



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES**  
**GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA**

**FRANCIELLY DE SOUSA NERES**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO  
BRASIL, NO PERÍODO DE 2010 A 2015**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado em forma de artigo ao  
curso de biomedicina sob orientação  
do professor Bruno Silva Milagres.

Brasília  
2017

## Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil, no período de 2010 a 2015

Francielly de Sousa Neres<sup>1</sup>  
Bruno Silva Milagres<sup>2</sup>

### Resumo

A sífilis é uma doença infecciosa de evolução crônica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, e quando não tratada de forma adequada e precoce, pode evoluir para a fase crônica da doença com sequelas irreversíveis. As principais formas de transmissão são por via sexual e vertical. Estima-se que 12 milhões de pessoas são infectadas com a sífilis todos os anos, e 90% dos casos são em países em desenvolvimento. A sífilis congênita é responsável por aproximadamente 500 mil mortes fetais por ano em todo o mundo. O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil, entre os anos de 2010 a 2015, verificando as regiões que tiveram maior e menor número de casos e avaliando quanto ao atendimento pré-natal, faixa etária, diagnóstico, tratamento das gestantes e tratamento dos seus parceiros.

**Palavras chave:** Sífilis, perfil epidemiológico, *Treponema pallidum*.

### Epidemiological profile of syphilis in pregnant in brazil in the period 2010 to 2015

#### Abstract

Syphilis is an infectious disease of chronic evolution caused by the bacterium *Treponema pallidum*, and when not treated properly and early, can progress to the chronic phase of the disease with irreversible sequelae. The main forms of transmission are sexual and vertical. It is estimated that 12 million people are infected with syphilis every year, and 90% of cases are in developing countries. Congenital syphilis accounts for approximately 500,000 fetal deaths per year worldwide. The objective of this study was to describe the epidemiological profile of syphilis in pregnant women in Brazil between 2010 and 2015, verifying the regions that had the highest and lowest number of cases and evaluating prenatal care, age, diagnosis and treatment of pregnant women and treatment of their partners.

**Key words:** Syphilis, epidemiological profile, *Treponema pallidum*.

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Biomedicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

<sup>2</sup> Biólogo, Mestre em Medicina Preventiva e Doutor em Biologia Celular e Molecular, Professor de Biomedicina do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

## 1. INTRODUÇÃO

Existem várias teorias que tentam explicar a origem da sífilis. De acordo com a Teoria Colombiana, a doença foi trazida para a Europa pelos marinheiros durante o descobrimento da América, em expedições realizadas por Cristóvão Colombo. Segundo a Teoria Pré – Colombiana, a Europa já possuía casos de sífilis antes mesmo das expedições de Colombo, mas eram equivocadamente diagnosticadas como hanseníase. Outra teoria, intitulada Unitária, sugeriu que o agente etiológico da sífilis era resultado de várias mutações causadas por fatores ambientais e socioeconômicos (TALHARI; CORTEZ, 2009).

A designação de sífilis originou –se de um poema escrito por Girolamo Fracastoro em 1530. No livro intitulado de *Syphilis sive morbus gallicus*, Girolamo relata a história de um pastor chamado Syphillus que blasfemou contra o deus Apolo e foi punido com a doença denominada sífilis (BRASIL, 2010).

O agente etiológico da sífilis somente foi descoberto em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudinn e pelo dermatologista Erich Hoffman. Os estudos foram realizados a partir de uma pápula erodida na vulva de uma mulher sífilítica, no qual efetuaram um exame a fresco e observou –se no microscópio numerosos micro-organismos espiralados, bastante claros e delgados, no qual denominaram *Spirochaeta pallida*, devido à dificuldade em se corar com as técnicas existentes na época (SOUZA, 2005; MAGALHÃES, 2011).

A sífilis, também conhecida como lues, é uma doença infecciosa de evolução crônica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, exclusiva do ser humano, e quando não tratada de forma adequada e precoce, pode evoluir para a fase crônica da doença com sequelas irreversíveis. As principais formas de transmissão são por via sexual e vertical (BRASIL, 2010).

Essa doença é dividida em adquirida e congênita. A sífilis adquirida é classificada em três estágios: sífilis primária quando há o aparecimento do cancro duro no local da inoculação, secundária quando se manifestam inúmeras lesões distribuídas pelo corpo após um período de 1 a 2 meses após o aparecimento do cancro duro, latente quando não há indícios de sinais e sintomas da doença, e terciária onde ocorre a manifestação de nódulos cutâneos

ou gomas sífilíticas, e se não tratada pode comprometer o aparelho cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e sistema nervoso (ZUGAIB, 2012).

