional, implementando o Guia de Gestão e Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita, permitindo a avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultados⁸.

Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que todas as gestantes sejam testadas para Sífilis, HIV e Hepatite B ao menos uma vez durante o pré-natal o quanto antes, preferencialmente na primeira consulta. A Organização Panamericana de Saúde (OPS) ressalta que no Brasil foram desenvolvidos regulamentos permitindo que a realização dos testes rápidos de triagem para a sífilis, a solicitação de testes diagnósticos, além da prescrição e administração do tratamento com penicilina, seja feita por profissionais qualificados da enfermagem, no entanto, o Conselho Federal de Enfermagem ampliou o

regulamento para que a aplicação dos testes rápidos possa ser realizada por toda equipe de enfermagem. Sendo o envolvimento destas equipes essencial para a detecção e tratamento precoce da doença, possibilitando o tratamento no primeiro nível de atenção⁹⁻¹⁰.

Neste contexto, o presente estudo tem como sua pergunta de pesquisa, qual é o perfil epidemiológico dos casos notificados de SC no Brasil no período de 2013 a 2023? Partindo deste questionamento, a pesquisa objetiva analisar o perfil epidemiológico das notificações de SC no Brasil no período de 2013 a 2023. Visto que, a SC pode causar danos graves às crianças, como deficiências físicas, neurológicas, aborto e óbito. A análise da incidência das notificações permite a caracterização das áreas geográficas e grupos sociais em maior risco, possibilitando a realização de ações equitativas, além de oferecer dados relevantes para elaboração e implementação de políticas públicas de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico descritivo com abordagem quantitativa, referente às notificações de SC no Brasil, de crianças com até quatro anos, no período de 2013 a 2023, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da saúde (SINAN/MS) no endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As variáveis utilizadas foram de categorias estabelecidas pelo DATASUS: Unidade Federativa (UF) de residência (Acre; Alagoas; Amapá; Amazonas; Bahia; Ceará; Espírito Santo; Goiás; Maranhão, Mato Grosso; Mato Grosso do Sul; Minas Gerais; Pará; Paraíba; Paraná; Pernambuco; Piauí; Rio de Janeiro; Rio Grande do norte; Rio Grande do Sul; Rondônia; Roraima; Santa Catarina; São Paulo; Sergipe; Tocantins; Distrito Federal), ano da notificação (2013-2023), faixa etária (<1; 1-4), faixa etária da mãe (em branco; 10-14; 15-19; 20-34; 35-49; 50-64; 65-79; 80+), sexo (feminino; masculino; ignorado; em branco), raça (ignorado/em branco; branca; preta; amarela; parda; indígena), raça da mãe (ignorado/em branco; branca; preta; amarela; parda; indígena), escolaridade da mãe (ignorado/branco; analfabeto; 1º a 4º série incompleta do EF; 4º série completa do EF; 5º a 8º série incompleta do EF; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; educação superior incompleta; educação superior completa), para facilitar a apresentação dos

dados na tabela, as variáveis 1º a 4º série incompleta do EF; 4º série completa do EF; 5º a 8º série incompleta do EF; foram agrupadas criando a variável ensino fundamental incompleto.

As variáveis de características clínicas foram: evolução (ignorado/em branco; vivo; óbito pelo agravo notificado; óbito por outra causa), teste treponêmico no parto (ignorado/em branco; reagente, não reagente; não realizado), teste não treponêmico no parto (ignorado/em branco; reagente, não reagente; não realizado), diagnóstico final (ignorado/em branco; sífilis congênita recente; sífilis congênita tardia; aborto; natimorto; descartado), realização do pré-natal (ignorado/em branco; sim; não).

