



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

LILIAN SERAFIM DE SOUZA

SÍFILIS EM GESTANTES NO BRASIL de 2008 a 2017: um agravo sem controle.

Vitória de Santo Antão

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA – CAV
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

LILIAN SERAFIM DE SOUZA

SÍFILIS EM GESTANTES NO BRASIL de 2008 a 2017: um agravo sem controle.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Saúde Coletiva como requisito da Conclusão de
Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva

Vitória de Santo Antão

2019

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB4-2165

S719s Souza, Lilian Serafim de
Sífilis em gestantes no Brasil de 2008 a 2017: um agravo sem controle. /
Lilian Serafim de Souza. - Vitória de Santo Antão, 2019.
41 folhas.

Orientadora: Ana Lúcia Andrade da Silva.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado
em Saúde Coletiva, 2019.
Inclui referências e anexo.

1. Sífilis. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. Gestantes. I. Silva, Ana
Lúcia Andrade da (Orientadora). II. Título.

614. 5472 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE-147/2019

LILIAN SERAFIM DE SOUZA

SÍFILIS EM GESTANTES NO BRASIL de 2008 a 2017: um agravo sem controle.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Saúde Coletiva como requisito da Conclusão de
Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva.

Apresentado em: 09/07/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^a.Ana Lúcia Andrade da Silva (Orientadora)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Prof^o. Dr. Livia Teixeira de Souza Maia (Examinador Interno)
Centro Acadêmico de Vitória CAV/UFPE

Prof^o. Ms^a. Márcia Virginia B. Ribeiro (Examinador Externo)
Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP

Dedico esta obra ao meu pai Luiz Mariano de Souza e a minha avó materna Margarida Maria Serafim, que hoje não se encontram mais entre nós, mas sei que estão super felizes e orgulhosos por essa minha conquista.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus que se faz presente em todos os momentos da minha vida, me abençoando e me permitindo enfrentar as batalhas que surgem.

A minha mãe Maria da Paz por ser exemplo de ser humano, que com toda simplicidade me educou e me inspirou a ser a pessoa que sou hoje e chegar até onde cheguei.

Aos meus irmãos por sempre me apoiarem em todas as minhas decisões.

Aos meus filhos Renan Luís e João Miguel, pois é por eles e para eles que sempre busco o melhor.

Ao pai do meu filho Renan Luís, Severino Sebastião de Moura Neto, o qual sempre me ajudou e me incentivou a concluir a graduação.

A minha orientadora Dra Ana Lucia Andrade da Silva por aceitar o meu convite para me orientar e se disponibilizar sempre para me ajudar quando necessitei.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”
(Marthin Luther King).

RESUMO

A sífilis é uma doença de distribuição mundial, com maior prevalência em países em desenvolvimento que determina sérias implicações para a saúde mulher grávida e seu concepto. Analisar o Perfil epidemiológico da Sífilis em gestantes no Brasil, no período de 2008 a 2017. Foi desenvolvido um estudo quantitativo ecológico de séries temporais, utilizando-se dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde. No Brasil, entre 2008 a 2017 foram registrados 223.302 casos de sífilis em gestantes. A taxa de detecção do agravo apresentou tendência crescente estatisticamente significativa no país, nas cinco Macrorregiões, nos 27 Estados e no Distrito Federal. Houve expansão da prevalência do agravo também em todo território nacional. A maioria dos casos ocorreu entre as gestantes com idade de 20 a 29 anos, pardas e pretas. No segundo quinquênio, um terço dos casos foram diagnosticados no terceiro trimestre da gestação. Entre as mães dos filhos acometidos pela Sífilis Congênita, mais de 33% receberam diagnóstico no momento do parto e apenas 4% foi tratada adequadamente, no segundo quinquênio avaliado. Em que pese a inegável qualificação da Vigilância da Sífilis em gestantes, no período estudado, a sua ocorrência nos níveis mensurados, quando os meios diagnóstico e tratamento são acessíveis, é injustificável e urge por intervenções a curto, médio e longo prazos.

Palavras Chaves: Epidemiologia. Indicadores Básicos de Saúde. Sífilis. Gestantes.

ABSTRACT

Syphilis is a disease of worldwide distribution, with higher prevalence in developing countries that determines serious implications for pregnant woman health and its concept. To analyze the epidemiological profile of syphilis in pregnant women in Brazil from 2008 to 2017. An ecological quantitative study of time series was developed using secondary data secondary data provided by the Department of Surveillance, Prevention and Control of Infections Results: In Brazil, between 2008 and 2017, 223,302 cases of syphilis were registered in pregnant women. The rate of detection of the disease showed a statistically significant increasing tendency in the country, in the five Macroregions, in the 27 states and in the Federal District. There was also an increase in the prevalence of the disease throughout the national territory. The majority of cases occurred among pregnant women aged 20 to 29, brown and black. In the second quinquennial, one third of the cases were diagnosed in the third trimester of gestation. Among the mothers of the children affected by congenital syphilis, more than 33% were diagnosed at the time of delivery and only 4% were adequately treated in the second five-year period. In spite of the undeniable qualification of the surveillance of syphilis in pregnant women during the study period, their occurrence at measured levels, when the means of diagnosis and treatment are accessible, is unjustifiable and is urgent for short-, medium- and long-term interventions.

Keywords: Epidemiology. Basic Health Indicators. Syphilis. Pregnant women.

LISTA DE ABREVIACÕES

OMS- Organização Mundial da Saúde

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF- Estratégias Saúde da Família

VDRL- Veneral Disease Research Laboratory

SVS/MS- Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

PAVS- Pactuação de Ações da Vigilância em Saúde

SISPACTO- Pacto pela Vida, Saúde e Gestão

SUS- Sistema Único de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Atenção à Saúde da Mulher	13
2.2 A Assistência Pré-natal.....	14
2.3 Sífilis em Gestantes	15
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo Geral:	17
3.2 Objetivos Específicos:	17
4 ARTIGO.....	18
5 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA	37

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), atualmente, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são consideradas, em nível mundial, como um dos problemas de saúde pública mais comuns. Nos países em desenvolvimento, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde (MESQUITA *et al.*, 2010).

A sífilis é produzida por uma bactéria, *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual, mas que também pode ser transmitida por outras vias, tais quais: transfusão sanguínea, transplante de órgão, ou transplacentária. Quando não tratada adequadamente, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central (MESQUITA *et al.*, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2011).

Trata-se de uma doença de distribuição mundial, caracterizada ainda como um importante problema de saúde pública, que determina sérias implicações para a mulher grávida e seu conceito (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2010).

A infecção durante a gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por determinar altos índices morbimortalidade intrauterina. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), ocorrem 340 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) no mundo por ano, entre as quais 12 milhões são de sífilis (MAGALHÃES *et al.*, 2011). Apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda apresenta prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento (CAMPOS, 2010).