A sífilis congênita ocorre quando a mãe infectada não fez o tratamento ou teve um tratamento inadequado, passa a infecção para o feto por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer período gestacional ou durante o parto, com uma taxa que varia de 30 a 100% dependendo do estágio da sífilis na mãe (CONITEC, 2015). Dividida em precoce e tardia, a sífilis congênita precoce aparece até os dois anos de idade, e a tardia manifesta-se depois. A maioria dos casos de sífilis congênita precoce são assintomáticas, no entanto, o recém-nascido pode apresentar baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões na pele, icterícia, anemia, prematuridade, etc. Na sífilis congênita tardia, é muito raro ter manifestações clínicas e geralmente quando ocorre, são cicatrizações referentes a sífilis precoce, que pode abranger vários órgãos (SESSP, 2008).

O diagnóstico laboratorial da sífilis necessita da associação entre o histórico do paciente, os dados clínicos e a detecção de antígenos ou anticorpos por meio de testes sorológicos. A pesquisa do *Treponema pallidum* pode ser feita por microscopia de campo escuro, coloração Fontana-Tribondeau e imunofluorescência direta. São utilizados testes sorológicos não treponêmicos para a triagem e treponêmicos para a confirmação. O “Veneral Disease Research Laboratory” (VDRL), é o teste não treponêmico mais utilizado. Na confirmação do diagnóstico os testes utilizados são: “Fluorescent treponemal antibody absorption” (FTA-Abs), o “Microhemagglutination assay for *Treponema pallidum*” (MHA-TP), o “*Treponema pallidum* Hemagglutination” (TPHA), o “Enzyme-linked Immunosorbent Assay” (ELISA) e o teste mais aplicado é o “Fluorescent treponemal antibody absorption” (FTA-Abs) (BRASIL, 2010; MAGALHÃES, 2011).

A penicilina é o fármaco utilizado para tratar a sífilis adquirida e congênita. As doses são administradas conforme o estágio em que o paciente se encontra. O Ministério da saúde recomenda o uso da penicilina G em gestantes com sífilis, pois é a única terapia com eficácia comprovada tanto para o tratamento das mesmas, como para prevenir a transmissão vertical para o bebê, onde vem mostrando 98% de sucesso nessa prevenção. Quando se há pacientes alérgicos

à penicilina, é recomendado fazer a dessensibilização para posteriormente administrar a medicação, principalmente em gestantes, pois outros fármacos são considerados inadequados para prevenir a transmissão fetal. (CONITEC, 2015).

No Brasil, através da portaria 542, de 22 de dezembro de 1986, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de sífilis congênita. Em 1993, foi proposto a criação de um programa nacional para eliminação da sífilis congênita, planejada pelas Organizações Mundial e Pan-Americana de Saúde, onde a meta era ter uma incidência menor ou igual a um caso por mil nascidos vivos, e que não foi alcançada por nenhuma das nações presentes no acordo até a suposta data (VIEIRA, 2005).

A partir do ano de 2005, as gestantes passaram a ser incluídas na lista de agravos de notificação compulsória, medidas feitas pelo Ministério da Saúde para tentar controlar a transmissão vertical da sífilis e acompanhar o processo da infecção, para posteriormente avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2012).

Em 2011, foi implantada a Rede Cegonha, que tem como objetivo proporcionar à mulher uma rede de cuidados (planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério) e à criança o direito de ter um nascimento seguro e um crescimento saudável. As ações do pré-natal da Rede Cegonha têm o propósito de prevenir e tratar as DST, HIV/Aids e hepatites virais, disponibilizando testes rápidos de sífilis e HIV (BRASIL, 2014).

Embora a penicilina tenha sido descoberta, a sífilis continua sendo um problema mundial. Estima-se que 12 milhões de pessoas são infectadas com a sífilis todos os anos, e 90% dos casos são em países em desenvolvimento. A sífilis congênita é responsável por aproximadamente 500 mil mortes fetais por ano em todo o mundo. Cerca de 40% das infecções intrauterinas que não são tratadas, há aborto espontâneo ou morte perinatal (OMS, 2008; CAMPOS *et al.*, 2010).

Este trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita, no Brasil entre os anos de 2010 e 2015.