Todos os dados foram tabulados utilizando o tabulador TABWIN, desenvolvido e disponível no DATASUS, em razão de que neste aplicativo os dados estão atualizados. Posteriormente organizados em planilhas por meio do Software Microsoft Office Excel. Realizou-se uma análise descritiva, frequência absoluta e relativa, cálculos de incidência com relação ao número de notificações por estado e idade, em razão do número de nascidos vivos naquele local e ano por 10 mil habitantes. O número de nascidos vivos por local e ano também foram informações coletadas na base de dados de domínio público DATASUS, disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC/MS). Para demonstrar a distribuição cronológica da incidência dos casos de SC entre crianças de até quatro anos no Brasil no período de 2013 a 2023 foi elaborado um gráfico no Software Microsoft Office Excel.

Por tratar-se de dados secundários e de domínio público, o presente estudo dispensou a submissão ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, seguindo a Resolução nº 674 de maio de 2022 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

As características sociodemográficas dos casos notificados de SC no período de 2013 a 2023 no Brasil são apresentadas na Tabela 1, identificando-se que a maior parte das notificações ocorreu em crianças com menos de 1 ano de idade (99,8%), com um percentual semelhante entre sexo feminino de 47,3% e masculino 46,6%. No que diz respeito à idade materna, a faixa etária mais frequente foi de 20 a 34 anos (66,7%), além disso, a maioria das mães era de raça/cor não branca (67,2%) e a escolaridade ensino fundamental incompleto

(21,1%) foi o mais evidenciado entre as mães, no entanto, informações ignoradas, ou seja, a não completude da notificação esteve acentuada nesse quesito (29,2%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos casos de Sífilis Congênita entre crianças menores de 5 anos de idade, no Brasil, notificados no período de 2013 a 2023.

Variável	n	%
Faixa etária		
<1 ano	237.050	99,8
1 a 4 anos	556	0,2
Sexo		
Masculino	110.841	46,6
Feminino	112.496	47,3
Ignorado	14.269	6,0
Faixa etária materna		
10 a 19 anos	54.026	22,7
20 a 34 anos	158.595	66,7
35 a 49 anos	19.012	8,0
50+	32	0,0
Ignorado	5.941	2,5
Raça/cor materna		
Branco	56.399	23,7
Não branco	159.782	67,2
Ignorado	21.425	9,0
Escolaridade materna		
Analfabeto	1.464	0,6
Ensino fundamental incompleto	67.667	28,4
Ensino fundamental completo	23.552	9,9
Ensino médio incompleto	29.820	12,6
Ensino médio completo	41.121	17,3
Ensino superior incompleta	2.498	1,1
Ensino superior completa	2.212	0,9
Ignorado	69.272	29,2

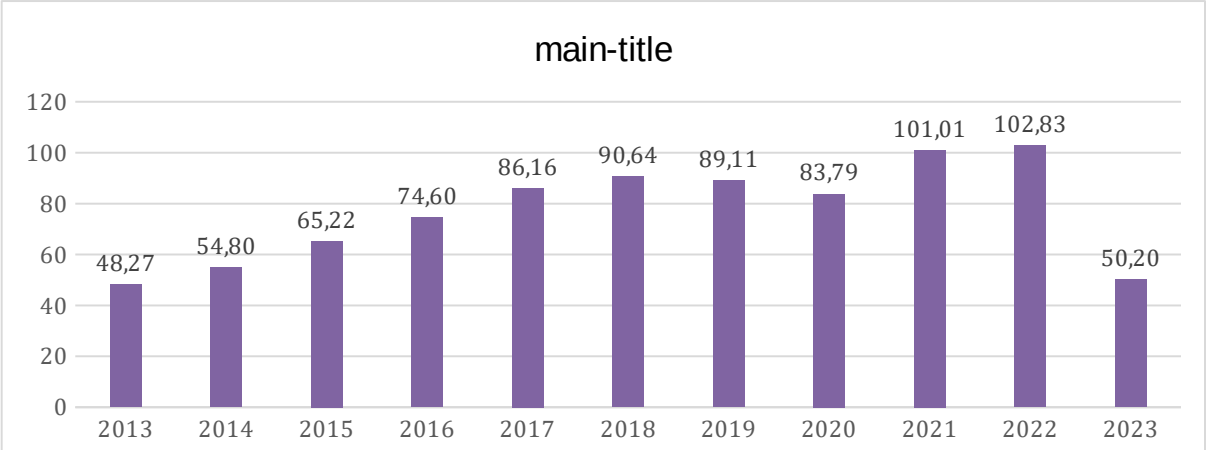
Fonte: Autores com dados procedentes do SINAN/MS, 2024.

