

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE

Jocilton Bezerra Guimarães

EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM PORTO ALEGRE - RS:

Análise Histórica 2007 - 2024

Porto Alegre

2025

Joecilton Bezerra Guimarães

EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM PORTO ALEGRE - RS:

Análise Histórica 2007 - 2024

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao curso de Gestão em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Maria Cláudia Schardosim Cotta de Souza

Porto Alegre

2025

RESUMO

A sífilis congênita é uma infecção evitável que permanece como desafio de saúde pública no Brasil. Este estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo analisou dados secundários do SINAN e DATASUS sobre casos em Porto Alegre – RS, entre 2007 e 2024. Foram analisadas variáveis agrupadas em quatro dimensões — epidemiológica, sociodemográfica, assistencial e de desfecho clínico — com o objetivo de identificar padrões de incidência e fatores associados à persistência da doença. Os dados foram tratados por estatística descritiva e análise temporal, respeitando as diretrizes éticas e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Os resultados indicaram aumento da cobertura pré-natal e melhora nos desfechos clínicos, embora a taxa de incidência permaneça elevada (31,1/1.000 nascidos vivos em 2023) e o tratamento de parceiros ainda seja insuficiente (27,3% em 2024). Destaca-se a importância do gestor em saúde planejar ações baseadas em evidências, com estratégias intersetoriais, uso de sistemas de informação e fortalecimento da atenção básica para a erradicação da doença.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Epidemiologia; Saúde pública; Gestão em saúde; Sistemas de informação em saúde; Atenção básica.

ABSTRACT

Congenital syphilis is a preventable infection that remains a public health challenge in Brazil. This descriptive, quantitative, and retrospective study analyzed secondary data from SINAN and DATASUS on cases in Porto Alegre – RS, between 2007 and 2024. Variables were grouped into four dimensions — epidemiological, sociodemographic, healthcare-related, and clinical outcomes — aiming to identify incidence patterns and factors associated with the persistence of the disease. Data were processed using descriptive statistics and temporal trend analysis, in compliance with ethical guidelines and the General Data Protection Law (LGPD). The results indicated increased prenatal care coverage and improvements in clinical outcomes, although the incidence rate remains high (31.1 per 1,000 live births in 2023), and partner treatment is still insufficient (27.3% in 2024). The findings highlight the importance of evidence-based planning by health managers, with intersectoral strategies, use of health information systems, and strengthening of primary care to eradicate the disease.

Keywords: Congenital syphilis; Epidemiology; Public health; Health management; Health information system; Primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxa de incidência de SC / 1000 NV - Porto Alegre, 2007 - 2023.....	14
Figura 2 - Faixa etária da criança notificada com SC, Porto Alegre, 2007 - 2024.....	15
Figura 3 - Distribuição por raça e cor da criança notificada com SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.....	16
Figura 4 - Distribuição da idade materna dos casos de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.....	17
Figura 5 - Distribuição por escolaridade materna, dos casos de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.....	18
Figura 6 - Frequência de consultas de Pré-Natal em Porto Alegre: Panorama Geral.....	19
Figura 7 - Percentual de mães com e sem pré-natal, nos casos de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.....	20
Figura 8 - Momento do diagnóstico da sífilis materna nos casos de SC notificados em Porto Alegre, 2007 - 2024.....	21
Figura 9 - Percentual de parceiros tratados nas notificações de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.	22
Figura 10 - Distribuição de casos de sífilis congênita em Porto Alegre de acordo com o desfecho clínico.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo: panorama geral sem pré-natal e sífilis congênita sem pré-natal...21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 A doença	8
1.2 A Importância da Triagem	9
1.3 Tratamento	10
1.4 Justificativa	11
1.5 Objetivos	12
1.5.1 Objetivo Geral	12
1.5.2 Objetivos Específicos	12
2 Metodologia	12
3 Resultados	14
3.1 Epidemiológicas e demográficas	14
3.1.1 Taxa de Incidência	14
3.1.2 Faixa etária no momento da notificação	15
3.2 Sociodemográficas	16
3.2.1 Distribuição dos casos por raça /cor da criança	16
3.2.2 Perfil sociodemográfico das mães	17
3.2.2.1 Idade	17
3.2.2.2 Escolaridade Materna	18
3.3 Assistenciais	19
3.3.1 Consultas de Pré-natal nas mães de Porto Alegre	19

3.3.2 Pré-Natal na Sífilis Congênita.....	20
3.3.3 Comparativo entre gestantes geral e gestantes na sífilis congênita.....	20
3.3.4 3.3.4 Sífilis Materna na Sífilis Congênita.....	21
3.3.5 Tratamento do Parceiro.....	22
3.4 Desfecho Clínico.....	22
4 Discussão.....	23
4.1 Importância do rastreamento e detecção precoce.....	26
4.2 Papel do gestor.....	27
4.3 Limitações do estudo.....	28
5 CONCLUSÃO.....	29
Referências.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 A doença.