## 2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado por meio de uma revisão da literatura e consulta aos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde. Para levantamento bibliográfico dos artigos, foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, utilizando as palavras chave “sífilis”, “epidemiologia” e “perfil epidemiológico”, buscando artigos publicados nos últimos 12 anos, bem como trabalhos importantes sobre o tema publicados anteriormente. A busca foi concentrada em artigos no idioma português.

## 3. DESENVOLVIMENTO

A sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada com o diagnóstico e tratamento precoce das gestantes. A erradicação da doença ainda continua sendo um desafio para os profissionais de saúde e órgãos competentes. Infelizmente, ainda há uma grande subnotificação da sífilis congênita mesmo sendo obrigatória desde 1996, que compromete a confiabilidade das estatísticas oficiais e o combate da doença (LORENZI *et al.*, 2009).

No Brasil a incidência da sífilis congênita é um dos indicadores importantes para avaliar a qualidade da atenção materno-infantil, e a cada ano 12 mil recém-nascidos adquirem a doença (SONDA *et al.*, 2013). Conforme o Ministério da Saúde, a prevalência de sífilis é de 1,6% entre as parturientes, ou seja, cerca de 50 mil gestantes infectadas (LORENZI *et al.*, 2009).

A tabela 1 mostra a situação epidemiológica da sífilis em gestantes no Brasil, por regiões e estados. No período de 2010 a 2015, foram notificados 125.142 casos de sífilis em gestantes, dos quais 57.541 (46,9%) foram casos na região Sudeste, 26.133 (20,8%) no Nordeste, 17.290 (13,8%) no Sul, 13.209 (10,5%) no Norte e 10.969 (8,7%) no Centro Oeste.

Quanto às UFs, a maioria apresentou aumento do número de casos no decorrer dos anos. De 2014 para 2015 houve um aumento significativo, sendo que os maiores aumentos foram observados no Amazonas (94,6%), no Rio Grande do Sul (62,4%), em Santa Catarina (58,1%), no Distrito Federal (53,1%), em Roraima (42,3%) e em Minas Gerais (39,0%), conforme a Tabela 1.

**Tabela 1.** Casos de gestantes com sífilis segundo Unidade de Federação e região de residência por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015

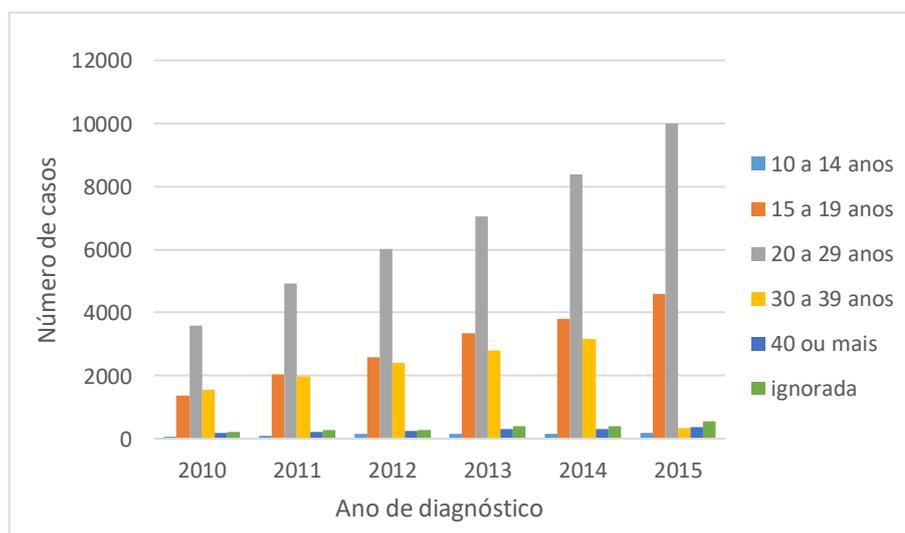
UF/Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Brasil</b>	10626	14455	17334	21767	27595	33365
<b>Norte</b>	1433	1719	1752	2134	2653	3518
Acre	41	94	97	117	232	314
Amapá	134	126	131	159	149	139
Amazonas	237	269	329	469	536	1043
Pará	825	1007	898	1071	1.319	1.493
Rondônia	55	87	95	119	190	212
Roraima	25	23	67	85	78	111
Tocantins	116	113	135	114	149	206
<b>Nordeste</b>	2592	3427	3865	4542	5467	6240
Alagoas	210	223	196	215	295	311
Bahia	601	872	1043	1423	1893	2079
Ceará	484	596	713	682	753	887
Maranhão	252	292	240	382	652	839
Paraíba	184	304	360	440	320	392
Pernambuco	3969	508	593	732	817	897
Piauí	89	105	140	239	213	263
Rio Grande do Norte	188	198	248	166	214	218
Sergipe	188	324	332	263	310	354
<b>Sudeste</b>	4317	6542	8259	10265	13199	14959
Espírito Santo	264	392	524	703	799	1091
Minas Gerais	384	587	913	1196	1777	2471
Rio de Janeiro	1473	2255	2817	3285	4137	4297
São Paulo	2196	3308	4005	5081	6486	7100
<b>Sul</b>	1054	1480	1991	2839	3921	6005
Paraná	358	567	705	1030	1354	1869
Rio Grande do Sul	484	645	964	1275	1786	2901
Santa Catarina	212	268	322	534	781	1235
<b>Centro-Oeste</b>	1230	1287	1467	1987	2355	2643
Distrito Federal	95	116	97	133	188	284
Goiás	358	390	548	845	945	1052
Mato Grosso	248	246	257	307	350	344
Mato Grosso do Sul	529	535	565	702	872	963