No gráfico 1, pode-se visualizar a incidência de SC entre crianças com até quatro anos de idade, notificados no período de 2013 a 2023, nos estados brasileiros, que totalizaram 237.606 notificações. Analisando o gráfico abaixo, a taxa de incidência aumentou com o passar dos anos de 48,27 em 2013 para 90,64 em 2018, seguido por um declínio nos dois próximos anos e aumentando novamente em 2021 e 2022. No que se refere a 2023, a incidência diminuiu consideravelmente de 102,83 em 2022 para 50,20 em 2023.

Observa-se um elevado número de casos notificados de SC. De acordo com os dados deste estudo, entre 2013 e 2018, as notificações apresentaram um aumento constante, seguido por uma queda em 2019 e 2020, antes de retomar o crescimento em 2021. A análise da

distribuição espacial da incidência de SC revelou que os estados com os maiores coeficientes foram Rio de Janeiro, Pernambuco, Sergipe e Rio Grande do Sul.

Gráfico 1 - Distribuição cronológica da incidência de SC a cada 10.000 nascidos vivos no Brasil no período de 2013 a 2023.



Fonte: Autores com dados procedentes do SINAN/MS e SINASC/MS, 2024.

Na tabela 2, a avaliação da distribuição espacial da incidência da SC, destacaram-se os estados do Rio de Janeiro, que em particular, manteve-se em primeiro lugar em número de notificações ao longo de todos os anos, com taxas entre 109,39 a 272,40, Pernambuco entre 61,63 a 174,31, Sergipe entre 83,78 a 172,10 e Rio Grande do Sul variando entre 68,98 a 170,36.

Tabela 2 - Incidência de Sífilis Congênita entre crianças menores de 5 anos de idade, nas Unidades Federativas do Brasil, notificados no período de 2013 a 2023.

UF de residência	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Acre	42,16	48,43	38,87	43,11	47,07	59,24	46,07	55,47	91,73	66,28	23,54
Alagoas	78,68	80,41	73,29	66,23	66,71	85,91	70,68	76,95	77,86	72,8	53,52
Amapá	66,20	25,20	25,40	45,74	48,06	54,84	85,96	98,41	187,42	114,58	54,07
Amazonas	21,89	20,21	38,58	66,10	103,76	99,12	91,08	56,19	49,46	57,09	25,57
Bahia	39,59	45,24	57,00	69,01	66,78	75,15	62,10	69,17	79,26	71,85	29,87
Ceará	79,52	84,78	86,78	90,54	103,29	95,52	84,92	87,20	129,80	131,60	55,91
Distrito Federal	32,11	41,81	42,71	50,07	63,05	87,79	69,78	72,66	90,71	114,12	62,73
Espírito Santo	61,22	67,02	90,97	112,52	114,78	100,32	81,38	69,00	97,54	117,54	75,69
Goiás	23,94	33,97	38,64	43,74	45,32	53,60	63,36	58,64	66,62	86,80	46,95
Maranhão	23,57	24,77	37,00	39,28	38,06	71,53	62,21	47,13	50,89	59,31	29,95
Mato Grosso	31,11	31,50	37,05	36,05	44,00	36,32	36,19	28,40	18,84	35,76	25,27