A sífilis na gestação ainda é observada em parcela significativa de mulheres, o que favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita, levando ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do conceito, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

Para Campos e colaboradores (2010) a sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser facilmente controlada, levando-se em consideração a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo, sendo a assistência pré-natal oportuna e de qualidade, a estratégia fundamental para o diagnóstico, tratamento e controle da sífilis congênita e neonatal.

Compreendendo a sífilis materna como um importante problema de saúde pública, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 1993, o projeto de eliminação da sífilis

congenita, de acordo com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

O Ministério da Saúde preconiza, também, uma série de rotinas diagnósticas e protocolos de atendimento a serem observados no seguimento de crianças nascidas de mães que tiveram diagnóstico de sífilis na gestação, parto ou puerpério (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

A maneira mais concreta de efetivar a prevenção e o controle da sífilis está no compromisso da atenção básica em oferecer a toda mulher uma assistência de qualidade, garantindo que seja realizado o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para evitar a transmissão vertical da doença (MESQUITA, 2010).

Sabendo-se que a ocorrência da sífilis na gestação é ainda prevalente no Brasil, e responsável pela elevada persistência da sífilis congênita, evidenciando falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, esse estudo se propôs a responder: como caracteriza-se o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil, no período de 2008 a 2017?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção à Saúde da Mulher

Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade, o Ministério da Saúde criou um documento intitulado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes”, com o objetivo de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

A Política Nacional abrange em questão de gênero a integralidade e a promoção da saúde como princípios básicos buscando concretizar os avanços na área dos direitos sexuais e reprodutivos, com foco na melhoria da atenção obstétrica, na atenção ao abortamento inseguro, no combate à violência doméstica e sexual e no planejamento familiar. Também trabalha em cima da prevenção e do tratamento de mulheres portadoras de HIV/aids, do câncer ginecológico e de doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2004).

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto a saúde da mulher só foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto (OLIVEIRA; RICARTE; CRISTINE, 2011).

Contudo, é aceitável e justificável o período em que as demandas das políticas nacionais de saúde eram relativas apenas à gravidez e ao parto, justifica-se pela complexidade do cuidado, onde uma simples falha na assistência pode causar danos irreparáveis, tanto para mãe quanto para seu filho (BRASIL, 2004).

Uma assistência à saúde da mulher bem elaborada contempla vários avanços, diminuindo índices que são de grande importância para a saúde pública em geral, como por exemplo o de mortalidade materna, considerada hoje como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A qualidade da assistência na gestação e parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical da sífilis e de outras doenças infectocontagiosas (MAGALHÃES, *et al.*, 2011).

2.2 A Assistência Pré-natal

É direito da mulher em seu período gestacional ter uma assistência de qualidade, esse direito é adquirido por todas as mulheres a partir do momento em que é confirmada a gravidez, por essa razão o município tem por obrigação dispor de serviços de saúde que incluem a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal, contudo, esses serviços devem ser bem organizados (BRASIL, 2011).

No Brasil, em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que tem por objetivo assegurar a ampliação do acesso, da cobertura e da assistência pré-natal, parto e puerpério no País e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A assistência pré-natal tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início de sua gestação, que é um período caracterizado por mudanças físicas e emocionais vivenciados, de maneira diferente, por cada gestante (FALCÃO PADILHA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento pré-natal deve ser multiprofissional e multidisciplinar e as consultas podem ser realizadas por médico e ou enfermeiro, sendo intercaladas, de acordo com as intercorrências. A enfermeira pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87. De fato, a grande maioria das gestantes são acompanhadas pela Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família durante todo o período de gestação (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar a importância que o pré-natal representa para a mãe e filho, as Estratégias Saúde da Família (ESF) devem assegurar uma atenção qualificada e integral às gestantes. E por se tratar de uma grande responsabilidade, os profissionais que atuarem na atenção primária devem ter competência para assistir à mulher. Pois uma atenção qualificada no pré-natal promove uma maternidade segura, além de ser fator contribuinte para a redução da mortalidade materna, uma vez que as altas taxas dessa morbimortalidade ainda fazem parte da nossa atualidade, ou seja uma assistência pré-natal de qualidade, de fácil acesso, pode reconhecer precocemente os sinais e/ou os fatores de risco para morbidade e mortalidade materna, permitindo, dessa forma, que intervenções apropriadas sejam elaboradas (ARAÚJO *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a, pelo menos, dois exames de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), um por ocasião da primeira consulta e outro por volta da 30ª semana

gestacional. Deve-se ainda realizar um VDRL no momento do parto para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha sido reinfectada após o tratamento (CAMPOS, 2012).

2.3 Sífilis em Gestantes

Uma realidade negativa é que a sífilis continua a ser um problema mundial. A OMS estima que 12 milhões de pessoas sejam infectadas todos os anos, apesar de existirem medidas de prevenção eficazes como preservativos e opções de tratamento de baixo custo (OMS, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente, as DST são consideradas, em nível mundial, como um dos problemas de saúde pública mais comum. Nos países em desenvolvimento, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde (MESQUITA *et al.*, 2012).

A ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença (BRASIL, 2011).

A presença de Sífilis na mulher grávida pode causar inúmeras consequências tais como o aborto espontâneo, a morte intrauterina, nascimento pré-termo e óbito perinatal em até 40% dos casos, inclusive má formação em múltiplos órgãos. Os neonatos sobreviventes apresentam-se assintomáticos em mais de 50% dos casos, podendo, com o tempo, vir a manifestar surdez, problemas visuais e até retardo mental (DAMASCENO *et al.*, 2014; LORENZI *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde estimou a prevalência de sífilis em gestantes no Brasil com o Estudo Sentinela Parturiente, de 2004. As estimativas foram feitas para o nível das macrorregiões e, a partir dessas estimativas, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) vem trabalhando com o número esperado de casos, aplicando a prevalência estimada ao número de nascidos vivos. O número de casos de sífilis em gestante e o número de casos de sífilis congênita são indicadores da Pactuação de Ações da Vigilância em Saúde (PAVS) e do Pacto pela Vida, Saúde e Gestão (SISPACTO). Considerando uma transmissão vertical da sífilis de 25%, é possível estimar o número de casos esperados de sífilis congênita para cada região do país. A

inclusão desses dois indicadores nas pactuações que envolvem as três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra claramente a vontade política do Ministério da Saúde em atingir a eliminação da sífilis congênita, ou seja, 0,5 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos (SARACENI; ESPINOSA, 2012).

Em 2008, a OMS estimava que 12 milhões de pessoas, entre elas cerca de dois milhões de gestantes, estariam infectadas pelo *Treponema pallidum*. Além disso, era observado um aumento da incidência de sífilis e da sífilis congênita (SC) em todo o mundo. É estimado que a prevalência de sífilis em mulheres grávidas no Brasil varie entre 1,4% e 2,8%, com transmissão vertical aproximadamente em 25%. No Distrito Federal, entre 2007 e 2008 foram notificados 186 casos de sífilis em mulheres grávidas. No Brasil, estima-se que ocorrem mais de 900 mil casos de sífilis por ano. A prevalência da doença em gestantes é de 2,6% (PIRES *et al.*, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil, no período de 2008 a 2017.