FONTE: BRASIL (2016).

Ao analisar a tabela 1, é possível observar o aumento no número de casos de sífilis em gestantes no decorrer dos anos no Brasil. De acordo com alguns estudos, esse aumento não só está relacionado ao número de casos que se multiplicou, mas também ao aumento das notificações, mostrando que houve melhoria na notificação dos casos, ampliação do acesso das gestantes ao pré-natal, avanços da vigilância epidemiológica, implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), melhoria no diagnóstico e implantação de testes rápidos (XIMENES *et al.*, 2008).

Com base nos dados analisados, na figura 1, de acordo com a faixa etária das gestantes com sífilis, onde a idade varia de 10 a 40 anos ou mais, podemos observar que a sífilis é predominante em gestantes com idade entre 20 a 29 anos, com 39.929 (51,4%) casos, 15 a 19 anos com 17.726 (22,8%) casos e 30 a 39 anos com 15.514 (20%) casos.

**Figura 1.** Casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe, por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015



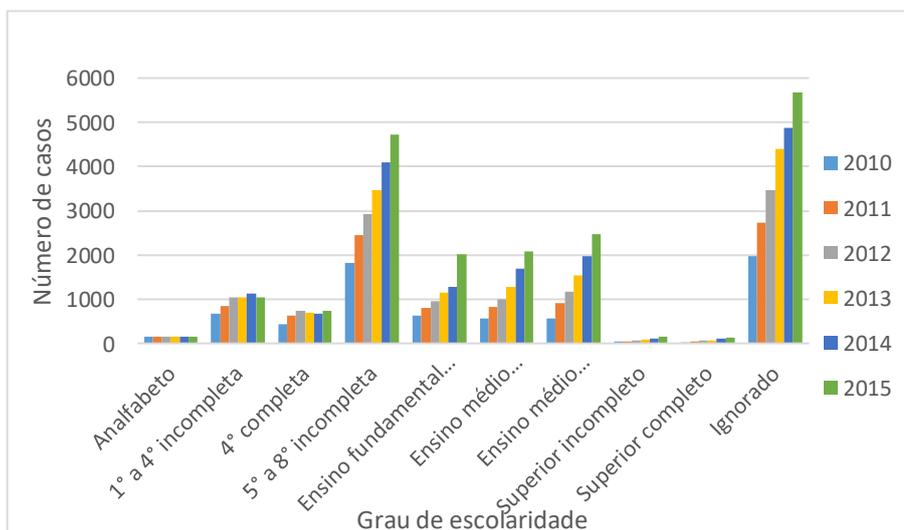
FONTE: BRASIL (2016).

A sífilis congênita pode afetar crianças nascidas de mães pertencentes a qualquer faixa etária. O maior número de casos notificados ocorre em mulheres com idade entre 20 e 29 anos, por se tratar de mulheres que estão em idade

reprodutiva, o que resulta em um grande número de gestações nessa faixa etária. Observou-se também um número significativo de gestantes com idade entre 15 e 19 anos, demonstrando o início precoce da vida sexual e de forma desprotegida, e indicando que as jovens têm maior vulnerabilidade às DST (Doenças Sexualmente transmissíveis) por não terem um acesso às informações sobre a doença, dificuldade em entender a gravidade, colaborando para um tratamento inadequado, conforme mostrado na figura 1 (COSTA *et al.*, 2013; SESSP, 2008).