Mato Grosso do Sul	51,54	54,7	74,08	94,98	97,66	77,92	70,03	56,89	50,27	59,53	27,84
Minas Gerais	24,24	35,23	52,59	59,29	70,59	94,14	91,32	72,9	88,88	95,59	48,33
Pará	35,51	47,73	47,06	54,04	58,41	56,97	68,24	60,25	75,04	98,52	40,86
Paraíba	34,83	43,45	53,99	14,98	68,88	64,94	63,08	61,73	77,79	75,85	28,72
Paraná	24,65	29,14	40,20	47,14	55,67	55,51	56,56	50,31	62,83	62,29	36,49
Pernambuco	72,25	89,62	93,43	115,66	142,35	146,62	135,12	139,01	174,31	171,67	61,63
Piauí	27,36	31,08	80,00	80,88	87,12	101,84	83,24	57,26	62,64	72,19	32,77
Rio de Janeiro	124,54	124,24	124,7	157,49	197,51	200,68	220,40	226,64	272,40	227,15	109,39
Rio Grande do Norte	61,97	62,36	96,13	82,44	109,26	123,06	144,22	120,83	137,92	129,13	72,58
Rio Grande do Sul	68,98	81,29	111,08	131,18	142,41	140,88	141,31	129,49	170,36	162,31	72,83
Rondônia	20,66	23,95	35,46	32,70	42,54	42,36	29,60	10,47	13,37	28,11	13,38
Roraima	42,54	15,29	11,39	20,22	20,45	42,72	45,14	43,60	97,12	110,00	94,77
Santa Catarina	24,70	29,39	48,55	58,23	67,93	69,67	56,31	49,12	61,35	69,96	38,96
São Paulo	38,70	47,20	53,96	61,59	67,06	66,75	67,90	65,04	77,15	87,92	44,34
Sergipe	110,73	110,56	104,82	96,84	93,60	95,75	148,03	172,10	166,31	156,01	83,78
Tocantins	53,48	63,34	92,00	104,73	113,50	112,64	97,75	89,34	109,49	119,74	91,61
Total/Brasil	48,27	54,80	65,22	74,60	86,16	90,64	89,11	83,79	101,01	102,83	50,20

Fonte: Autores com dados procedentes do SINAN/MS e SINASC/MS, 2024.

No que diz respeito às características epidemiológicas (Tabela 3), a maioria das mães realizou acompanhamento pré-natal (81,0%). Durante o parto, a maioria apresentou resultado reagente no Teste não Treponêmico (91,8%) e no Teste Treponêmico (58,5%). Quanto à evolução dos casos, 87,5% das crianças permaneceram vivas, enquanto 1,4% faleceram em decorrência da condição notificada e 0,7% por outras causas. Em relação ao diagnóstico final, 93,2% foram diagnosticadas com SC recente, 0,1% com SC tardia, 3,7% resultaram em abortos e 3,0% em natimortos.

Tabela 3 - Características epidemiológicas dos casos de Sífilis Congênita entre crianças menores de 5 anos de idade, no Brasil, notificados no período de 2013 a 2023.

Variável	n	%
Pré Natal		
Sim	192.459	81,0

Não	31.929	13,4
Ignorado	13.211	5,6
Teste não treponêmico no parto		
Reagente	218.133	91,8
Não reagente	8.789	3,7
Ignorado/não realizado	90.492	4,5
Teste treponêmico no parto		
Reagente	139.012	58,5
Não reagente	8.102	3,4
Ignorado/não realizado	90.492	38,1
Diagnóstico final		
SC recente	221.465	93,2
SC tardia	217	0,1
Aborto	8.716	3,7
Natimorto	7.208	3,0
Evolução		
Vivo	208.001	87,5
Óbito pelo agravo notificado	3.296	1,4
Óbito por outras causas	1.757	0,7

Fonte: Autores com dados procedentes do SINAN/MS, 2024.