3.2 Objetivos Específicos:

- a) Analisar a tendência temporal da Taxa de detecção da sífilis em gestantes no Brasil, nas suas Regiões e Unidades Federativas entre 2008 e 2017;
- b) Descrever a distribuição da proporção da sífilis em gestantes, nos estados brasileiros, segundo quinquênios do período de estudo;
- c) Caracterizar o perfil da Sífilis em gestantes, no Brasil, segundo variáveis sociodemográficas e clínicas da Sífilis em gestantes e congênita, 2008 a 2017.

4 ARTIGO

O presente trabalho está apresentado no formato de artigo requerido pela *Revista Brasileira de Epidemiologia*, cujas normas para submissão de artigos se encontram em anexo (Anexo A).

SÍFILIS EM GESTANTES NO BRASIL, 2008 A 2017: um agravo sem controle.

Título resumido: SÍFILIS EM GESTANTES: Brasil 2008 a 2017.

Lilian Serafim de Souza¹

Ana Lucia Andrade da Silva²

¹Discente da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680. E-mail: lylyanserafimsouza@hotmail.com

²Professora Doutora da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. R. Alto do Reservatório, s/n - Bela Vista, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680. E-mail: anadasilva78@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença de distribuição mundial, com maior prevalência em países em desenvolvimento que determina sérias implicações para a saúde mulher grávida e seu conceito. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil, no período de 2008 a 2017. **Métodos:** Foi desenvolvido um estudo quantitativo ecológico de séries temporais, utilizando-se dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde. **Resultados:** No Brasil, entre 2008 a 2017 foram registrados 223.302 casos de sífilis em gestantes. A taxa de detecção do agravo apresentou tendência crescente estatisticamente significativa no país, nas cinco Macrorregiões, nos 27 estados e no Distrito Federal. Houve expansão da prevalência do agravo também em todo território nacional. A maioria dos casos ocorreu entre as gestantes com idade entre 20 a 29 anos, pardas e pretas. No segundo quinquênio, um terço dos casos foram diagnosticados no terceiro trimestre da gestação. Entre as mães dos filhos acometidos pela Sífilis Congênita, mais de 33% receberam diagnóstico no momento do parto e apenas 4% foi tratada adequadamente, no segundo quinquênio avaliado. **Conclusão:** Em que pese, a inegável qualificação da Vigilância da Sífilis em gestantes, no período estudado, a sua ocorrência nos níveis mensurados, quando os meios diagnóstico e tratamento são acessíveis, é injustificável e urge por intervenções a curto, médio e longo prazos.

Palavras Chaves: Epidemiologia; Indicadores Básicos de Saúde; Sífilis; Gestantes.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são consideradas, em nível mundial, como um dos problemas de saúde pública mais comum. Nos países em desenvolvimento, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde¹.

A sífilis é produzida por uma bactéria, *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual, mas que também pode ser transmitida por outras vias, tais quais: transfusão sanguínea, transplante de órgão, ou transplacentária. Quando não tratada adequadamente, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central^{1,2}.

Trata-se de uma doença de distribuição mundial, considerada ainda como um importante problema de saúde pública, que determina sérias implicações para a mulher grávida e seu conceito³.

A infecção durante a gestação é um grave problema de saúde pública, responsável por determinar altos índices morbimortalidade intrauterina. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem 340 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) no mundo por ano, entre as quais 12 milhões são de sífilis⁴. Apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda apresenta prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento⁵.

A sífilis na gestação ainda é observada em parcela significativa de mulheres, o que favorece diretamente a ocorrência de sífilis congênita, levando ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do conceito, como o comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico⁴.

Para Teixeira e colaboradores⁶ (2018) a sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser facilmente controlada, sendo a assistência pré-natal oportuna e de qualidade, a estratégia fundamental para o diagnóstico, tratamento e controle da sífilis congênita e neonatal.

Compreendendo a sífilis materna como um importante problema de saúde pública, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 1993, o projeto de eliminação da sífilis congênita, de acordo com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁷.

Sabendo-se que a ocorrência da sífilis na gestação é ainda prevalente no Brasil, e responsável pela elevada persistência da Sífilis Congênita, esse estudo se propôs a

analisar o perfil epidemiológico da Sífilis em gestantes no Brasil, no período de 2008 a 2017.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo quantitativo ecológico de séries temporais, utilizando-se dados secundários do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde (SVS)⁸, do Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Ministério da Saúde.

Analizou-se a tendência temporal da taxa de detecção da sífilis em gestantes, no Brasil, nas cinco Regiões, nas 26 Unidades Federativas (UF) e no Distrito Federal (DF) no período de 2008 a 2017. As taxas de detecção da sífilis em gestantes foram obtidas do painel de indicadores básicos da sífilis da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, e representam o quociente entre o número de casos de sífilis em gestantes e o número total de nascidos vivos, em determinado local e ano, por 1.000. Realizou-se o modelo de regressão linear simples, considerando a taxa de detecção da sífilis em gestantes a variável dependente (Y) e os anos, a variável independente (X). Todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0%.

A prevalência da Sífilis em gestantes pode ser estimada, através do quociente entre o número total de casos do agravo e o total de gestações, em determinado local, no ano. Sendo o total de gestações obtido pela soma dos Nascidos Vivos (NV), natimortos e abortos⁹. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)¹⁰ recomenda a utilização do número total de óbitos fetais, independente da duração da gestação, permitindo incluir tanto o sub-registro de natimortos como uma possível falta de preenchimento do campo duração da gestação, no atestado de óbito. Sendo assim, a prevalência da Sífilis em gestantes foi calculada pela razão entre o número de casos, no local ao ano, pelo somatório dos NV, óbitos fetais e internações por ocasião de abortamento (Categoria de Diagnóstico da CID 10, códigos O01, O02; O03; O04; O05; O06; O07; e O08). Os óbitos fetais foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e as internações por aborto do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Sabendo-se que as informações do SIH se referem apenas às internações realizadas no SUS, e ainda assim não representam a total ocorrência dos abortos, o indicador tem sido utilizado e recomendado⁹. A distribuição da prevalência da Sífilis em

gestantes, foi realizada entre os estados, e o DF, por regiões, nos quinquênios (2008 a 2012) e (2013 a 2017).

A descrição do perfil sociodemográfico e clínico da Sífilis em gestantes foi realizada, em 02 quinquênios, apresentando-se as variáveis segundo frequências absolutas e relativas. As variáveis utilizadas foram: faixa etária, escolaridade e raça cor da gestante; classificação clínica e idade gestacional do momento do diagnóstico da doença.

Para avaliar o momento do diagnóstico e tratamento das mães infectadas, utilizou-se os dados referentes às notificações de Sífilis Congênita, já que essas variáveis não são disponibilizadas para os casos de Sífilis em gestantes.