A figura 2 mostra o número de casos de gestantes com sífilis quanto ao grau de escolaridade, desde o analfabetismo até o nível superior completo no período de 2010 a 2015. Podemos observar o predomínio da sífilis em gestantes com baixo grau de instrução, onde o maior número está entre as mulheres que possuíam de 5ª a 8ª série incompleta, com total de 19.511 (25,2%) casos notificados. Há também um sub-registro, onde 23.122 (30%) casos foram notificados sem informar o grau de instrução.

**Figura 2.** Casos de sífilis congênita segundo grau de escolaridade da mãe, por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015



FONTE: BRASIL (2016).

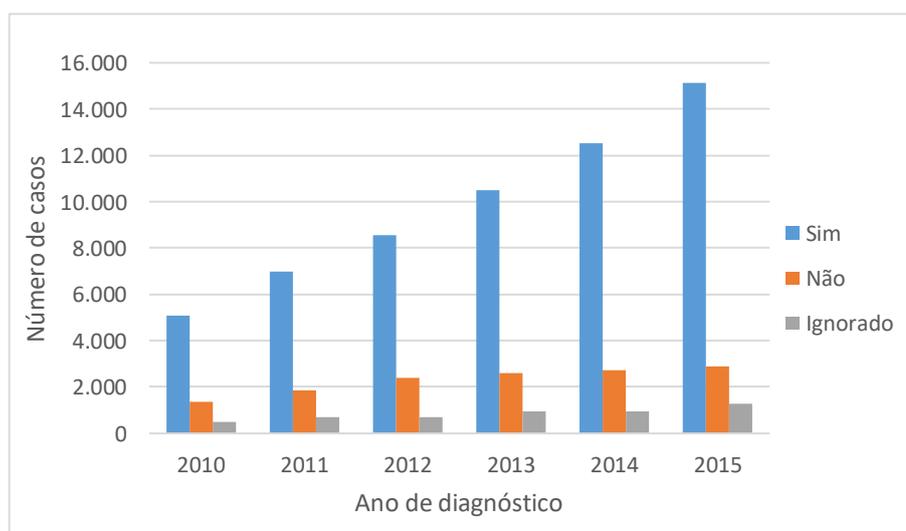
A partir da figura 2 é possível observar que as mães de classes mais desfavorecidas são expostas a uma assistência pré-natal inadequada, possuem

pouco acesso às informações sobre a doença quanto ao seu modo de transmissão e a transmissão ao feto, ou mesmo após o diagnóstico da doença, não sabem a importância de um tratamento, levando ao aumento do número de casos a cada ano (CARVALHO; BRITO, 2014).

A atenção pré-natal é fundamental para proteger a saúde da mãe e do bebê, pois é uma ferramenta importante para diminuir o número de casos de sífilis congênita. Vale ressaltar que entre suas ações, destacam-se a captação da gestante, o acompanhamento da gravidez e a solicitação de um exame VDRL na primeira consulta e outro próximo à 28ª semana de gestação, pois geralmente a infecção ocorre entre a 16ª e a 28ª semana. Há também fatores que somados a estes, como o aconselhamento e tratamento da gestante e dos parceiros sexuais infectados com a doença, que podem nos levar a diminuição dos casos.

Na figura 3, pode-se observar que na maioria dos casos de sífilis congênita, as mães realizaram o pré-natal. Em 2010, 5.089 (73%) gestantes realizaram o pré-natal, e em 2013 o número de casos foi 10.479 (74,8%), já em 2015 teve um aumento significativo com 15.127 (78,3%) casos.

**Figura 3.** Casos de sífilis congênita segundo realização de pré-natal da mãe, por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015



FONTE: BRASIL (2016).