4 DISCUSSÃO

Uma pesquisa com dados de nascimento e notificações de agravos dos anos de 2012 e 2017 no Brasil identificou que nesse período 144.564 mulheres tiveram sífilis materna, sendo que delas 55% tiveram filhos com SC. O estudo identificou que mulheres pardas eram a maioria entre os casos de sífilis materna e congênita, sendo evidenciado que se todas as mulheres que pariram nesse período, tivessem o mesmo risco basal que as mulheres brancas, então 35% dos casos de sífilis materna e 41% dos casos de sífilis congênita teriam sido prevenidas. Também identificaram que entre as mulheres com maior acesso à educação o risco de sífilis materna e congênita reduz em mais de 58%, já as mulheres negras e com menor acesso à educação obtiveram as maiores frações atribuíveis¹¹. Isso pode ser comparado aos dados encontrados neste estudo, evidenciando que a maioria das mães de crianças com SC eram não brancas e com baixa escolaridade.

Como o presente estudo identificou, durante o período analisado, o estado do Rio de Janeiro permaneceu todos os anos com o maior número de casos notificados, determinada pesquisa realizada a partir da análise de incidência da sífilis no Rio de Janeiro entre os anos 2010 e 2022, evidenciou um total de 105.138 casos notificados de sífilis adquirida, 79.609 em

gestantes e 42.819 congênita. Dentre o período abordado no tema, observou-se o aumento dos registros da doença durante os anos, com o ano de 2010 apresentando o menor número de casos ($n = 1.204$) e o maior em 2021 ($n = 18.130$), exceto o ano de 2022 que registrou apenas 6.492 casos².

Uma revisão de escopo sobre as limitações na utilização de dados do DATASUS para a formulação de estratégias de prevenção e controle da Sífilis Congênita no Brasil identificou que existe uma deficiência no preenchimento dos dados de escolaridade e raça materna, algo também evidenciado no presente artigo. Desse modo, a obtenção e qualidade dos dados advindos do DATASUS apresentam certa limitação, visto que, a ausência de determinadas informações nas notificações pode impedir uma análise com maior aprofundamento e menos enviesada¹².

A incompletude destes dados ocorre também na variável doença, como informações sobre a mortalidade ou agravos de notificação. Em um levantamento realizado em Recife e Pernambuco, no período de 2010 a 2016 foram identificados 2.983 casos notificados de sífilis congênita, destes, 63 (2,2%) evoluíram a óbito. Além disso, foram identificados 3.258 registros de óbitos fetais e infantis na plataforma SIM e 241 (7,4%) devido a SC. Porém, 170 dos 241 registros de óbitos fetais e infantis com causa básica ou associada a doença na plataforma SIM, 71 (29,5%) não foram notificados para a SC na plataforma SINAN, na pesquisa encontrada observou-se então que dos 241 desfechos encontrados no SIM, apenas 46 (19,1%) deles apresentavam notificação para SC no SINAN com preenchimento do desfecho dos casos para óbito pela doença¹³.

Os Estados Unidos apresentaram 1.306 casos notificados de sífilis congênita em 2018, sendo 510 (39,1%) filhos que mães negras não hispânicas, 411 (31,5%) hispânicas, 286 (21,9%) brancas não hispânicas e 99 (7,6%) de outra etnia. Os resultados variaram entre as regiões do país, na região Centro-Oeste e Nordeste metade das mães apresentavam estágios iniciais da sífilis, sendo de 54,4% e 56,6% respectivamente, enquanto o Sul foi de 36,6% e Oeste de 36,8%. Esse índice de SC no país pode ser justificado devido à falta de tratamento adequado das mães (30,7%) e falta de cuidados durante o pré-natal (28,2%). Já em 2022, um total de 3.761 casos de sífilis congênita nos Estados Unidos foram notificados, incluindo 231 (6%) natimortos e 51 (1%) mortes infantis. A falta de testes oportunos e tratamento adequado durante a gravidez contribuiu para 88% dos casos de sífilis congênita¹⁴⁻¹⁵. Isso demonstra que

a incidência da SC é um desafio para o Brasil e outros países, trata-se de um problema de saúde pública mundial.