Foi calculada a Variação Média Proporcional (VMP), das taxas de detecção e prevalência da Sífilis em gestantes para avaliar as suas evoluções entre o primeiro e último ano dos períodos estudados, através da equação: $VMP = [(Indicador \text{ último ano} / Indicador \text{ primeiro ano}) - 1] \times 100$.

Os dados foram processados, utilizando-se os softwares, Microsoft Excel 2007 e o The R Project for Statistical Computing 3.0.2.

De acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta pesquisas envolvendo Seres humanos sob a ótica do indivíduo e das coletividades, a pesquisa utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público do Ministério da Saúde, não sendo, portanto, necessária a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS

No Brasil, entre 2008 e 2017 foram registrados 223.302 casos de Sífilis em gestantes e 136.100 casos de Sífilis Congênita.

A taxa de detecção da Sífilis em gestantes apresentou tendência crescente estatisticamente significativa ($p < 0,001$), passando de 2,5 no primeiro ano do estudo para 16,2/1.000 Nascidos Vivos, em 2017, representando um crescimento médio proporcional de 548% (gráfico 1).

Na tabela 1, observou-se que em todas as regiões e estados brasileiros e no Distrito Federal, o comportamento do agravo foi semelhante ao verificado no país, com tendência crescente estatisticamente significativa ($p < 0,05$) das taxas de detecção, com exceção do estado do Amapá, onde não houve significância. Nos dez anos estudados, nas regiões sul (329,3%) e sudeste (212,1%) verificou-se os maiores crescimentos.

Entre os estados os maiores acréscimos ocorreram no Espírito Santo (383,1%), Santa Catarina (377,4%) e Paraná (334,9%), e os menores em Amapá (50,3%), Rio Grande do Norte (55,2%) e Sergipe (55,9%).

A distribuição da prevalência Sífilis em gestantes revelou grande expansão do agravo no país variando entre 0,08 em 2008, no estado de Minas Gerais a 3,25% no Espírito Santo em 2017. Entre os quinquênios avaliados, entre 2008 e 2012, as maiores prevalências foram identificadas no Mato Grosso do Sul (1,20%), Rio de Janeiro (0,69%) e Amapá (0,61%), superando os índices das regiões e do país. Nos últimos cinco anos, os estados do Mato Grosso do Sul (2,13%), Rio de Janeiro (2,06%) e Espírito Santo (1,82%), concentraram as maiores prevalências da Sífilis em gestantes. Entre os períodos analisados os maiores crescimentos ocorreram em Minas Gerais, Santa Catarina, Acre, Paraná e Rio Grande do Sul, ultrapassando 300% entre o primeiro e o segundo quinquênio. Entre as Macrorregiões, a maior prevalência foi observada no centro-oeste (0,50%), entre 2008 e 2012, e no Sul (1,28%) e Sudeste (1,28%), no segundo período, com maior variação média proporcional na região Sul (332,8%). No Brasil, a prevalência da doença passou de 0,36% para 1,05%, um aumento proporcional de 195,7% entre 2008-2012 e 2013 a 2017 (Figura 1).

A avaliação da distribuição da Sífilis em gestantes segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas, apontou que mais de 50% da taxa de detecção foi registrada entre as gestantes com idade de 20 a 29 anos, nos dois quinquênios avaliados. No mesmo período, mais de 58% da taxa foi identificada entre as gestantes pardas e pretas. Em relação a ao momento do diagnóstico, entre 2008 e 2012, a maior proporção de gestantes recebeu o diagnóstico no terceiro trimestre da gestação (37,8%), enquanto no período de 2013 a 2018, foi no primeiro trimestre (34,2%) entre os casos notificados de Sífilis Congênita (SC), mais de 30,9% das mães receberam diagnóstico no momento do parto, no segundo quinquênio, e apenas 4,0% das gestantes que tiveram filhos com a forma congênita da Sífilis foram tratadas adequadamente. As variáveis escolaridade e a classificação clínica apresentaram elevado percentual de ignorado, impossibilitando sua análise e demonstrando a péssima qualidade de registro dessas informações (tabela 2).

DISCUSSÃO

Os achados dessa pesquisa evidenciaram tendência crescente estatisticamente significativa da taxa de Sífilis em gestantes no Brasil, entre 2008 e 2017, com expressivo

crescimento da taxa de detecção entre o primeiro e último ano avaliados. Cenário que nos permite emitir dois julgamentos distintos:

Por um lado, tecer uma avaliação positiva, considerando que os dados nacionais demonstraram maior número de casos da Sífilis materna que a Congênita, quando em alguns estados e municípios do Brasil, a taxa de Sífilis Congênita é ainda superior à de Sífilis em gestantes, consequência da subnotificação e não detecção das mulheres infectadas. Nesse sentido o grande aumento da taxa de Sífilis em gestantes, reflete melhoria das ações da vigilância epidemiológica, bem como do diagnóstico durante a gestação.

Outros estudos, apontaram a relação entre o crescimento da Sífilis em gestantes com o aumento das notificações e maior oportunidade no diagnóstico da doença, no Brasil¹¹⁻¹⁴.

Por outro lado, não se pode celebrar os crescentes e elevados níveis de incidência dessa doença, sobre a qual desde 1993 o Ministério da Saúde, vem desenvolvendo e implantado programas específicos para o seu controle e redução. A Sífilis na gestação é atualmente no Brasil, um agravo sem controle, mesmo sendo conhecidos os meios de diagnósticos, as ações necessárias à sua intervenção e a disponibilidade de tratamento efetivo. Apontando para falhas do sistema de saúde, no que se refere às ações de educação em saúde, controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis e Assistência pré-natal adequada e de qualidade, ações fins da Atenção Básica.

A elevada incidência da Sífilis em gestantes tem sido identificada por diversos estudos, ao longo dos anos, nos vários estados e municípios brasileiros: Paraná⁹, Mato Grosso do Sul¹², Belo, Horizonte¹⁵ Distrito federal¹⁶, Recife¹⁷, Fortaleza⁵, entre outros.

Os resultados demonstraram tendência crescente da incidência da Sífilis em gestantes e um expressivo crescimento das taxas de detecção nas cinco Macrorregiões, nos 27 estados e no Distrito Federal, entre o primeiro e segundo quinquênios avaliados, com variação média percentual, superior a 100% na maioria dos estados e em todas as regiões, no período estudado.

Moroskoski e colaboradores¹¹ (2017), identificaram o crescimento com tendência crescente da incidência da Sífilis em gestantes adolescentes, em Curitiba (PR), no período entre 2007 e 2016.

Comportamento semelhante foi identificado, na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, onde a taxa de detecção aumentou consideravelmente, de 2,02 casos/

mil nascidos vivos no ano de 2011 para 12,79 casos/mil nascidos vivos em 2015⁹.

No Rio Grande do Sul, também foi verificado aumento das taxas de detecção de Sífilis em Gestantes variando de 0,46 em 2006 para 6,69/1.000 nascidos vivos em 2012¹³.

Os achados sobre a evolução da prevalência da Sífilis em gestantes entre os estados, demonstraram a elevada expansão do agravo, entre 2008 e 2017, os biênios, variando entre 0,08% para 3,2%, entre o início e fim do período avaliado, ratificando a situação de descontrole do agravo, no país.