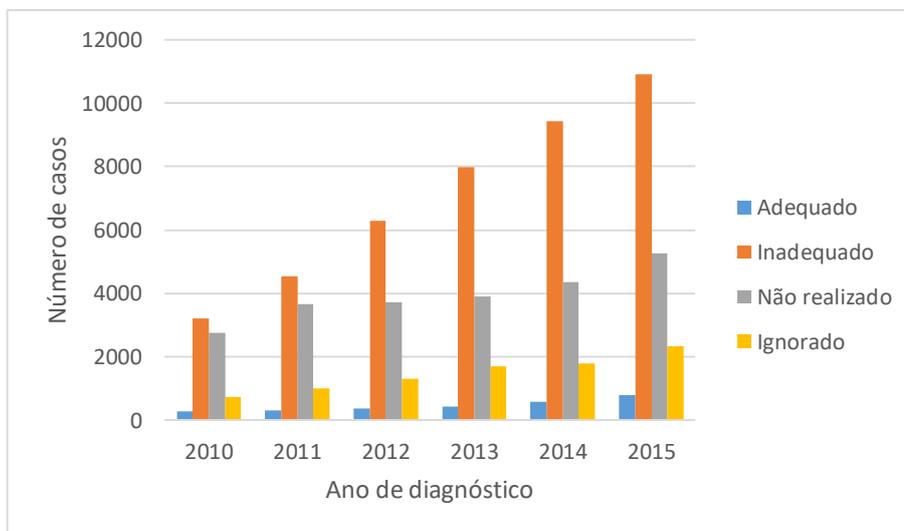
O aumento do número de gestantes que fizeram pré-natal e tiveram diagnóstico de sífilis congênita conforme a figura 3, indica que a realização do pré-natal não foi eficaz para impedir a transmissão vertical. Pode estar associada à falha no diagnóstico da sífilis congênita no pré-natal, incluindo número de consultas inferiores às sete que são recomendadas, falta de realização de exames de sífilis no primeiro e terceiro trimestre de gestação, demora na entrega de resultados, não comparecimento das gestantes para apresentar os resultados dos exames ao profissional de saúde, não aderência do parceiro ao acompanhamento pré-natal e falha dos serviços de saúde em resgatar as gestantes que abandonaram a assistência (SESSP, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, considera-se tratamento inadequado para a sífilis gestacional todo tratamento efetuado com qualquer medicamento que não seja penicilina; tratamento incompleto, mesmo tendo utilizado penicilina; tratamento inadequado para a fase clínica; finalização de tratamento no período de 30 dias que antecedem o parto; parceiro não tratado ou tratado inadequadamente (CONITEC, 2015).

A ausência de tratamento adequado das gestantes aumenta o risco de transmissão vertical, que pode variar de 49% a 80%. Mesmo que a gestante tenha sido tratada adequadamente, o não tratamento do parceiro também aumenta o risco de reinfecção da gestante e também a probabilidade de ocorrer a transmissão para o feto (LIMA *et al.*, 2013).

Em relação ao tratamento das gestantes, podemos observar na figura 4, que de 2010 a 2015, 2.770 (3,6%) gestantes tiveram tratamento adequado, 42.378 (54,6%) tiveram tratamento inadequado e 23.672 (30,5%) não realizaram tratamento.

**Figura 4.** Casos de sífilis congênita segundo tratamento das gestantes, por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015

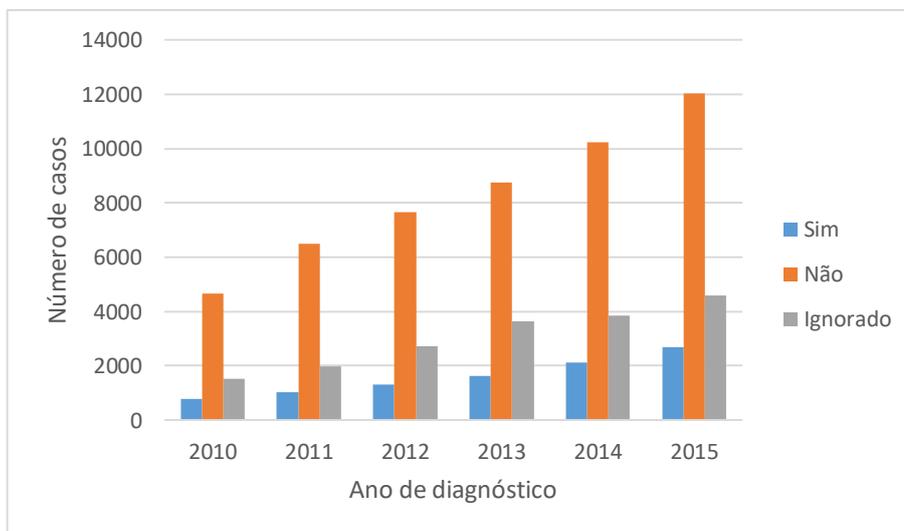


FONTE: BRASIL (2016).