No México, os registros de sífilis congênita aumentaram de 62 casos em 2010 para 372 em 2019. Além disso, o incremento de casos de sífilis em mulheres de 20 a 24 anos foi ligado ao aumento de sífilis congênita. Em 2010, 50% dos estados do México não reportaram casos de sífilis congênita, enquanto em 2018 apenas 10% não registraram. Entre 2010 e 2018, ocorreram 83 mortes neonatais, com a maior taxa em 2018, que foi de 0,88 mortes por 100.000 recém-nascidos. Sendo assim, faltam documentos que tratem de forma exclusiva e específica da prevenção da sífilis congênita no país, que deveriam abranger a mãe, o recém-nascido e os contatos sexuais. É fundamental que esses documentos enfatizem o monitoramento dos casos para prevenir a transmissão vertical e sexual da doença¹⁶⁻¹⁷.

Além disso, outro país que também registrou aumento crescente na incidência de Sífilis Congênita foi a Colômbia, estudo demonstrou que no período entre os anos de 2014 a 2021 a quantidade de casos quadruplicou: passando de 0,9 a cada 1.000 nascidos vivos em 2014 para 3,3 em 2021, com uma taxa média de incidência de SC de 1,7 por mil nascimentos. No ano de 2013, a taxa de incidência da doença foi de 2,33, caindo a partir do ano seguinte para 1,55 e 0,98 em 2015. Entretanto, aumentou novamente o índice em 2016 para 1,03 e continuou subindo até 2018. Outro estudo conduzido na Colômbia durante 2018 a 2022 identificou que a oportunidade de prevenir a sífilis congênita foi perdida em 53,1% das mães devido à falta de triagem para sífilis. Além disso, a oportunidade de prevenir a sífilis congênita foi perdida em 41,5% dos pacientes com sífilis devido à falta de tratamento. A baixa escolaridade, o baixo nível socioeconômico e o acesso tardio ao pré-natal foram associadas a falta de diagnóstico e tratamento, aumentando, assim, a probabilidade de ter recém-nascidos com sífilis congênita¹⁸⁻²⁰.

5 CONCLUSÃO

A análise dos dados sobre sífilis congênita no Brasil entre 2013 e 2023 revela uma preocupação crescente com a incidência da doença, especialmente entre grupos étnico-raciais e pessoas com baixa escolaridade. Os resultados mostram que a falta de acesso à educação está diretamente relacionada ao aumento dos casos, o que evidencia a necessidade urgente de

implementar políticas públicas focadas na educação e na saúde reprodutiva para enfrentar esses índices alarmantes.

Além disso, a subnotificação e a qualidade deficiente das informações coletadas, como dados sobre escolaridade e raça, dificultam uma compreensão mais completa da situação, comprometendo a eficácia das intervenções. Para avançar no combate à sífilis, é essencial melhorar a coleta e a precisão das informações, assim como expandir o acesso a testes e tratamentos, especialmente nas regiões mais afetadas, como o Rio de Janeiro. Priorizar a saúde materna e infantil é fundamental, considerando o impacto significativo que isso tem no bem-estar das futuras gerações.