Situação semelhante foi identificada, na 15ª Regional de Saúde do estado do Paraná em 2015, onde houve prevalência de 3,0% dos casos de Sífilis em gestantes⁹. Contrariamente, em Belo Horizonte verificou-se prevalência inferior, em torno de 1,6% no período de 2011 e 2013¹⁵.

No Brasil, desde 2006, vem sendo identificado o crescimento da taxa de detecção de sífilis em gestantes¹⁸. Um estudo de base hospitalar, realizado entre 2011 e 2012, estimou uma prevalência de sífilis na gestação em torno de 1,02%¹⁹, bastante inferior a encontrada, em alguns estados e também a prevalência nacional observada no ultimo ano avaliado pelo presente estudo.

Os resultados demonstraram que a maioria dos casos de Sífilis acometeram as gestantes pardas e pretas, com idade entre 20 e 29 anos, assim como foi verificado em Minas Gerais entre 2007 a 2015²⁰ e em Belo Horizonte-MG no período de 2010 a 2013¹⁵, a maior predominância do ocorreu agravo em gestantes na faixa etária de 20 a 39 anos.

Em Santa Cruz-RN²¹, e Cacoal-RO²² mais de 70% das gestantes diagnosticadas com sífilis eram da raça/cor parda.

Em relação a ao momento do diagnóstico, no último quinquênio avaliado, cerca de 1/3 das gestantes receberam o diagnóstico da Sífilis, no último trimestre da gestação, o que pode estar relacionado ao momento da infecção pela mulher, ou representar o diagnóstico não oportuno, o que fica evidenciado entre os casos de Sífilis Congênita analisados, com mais de 33% das mães recebendo o diagnóstico no momento do parto ou curetagem. Situação mais grave foi identificada em relação a adequação do tratamento entre essas mães, sendo inferior a 5% no segundo quinquênio do estudo. Um dado alarmante, diante do cenário encontrado, quando se sabe que a Sífilis Congênita ainda ocorre em níveis elevadíssimos no país, e a sua redução e controle estão diretamente relacionados ao diagnóstico em tempo oportuno e tratamento adequados.

Observou-se tratamento inadequado, em 38,1% das gestantes infectadas no Distrito Federal e em mais de 50% no Rio de Janeiro²³.

Moroskoski e colaboradores¹¹, também verificaram uma parcela significativa de gestantes (28,4%) com diagnóstico da Sífilis no terceiro trimestre de gestação. Entre as gestantes que realizaram assistência pré-natal, no Rio Grande do Sul, pouco mais de 51% realizou o diagnóstico para a doença durante esse período⁶.

Nas gestantes com Sífilis, a taxa de transmissão vertical pode variar de 30% a 100%, a depender do período da infecção e início do tratamento, levando ao abortamento, natimortalidade e morte perinatal, em quarenta de cada cem conceptos infectados. A transmissão vertical pode acontecer em qualquer período da gestação e está diretamente relacionada à treponemia materna⁵. Em Belo Horizonte, no período entre 2001 e 2012, a taxa de transmissão vertical variou de 68,6% em 2008 a 91,2% em 2011⁶.

Realidade que nos coloca muito distante da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, quando lançou em 1993, o programa de eliminação da Sífilis Congênita visando a sua ocorrência para um caso ou menos de a cada mil crianças nascidas vivas e reforça a afirmação da Organização Mundial da Saúde de que nos países em desenvolvimento a Sífilis e sua forma congênita nunca deixaram ser um problema de saúde pública⁷

Não foi possível analisar importantes variáveis escolaridade e classificação clínica, por apresentarem elevados percentuais de informação ignorada, revelando má qualidade nos registros de tão relevantes informações.

Saraceni e colaboradores (2017)²³ identificaram um grande número de informações ignoradas nas bases de dados oficiais, apontando que essa situação dificulta o desenvolvimento de análises e o monitoramento da Sífilis em gestantes, comprometendo o planejamento de ações eficazes para controle e eliminação do agravo no país.

CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que a Sífilis em gestantes é um grave problema de saúde pública no Brasil e o seu controle está longe de ser alcançado. Se por um lado o aumento das notificações reflete melhoria das ações de vigilância do agravo, por outro o momento de diagnóstico e a inadequação do tratamento entre as mães de crianças infectadas denunciam importantes falhas na assistência materna e infantil, sobretudo nos cuidados pré-natais, considerado universalizado no Brasil, apontando para falhas em sua

adequação e qualidade. Como no desenvolvimento das ações de planejamento familiar e educação em saúde relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em que pese, a inegável qualificação da Vigilância da Sífilis em gestantes, no período estudado, a sua ocorrência nos níveis mensurados, quando os meios diagnóstico e tratamento são acessíveis, é injustificável e urge por intervenções a curto, médio e longo prazos.

REFERÊNCIAS

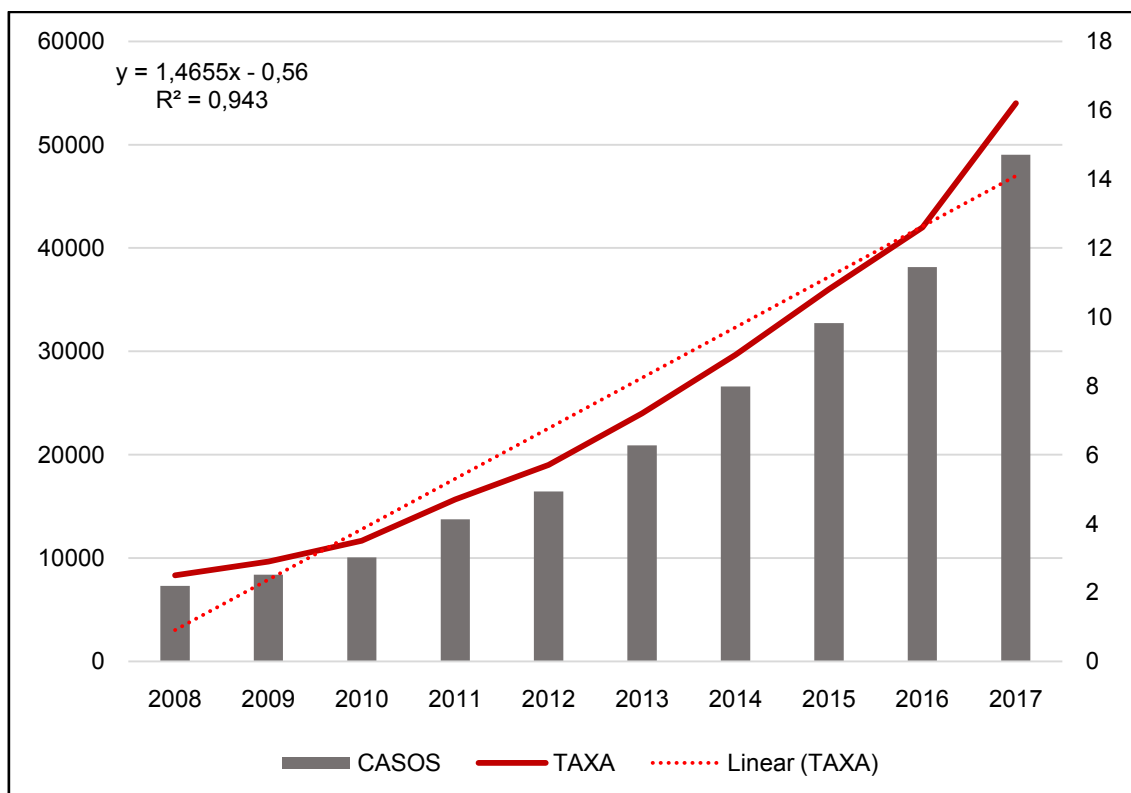
1. Mesquita, KO, Lima, GK, Flôr, SMC, Freitas, CASL, Linhares, MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. **Sanare**; 2012, (11)1:13-17.
2. Lima, MG, Santos, RFR, Barbosa, GJA, Ribeiro, GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**; 2011, 18(2):499-506.
3. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2004;16(3):168-175.
4. Magalhães, DMS, Kawaguchi, IAL, Dias, A, Calderon, IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**; 2011 (22) 1:43-54.
5. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad Saúde Pública**; 2010; 26(9):1747-1755.
6. Teixeira LO, Belarmino V, Goçalves CV, Mendonza-Sassi RA. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012, **Cienc. Saúde Coletiva**, 2018; 23(8):2587-2597.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Indicadores e dados básicos da Sífilis**. 2019. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>>. Acesso em 01 de abril de 2019.
9. Padovani, C; Oliveira, RR, Pelloso, SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**; 2018; (26) 1:1-10.