Ao analisar a figura 4, é possível observar que a maioria das gestantes tiveram tratamento inadequado e muitas não realizaram o tratamento, que pode estar associado a dificuldade na identificação clínica da doença e desconhecimento quanto ao esquema preconizado para cada forma clínica, mas também a dificuldade do uso da penicilina que é o fármaco mais custo-efetivo para o tratamento tanto das gestantes como dos parceiros sexuais, justificada pela ocorrência de eventos adversos, principalmente reação anafilática, onde os profissionais de saúde na maioria das vezes não são capacitados para manejar casos de anafilaxia. Também pode estar relacionada especialmente a pessoas com baixas condições sociais, que não tem muito acesso aos serviços de saúde, e falta de conhecimento sobre as DST (Doenças Sexualmente transmissíveis) e as suas possíveis complicações, o que faz com que as pessoas se desmotivem e não procurem os serviços (ARAUJO *et al.*, 2012; SESG, 2016).

Na figura 5 pode-se observar que a maioria dos parceiros sexuais não aderiu ao tratamento. De 2010 a 2015, teve um total de 49.802 (64,1%) parceiros não tratados, seguido de 9.525 (12,6%) parceiros que fizeram o tratamento. Em 2010, houve 4.651 (67%) parceiros não tratados, e foi aumentando no decorrer dos anos, e em 2015, 12.035 (62,3%) parceiros não foram tratados.

**Figura 5.** Casos de sífilis congênita segundo tratamento do parceiro, por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015



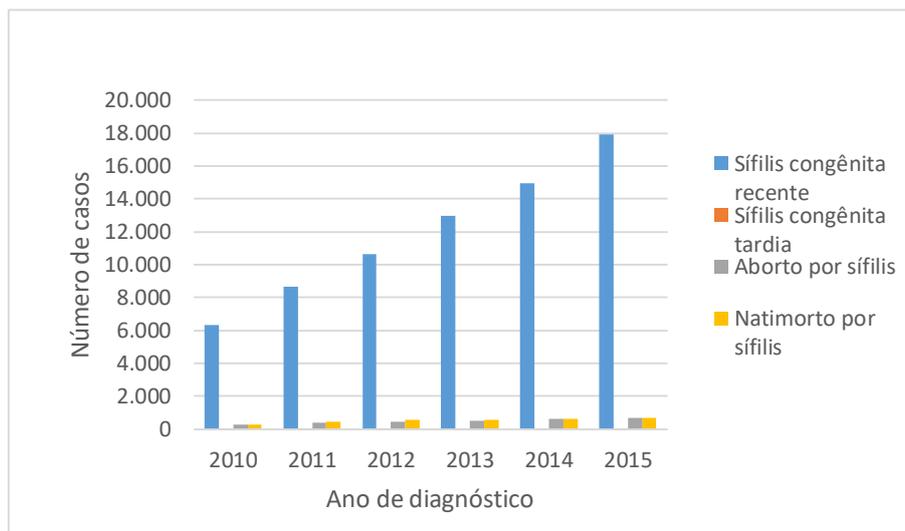
FONTE: BRASIL (2016).

Com base na figura 5, a falta de tratamento dos parceiros sexuais é um dos principais obstáculos para o controle da sífilis congênita. Uma das principais dificuldades dos parceiros em aderir ao tratamento, pode estar relacionada às políticas de saúde, onde os homens sempre foram mais excluídos, e isso diminui a procura por atendimento. Por outro lado, pode estar relacionada ao ponto de vista que os homens têm associado à saúde, pois conferem à mulher a responsabilidade pelo cuidado com a saúde. Existem outros fatores que impossibilitam o tratamento do parceiro, como horário de trabalho não compatível com o funcionamento dos serviços de saúde, falta de interesse em saber informações sobre a doença, pois não acreditam que são portadores de DST. Quando o parceiro não é devidamente tratado, há um alto risco de reinfecção da gestante, aumentando a possibilidade de ocorrer transmissão vertical (CAMPOS *et al.*, 2012).

Muitas gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum*, quando não são tratadas de forma adequada, podem ter perda fetal ou o recém-nascido ter sífilis congênita. Ao longo dos anos, os resultados não são animadores, pois mesmo com todos os esforços que o Ministério da Saúde vem fazendo para diminuir o número de casos, os óbitos estão ocorrendo preocupantemente. Nos anos de 2010 a 2015 foram notificados 77.642 casos de sífilis congênita, nos quais

71.491 (92%) foram diagnosticados com sífilis congênita recente, 144 (0,18%) com sífilis congênita tardia, 2.877 (3,7%) abortos e 3.130 (4%) foram de natimortos por sífilis, conforme a figura 6.