6 REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Sífilis 2022. Editora MS/CGDI; 2022.
2. Mattos JMP, Gomes JCFP, Ribeiro IP, Aquino PA, Santos JMB, Silva JL, et al. Incidência de sífilis no estado do Rio de Janeiro e no município de Seropédica nos anos de 2010 a 2022. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2024; 45(1): 13-26.
3. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2019; 19(4): 378-880.
4. 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. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(7):e00209520.
5. Ramos RSPS, Carneiro GR, Oliveira ALS, Cunha TN, Ramos VP. Análise espacial da mortalidade fetal por sífilis congênita no Município de Recife-PE Brasil entre 2007 e 2016. *Escola Anna Nery*. 2022; 26:e20210013.
6. Festa L, Prado MF, Jesuino ACS, Balda RCX, Tayra A, Sañudo A, et al. Subnotificações de desfechos desfavoráveis da sífilis congênita nos Sistema de Informação de Agravos de Notificação no estado de São Paulo, 2007-2008. *Rev. Do Sus e Rev. Bras. de Epidemiologia*. 2023; 32(2):e2022664.
7. Blažić TN, Krajcar N, Ličina MLK, Ljubas D, Mardh O, Božičević I. Worrying increase in the risk of vertical transmission of syphilis in Croatia, 2020 to 2024. *Eurosurveillance*. 2024; 29(36):2400517.
8. Salas-Romero SP, Barrios-Puerta Z, Madero-Zambrano KP, Bello-Trujillo AM. Guía de Sífilis Gestacional y Congénita: perspectivas de profesionales de la salud en Bolívar (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023; 74(4): 297-309.
9. Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 2021.
10. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la eliminación y la sífilis e la sífilis congénita em las Américas. 2024.
11. Paixao ES, Ferreira AJF, Pescarini JM, Wong KLM, Goes E, Fiaccone R, et al. Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. *Lancet Glob Health*. 2023; 11(11): 1734-1742.

12. Vidal EZB, Gomes GC, Martins ASP, Vieira GB, Redü AO, Soares FG, et al. Limitações na utilização de dados do DATASUS para a formulação de estratégias de prevenção e controle da Sífilis Congênita no Brasil: uma revisão de escopo. *Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales*. 2024; 17(5): 01-23.
13. Belo MMA, Oliveira CM, Barros SC, Maia LTS, Bonfim CV. Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife, Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021; 30(3):e2020501.
14. Kimball A, Torrone E, Miele K, Bachmann L, Thorpe P, Weinstock H, Bowen V. Missed Opportunities for Prevention of Congenital Syphilis - United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69(22): 661-665.
15. McDonald R, O'Callaghan K, Torrone E, Barbee L, Grey J, Jackson D, et al. Sinais vitais: oportunidades perdidas para prevenir a sífilis congênita - Estados Unidos, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023; 72(46): 1269-1274.
16. García-Cisneros S, Herrera-Ortiz A, Olamendi-Portugal M, Sánchez-Alemán MA. Re-emergence of syphilis in women of reproductive age and its association with the increase in congenital syphilis in Mexico during 2010-2019: an ecological study. *BMC Infect Dis*. 2021; 21(1): 992.
17. Herrera-Ortiz A, López-Gatell H, García-Cisneros S, Cortés-Ortiz MA, Olamendi-Portugal M, Hegewisch-Taylor J, Sánchez-Alemán MÁ. Sífilis congênita no México. Análise de normas nacionais e internacionais sob a perspectiva do diagnóstico laboratorial. *Gac. Med, Mex*. 2019; 155(5): 464-472.
18. Ospina-Joaqui WL, Usma-Duque CA, Gálvez-Castaño YA, Gullos-Pedrozo L, Giraldo-Ospina B. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en Colombia (2014-2021). Análisis ecológico, georreferenciado por departamentos. *Ginecol. obstet. Méx*. 2023; 91(3): 147-154.
19. Becerra-Arias C, Alvarado-Socarras JL, Manrique-Hernandez EF, Caballero-Carvajal JA. Estudio ecológico da sífilis gestacional e congênita na Colômbia, 2012-2018. *Rev Cuid*. 2022; 13(1): 1-15.
20. Fuertes-Bucheli JF, Buenaventura-Alegría DP, Rivas-Mina AM, Pacheco-López R. Congenital Syphilis Prevention Challenges, Pacific Coast of Colombia, 2018–2022. *Emerging Infectious Diseases*. 2024; 30(5): 890-899.