10. Brasil. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. RIPSa. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqc05.htm>>. Acesso em 01 de jun. de 2019.
11. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. **R. Saúde Públ.** 2018;1(1):47-58.
12. Tiago, ZS, Picoli, RP, Graeff, SVB, Cunha, RV, Arantes, R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**; 2017, 26(3):503-512.
13. Teixeira, MA, Santos, PP, Araújo, RT, Santos, PN, Souza, AGJ. Perfil epidemiológico e sociodemográfico das crianças infectadas por sífilis congênita. **Rev.Saúde. Com**; 2016; 11(4): 371-381.
14. Nunes, PS, Zara, ALSA, Rocha, DFNC, Marinho, TA, Mandacaru, PMP, Turchi, MP. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2018; 27(4):1-10.
15. Nonato, SM; Melo, APS; Guimarães, MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; 2015; (24) 4:681-694.
16. Magalhães, DMS, Kawaguchi, IAL, Dias, A, Calderon, IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**; 2013; 29(6):1109-1120.
17. Melo NGDO, Melo Filho DA, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol. Serv. Saúde**; 20(2):213-222
18. BRASIL. 2015 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis. Bol Epidemiol. 015;4(1):1-28.
19. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev Saude Publica**; 2014; 48(5):766-774.
20. Alves, PIC, Scatena, L.M., Haas, VJ, Castro, SS. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, 2007-2015. **Cien Saude Colet.**; (2018/Out). Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/evolucao-temporal-e-caracterizacao-dos-casos-de-sifilis-congenita-em-minas-gerais-20072015/16979?id=16979>>
21. Dantas LA, Jerônimo SHNM, Teixeira GA, Lopes TRG, Cassiano AN, Carvalho JBL. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. **Enferm. Glob**; 2017; (16)

46:227-236

22. Maeda ATN, Ermita LB, Alves WC, Rodrigues AM. Perfil clínico e epidemiológico das gestantes com Sífilis e Sífilis congênita no município de Cacoal, Rondônia, Brasil, 2007 a 2016. *Revista Eletrônica FACIMEDIT*, 2018; 7(1): 41-50.
23. Saraceni, V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. ***Revista Panamericana de Salud Pública***, 2017; 41:1-8.

Gráfico 1 – Tendência temporal da taxa de detecção da sífilis em gestantes, no Brasil, no período entre 2008 e 2017.



Fonte: SVS/MS

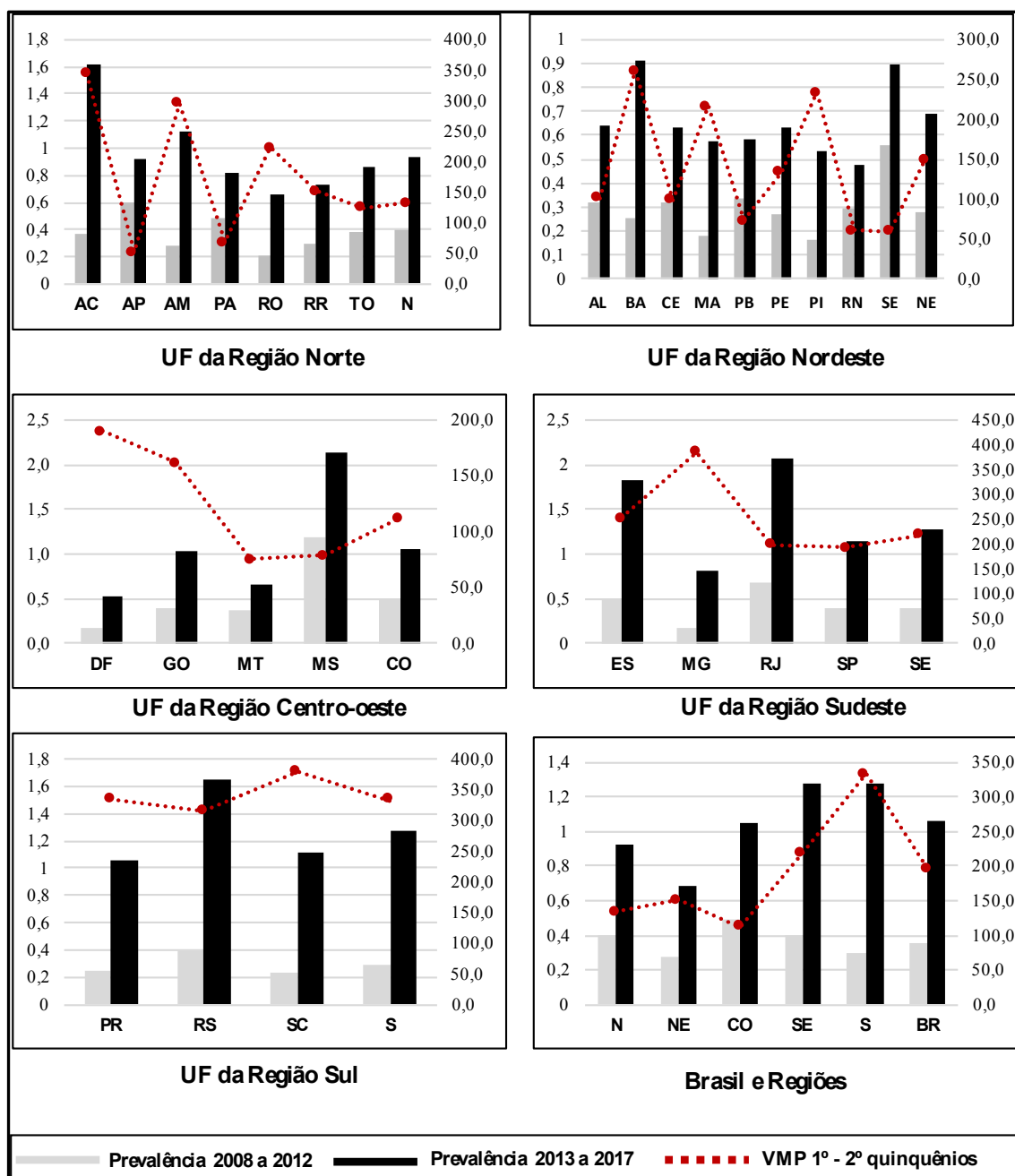
Tabela 1 – Tendência Temporal, e Variação Média Proporcional da taxa de detecção da sífilis em gestantes segundo as regiões e estados brasileiros, no período entre 2008 e 2017.