**Figura 6.** Casos notificados de sífilis congênita, segundo características dos casos por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015



FONTE: BRASIL (2016).

Diante de tais dados, é possível observar que a sífilis congênita está relacionada a baixa qualidade do pré-natal, pois a grande maioria das gestantes tiveram assistência, visto que o diagnóstico e o tratamento feito precocemente podem evitar a sífilis congênita. O tratamento do parceiro também é essencial para que posteriormente a gestante não tenha reinfecção e ocorra a transmissão vertical, mas de acordo com a figura 5, a maioria dos parceiros não fizeram tratamento, colaborando para o aumento dos números de casos de sífilis congênita (COSTA *et al.*, 2013). No ano de 2014, a matéria prima para produção da penicilina não estava disponível, e com isso os estoques de penicilina diminuíram e muitos estados ficaram sem o fármaco para tratar as gestantes. Esse pode ter sido também um dos motivos para o aumento da sífilis congênita, pois é o fármaco que tem eficácia comprovada para tratar tanto a gestante quanto do feto (SESSP, 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de ser uma doença que pode ser totalmente evitada, a sífilis ainda continua sendo um grave problema de saúde pública, mesmo após as estratégias que o Ministério da Saúde vem adotando para tentar diminuir o número de casos tanto da sífilis em gestantes como da sífilis congênita. Mas ainda há um longo caminho a ser percorrido para que diminua esse agravo, pois há falhas na implementação de medidas de controle que precisam ser solucionadas para que os grupos mais vulneráveis se beneficiem com a intervenção disponível.

Este estudo demonstrou que a cada ano há um grande aumento no número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil, apesar das limitações nos dados, pois ainda há um grande número de subnotificações, logo, não se sabe a verdadeira magnitude do problema, no qual há necessidade de se criar um projeto para melhorar a qualidade do Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

É possível observar também que há falhas na assistência e prevenção da sífilis, pois a investigação dos casos de sífilis na gravidez é feita de forma inadequada, o tratamento da gestante é ineficiente, e também há falta de tratamento do parceiro, levando conseqüentemente ao aumento dos casos de sífilis congênita.

Tendo em vista os dados apresentados, é importante desenvolver programas de educação e conscientização sobre a sífilis para prevenir conseqüências futuras. Também se faz necessária a capacitação de vários profissionais da saúde, especialmente as Equipes de Estratégia da família, que podem colaborar para a mudança no quadro da doença, pois são o elo mais próximo entre profissional e paciente atuando como porta de entrada dos mesmos aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Sífilis: estratégia para diagnóstico no Brasil**, Brasília: MS, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Boletim epidemiológico sífilis 2015**, Brasília: MS, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**, Brasília: MS, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Boletim epidemiológico sífilis 2016**, Brasília: MS, 2016.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.

CAMPOS, C. L. *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, set. 2012.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, jun. 2014.

CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas infecções sexualmente transmissíveis**, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA, C. C. *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, jan./fev. 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 32-37, jan./mar. 2012.

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

LORENZI, D. R. S. *et al.* Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Revista Femina**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 84-90, fev. 2009.

MAGALHÃES D.M.S, *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília, v. 22, n.1, p. 43-54, jan./mar. 2011.

OMS (Organização Mundial de Saúde), **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**, Suíça: OMS, 2008.

SESG (Secretaria de Estado da Saúde de Goiás). **Boletim epidemiológico sífilis**, Goiânia, 2016.

SESSP (Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo). Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, ago. 2008.

SESSP (Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo). **Boletim epidemiológico c.r.t. – dst/aids. c.v.e.**, São Paulo, jan. 2014.

SONDA E.C. *et al.* Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de epidemiologia e controle de infecção**, Rio Grande do Sul, v.3, n.1, p. 28-30, jan./mar. 2013.

SOUZA, E. M. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **Anais brasileiros de dermatologia**, São Paulo, v.80, n.5, p. 547-548, set./out. 2005.

TALHARI, S.; CORTEZ, C.C.T. Sífilis. In: FOCACCIA, R. et al. **Veronesi Tratado de infectologia**, São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1405-1411.

VIEIRA, A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de carapicuíba-sp: ainda uma realidade em 2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2005.

XIMENES, I. P. E. et al. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set. 2008.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole Ltda, 2012.