UF	2008 a 2012		2013 a 2017		Variação Média Percentual	Tendência (2008 a 2017)		
	N	*Taxa	N	*Taxa		B	p	R ²
Acre	343	4,0	1478	16,2	306,5	2,43	<0,001	0,87
Amapá	501	6,8	804	10,2	50,3	0,41	0,233	0,17
Amazonas	1161	3,1	4790	12,0	290,8	1,85	<0,001	0,78
Pará	3778	5,2	6232	8,7	69,0	0,67	<0,001	0,95
Rondônia	291	2,2	967	7,0	216,4	0,93	<0,001	0,96
Roraima	164	3,2	467	8,3	156,2	0,91	<0,001	0,74
Tocantins	511	4,1	1130	9,0	120,5	1,17	0,003	0,67
Região Norte	6.749	4,3	16.260	10,2	134,1	1,18	<0,001	0,94
Alagoas	939	3,4	1763	6,7	97,1	0,71	0,002	0,71
Bahia	3020	2,8	10294	10,0	252,8	1,40	<0,001	0,97
Ceará	2266	3,5	4442	6,8	92,6	0,74	<0,001	0,92
Maranhão	1204	2,0	3584	6,1	209,1	0,78	<0,001	0,84
Paraíba	1087	3,7	1823	6,2	69,6	0,49	0,009	0,59
Pernambuco	2079	3,0	4790	6,7	125,0	0,78	<0,001	0,77
Piauí	444	1,8	1410	5,8	227,0	0,77	<0,001	0,91
Rio Grande do Norte	791	3,3	1245	5,1	55,2	0,50	0,002	0,69
Sergipe	1065	6,1	1653	9,5	55,9	0,85	0,001	0,75
Região Nordeste	12.895	3,0	31.004	7,4	142,8	0,88	<0,001	0,92
Distrito Federal	438	2,0	1290	5,6	182,0	0,73	<0,001	0,82
Goiás	1866	4,2	5362	10,8	157,9	1,24	<0,001	0,91
Mato Grosso do Sul	1007	4,0	1954	7,0	74,5	1,94	<0,001	0,80
Mato Grosso	2640	12,8	4974	22,7	77,2	0,65	<0,001	0,77
Região Centro-oeste	5.951	5,3	13.580	11,1	109,1	1,13	<0,001	0,90
Espírito Santo	1428	1,8	5345	8,6	383,1	2,69	<0,001	0,96
Minas Gerais	2325	5,4	11458	18,9	248,7	1,36	<0,001	0,91
Rio de Janeiro	8078	7,4	25099	21,4	190,2	2,94	<0,001	0,93
São Paulo	12.533	4,1	37.466	11,9	190,2	1,54	<0,001	0,96
Região Sudeste	24.364	4,3	79.368	13,4	212,1	1,84	<0,001	0,96
Paraná	1992	2,6	8975	11,2	334,9	1,71	<0,001	0,94
Rio Grande do Sul	2849	4,2	12474	17,0	305,7	2,53	<0,001	0,91
Santa Catarina	1074	2,5	5677	11,8	377,4	1,85	<0,001	0,90
Região Sul	5.915	3,1	27.126	13,5	329,3	2,04	<0,001	0,95
Brasil	55.900	3,9	167.402	11,1	184,6	1,46	<0,001	0,94

Nota: * média das taxas dos cinco anos do quinquênio/1.000 nascidos vivos

Fonte: SVS/MS

Figura 1 – Distribuição da prevalência e Variação Média Proporcional (VMP) da Sífilis em gestantes, no Brasil Macrorregiões e estados brasileiros, nos quinquênios 2008 a 2012 e 2013 a 2017.



Fonte: SVS/MS

Tabela 2 – Distribuição da proporção da Sífilis em gestantes e congênita segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. Brasil 2008 a 2017.

VARIÁVEIS	2008 a 2012		2013 a 2017	
	N	%	N	%
RELACIONADAS AOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM GESTANTES				
Faixa Etária				
10 a 14 anos	824	1,5	2.266	1,4
15 a 19 anos	12.136	21,7	43.474	26,0
20 a 29 anos	28.910	51,7	86.644	51,8
30 a 39 anos	12.482	22,3	31.574	18,9
40 anos ou mais	1.539	2,8	3.360	2,0
Ignorado	9	0,0	84	0,1
Escolaridade				
Ignorado	16.815	30,1	47.278	28,2
Raça/Cor				
Branca	16.312	29,2	51.090	30,5
Preta	7.000	12,5	20.784	12,4
Amarela	466	0,8	1.427	0,9
Parda	25.799	46,2	79.255	47,3
Indígena	771	1,4	996	0,6
Ignorada	5.552	9,9	13.849	8,3
Classificação Clínica				
Ignorado	17.825	31,9	45.594	27,2
Idade Gestacional				
1º Trimestre	12.380	22,1	57.246	34,2
2º Trimestre	17.849	31,9	49.277	29,4
3º Trimestre	21.153	37,8	50.526	30,2
Idade gestacional ignorada	4.517	8,1	10.110	6,0
Total dos casos de Sífilis em Gestantes	55.900	100,0	167.402	100,0
RELACIONADAS ÀS MÃES NOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA				
Momento do Diagnóstico da Sífilis materna				
Durante o pré-natal	16.543	41,3	50.860	52,9
No momento do parto/curetagem	16.794	42,0	32.540	33,9
Após o parto	4.571	11,4	7.936	8,3
Não realizado	256	0,6	586	0,6
Ignorado	1.844	4,6	4.170	4,3
Esquema de Tratamento Materno				
Adequado	1.493	3,7	3.797	4,0
Inadequado	20.166	50,4	55.365	57,6
Não realizado	13.828	34,6	25.813	26,9
Ignorado	4.521	11,3	11.117	11,6
Total dos Casos de Sífilis Congênita	40.008	100,0	96.092	100,0

Fonte: SVS/MS

5 CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que a Sífilis em gestantes é um grave problema de saúde pública no Brasil e o seu controle está longe de ser alcançado. Se por um lado o aumento das notificações reflete melhoria das ações de vigilância do agravo, por outro o momento de diagnóstico e a inadequação do tratamento entre as mães de crianças infectadas denunciam importantes falhas na assistência materna e infantil, sobretudo nos cuidados pré-natais, considerado universalizado no Brasil, apontando para falhas em sua adequação e qualidade. Como no desenvolvimento das ações de planejamento familiar e educação em saúde relacionada às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em que pese, a inegável qualificação da Vigilância da Sífilis em gestantes, no período estudado, a sua ocorrência nos níveis mensurados, quando os meios diagnóstico e tratamento são acessíveis, é injustificável e urge por intervenções a curto, médio e longo prazos.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. L.; SHMIZU, H.E.; Sousa, A. I. A. *et al.* Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-86. Jun.2012.
- ARAÚJO, S. M. A. *et al.* Importância Do Pré-Natal e A Assistência De Enfermagem. VEREDAS FAVIP - **Revista Eletrônica de Ciências**, Caruaru, v. 3, n. 2, p. 62-67, jul./dez. 2010.
- 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. (Série Manuais nº 62), 2005. 52 p.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, A.L.A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.
- CAMPOS, A.L.A. *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira Ginecologia. Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402. 2012.
- COSTA, C.C. *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-9, 2013.
- COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n. 4, p. 189–201, 2003.
- DAMASCENO, A. *et al.* Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.88-94, 2014.
- LORENZI, DRS. *et al.* Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-57, 2013.
- DUARTE. R. F.; GALDINO, C. K.; MOURA, E. N. **Pré-Natal Na Atenção Básica: Revisão Da Literatura**, 2013.

GUIMARÃES, M. L. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, fev., 2013, p. 499-506, 2001-2008.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiol**, Montes Claros, v. 19, n. 1, p. 63-74, jan./mar. 2016.

MAGALHÃES D.M.S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n 6, p. 1109-20, 2013.

MAGALHÃES, D. M. S. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Com. Ciências Saúde**, Botucatu, v. 22, n. 1, p. 43-54, 2011.

MESQUITA, K.O. *et al.* Perfil Epidemiológico dos casos de Sífilis em Gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. **S A N A R E**, Sobral, v.11. n. 1., p. 13-17, jan./jun. 2012.

OLIVEIRA, D.; RICARTE. L.; CRISTINE. S. Potencialidades e fragilidades saúde da mulher no município de Limoeiro. **J Manag Prim Health Care**. Limoeiro, v. 2, n. 2, p. 19-23. 2011.

PADILHA, J. F. *et al.* A saúde da mulher e assistência a gestante no sistema único de saúde (sus): uma revisão bibliográfica. Santa Maria, Grupo Promoção da Saúde e Tecnologias Aplicadas à Fisioterapia, 2011.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. **Revista Panam Saúde Publica**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 168-75, 2004.

SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p.257-63, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde– SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Serviço de Vigilância Epidemiológica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-72. 2008.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-496, mar, 2012.

SONDA, E. C. *et.al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Ver. Epidemiol. Control. Infect**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA



Escopo e política

A Revista Brasileira de Epidemiologia tem por finalidade publicar **Artigos Originais** e inéditos (máximo de 21.600 caracteres com espaço), inclusive os de **revisão** crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins. Serão aceitas somente Revisões Sistemáticas e Metanálises; não serão aceitas Revisões Integrativas.

Publica, também, artigos para as seguintes seções:

- **Artigos originais com resultados de pesquisas**
- **Metodológicos:** Artigos que se dedicam a analisar as diferentes técnicas utilizadas em estudos epidemiológicos;
- **Debate:** destina-se a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema, que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas semelhantes;
- **Notas e Informações:** notas prévias de trabalhos de investigação, bem como breves relatos de novos aspectos da epidemiologia, além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 6.450 caracteres com espaço);
- **Cartas ao Editor:** comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (de 3.260 até 4.570 caracteres com espaço).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Epidemiologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Após o envio do parecer, os autores devem assinar uma declaração, de acordo com modelo fornecido pela RBE (Declaração de Exclusividade, Declaração de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesses). Os conceitos emitidos em qualquer das seções da Revista são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedada a reprodução — mesmo que parcial — em outros periódicos, assim como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando aprovados para publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura dos autores, conforme modelo fornecido posteriormente pela Revista.

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Na primeira etapa da submissão, a secretaria

verifica se todos os critérios estabelecidos foram atendidos, e entra em contato com o autor. O manuscrito é encaminhado para a apreciação dos editores somente se atender a todas as normas estabelecidas pela RBE.

A Revista Brasileira de Epidemiologia não cobra taxas para a submissão de manuscritos, ou para a avaliação ou publicação de artigos.

Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Medida exigida desde o início da publicação da RBE e que reafirmamos, exigindo especial menção no texto dos artigos. Tal exigência pode ser dispensada em alguns tipos de estudo que empregam apenas dados agregados, sem identificação de sujeitos, disponíveis em bancos de dados e tão comuns na área da saúde. Nenhuma instância é melhor que um CEP para analisar a natureza das propostas de investigação, seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS). O CEP que aprova a investigação deve ser registrado na CONEP.

Em particular, devem ser contempladas as seguintes Resoluções:

- 196/96, reformulada pela 446/11, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- 251/97, sobre Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos para a área temática de Pesquisa com Novos Fármacos, Medicamentos, Vacinas e Testes Diagnósticos;
- 292/99 e sua Regulamentação de agosto de 2002, que dizem respeito à área temática especial de Pesquisas Coordenadas do Exterior ou com Participação Estrangeira e Pesquisas que Envolvam a Remessa de Material Biológico para o Exterior.

A Revista Brasileira de Epidemiologia apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para registro de ensaios clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, serão aceitos para publicação somente os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação/aprovação deverá ser registrado na Folha de rosto.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de *abstract* em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do *abstract* no idioma original do artigo, além de resumo em português.

O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação.

Os manuscritos devem ter o máximo de 21.600 caracteres com espaço e 5 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

- Margens com configuração "Normal" em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm);
- Espaçamento duplo em todo o texto;
- Fonte Times New Roman, tamanho 12, em todo o texto;
- Não utilizar quebras de linha;
- Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres com espaço), título resumido (máximo de 60 caracteres com espaço), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail), agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

*A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento.

Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres com espaço no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres com espaço no máximo, e devem ser apresentados na forma estruturada, contemplando as seções: Introdução,

Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao *abstract*.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas *Keywords*, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como "Normal"). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

- Fornecer as fotos em alta resolução;
- Fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

- Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem;
- Não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa;
- Nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão *et al.* quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses "no prelo". As

publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no *New England Journal of Medicine*, 1997; 336: 309, e na *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).