A sífilis congênita (SC) é uma infecção sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida de forma vertical da mãe para o feto. Apesar de ser totalmente evitável por ter diagnóstico e tratamento acessíveis, a doença ainda persiste como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (FEBRASGO, 2024).

São muitos os riscos para a gestação quando ocorre a infecção do feto com *Treponema pallidum*. Desde parto prematuro, malformações congênitas, sequelas neurológicas e sistêmicas, até ao aborto espontâneo, óbito fetal ou neonatal (CAMPOS et al., 2012; MELO et al., 2024). Para evitar tais complicações é importante que rastreamento para o diagnóstico da sífilis materna seja feito a partir do início da gestação, terceiro trimestre e também no momento da admissão para o parto; assim como um tratamento adequado da gestante e do(s) parceiro(s) (FEBRASGO, 2018)

A sífilis congênita está associada a múltiplos fatores, dentre eles a baixa percepção de risco, dificuldade de acesso ao pré-natal, bem como a demora para os testes treponêmicos e falhas na notificação da doença (que nesse caso, é obrigatória) e no tratamento. (MAGALHÃES et al., 2011; CARVALHO et al., 2022).

No Brasil, as taxas de sífilis congênita têm crescido de forma expressiva nos últimos anos. De acordo com dados do Ministério da Saúde, entre 2010 e 2021, a taxa de incidência passou de 1,7 para 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2022). Este valor está bem acima do limite preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que é de até 0,5 casos/1.000 NV (BRASIL, 2022; WHO, 2016). No Rio Grande do Sul, esse cenário é ainda mais preocupante, 41,1 casos/1000 NV, Porto Alegre persiste com índices elevados, 31,1 casos por 1.000 NV em 2023, embora tenha avançado nos protocolos de testagem rápida e na ampliação da assistência pré-natal (SES-RS, 2023).

A taxa de incidência em Porto Alegre evidencia o quanto são necessárias intervenções coordenadas e eficazes perante esse problema de saúde pública que, apesar dos altos índices, é evitável (FEBRASGO, 2018). E é nesse contexto que o gestor em saúde desempenha papel estratégico na formulação, implementação e monitoramento dessas ações

para a redução da transmissão vertical da sífilis. Sendo atribuições desse profissional o planejamento territorial baseado em dados epidemiológicos, a coordenação integrada dos setores, o fortalecimento da atenção básica e a capacitação profissional contínua das equipes de saúde (LIMA *et al*, 2024).

Para que haja uma atuação eficaz do gestor, é exigido o uso de ferramentas de gestão da informação, a exemplo do sistema SINAN, que permitem o acompanhamento dos casos e a avaliação de indicadores importantes, especialmente no seguimento clínico das gestantes e recém-nascidos expostos ao *Treponema pallidum* (FEBRASGO, 2024).

1.2 A Importância da Triagem

A cobertura pré-natal em Porto Alegre é alta, os dados mostram que menos de 1% das gestantes não fizeram nenhuma consulta, ao longo do período analisado. Cabe saber a qualidade da consulta, se exames, como a triagem para detecção de sífilis é realizada. Esta é amplamente recomendada, seguida de tratamento com antibióticos apropriados o que, geralmente, previne resultados adversos a mães e filhos. A triagem é realizada por meio de um teste sorológico; um teste treponêmico ou não treponêmico e todos os testes têm sensibilidade e especificidade semelhantes (SANINE *et al*, 2019)

As medidas de controle da sífilis congênita consistem em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, com captação precoce e vinculação nos serviços de assistência pré-natal. É necessário que todas as gestantes sejam submetidas à triagem, com oferta de testagem para sífilis no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta) e no terceiro trimestre de gestação (em torno da 28ª semana). O tratamento deve ser estendido às suas parcerias sexuais, preconizando-se a busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal, com registro das sorologias e tratamento da sífilis na caderneta da gestante, além da notificação compulsória dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita. (Ministério da Saúde 2021)

O rastreamento da sífilis apresenta baixo custo e morbidade, enquanto os benefícios de detecção e tratamento da doença são significativos tanto para a mãe quanto para a criança. A triagem universal para sífilis oferece a vantagem de eliminar o estigma do teste, uma vez que todas as gestantes são submetidas à triagem, não apenas aquelas consideradas de alto risco (Kilpatrick SJ, 2017).

É importante ressaltar a criação da Rede Cegonha, estabelecida pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, no contexto do SUS, como estratégia nacional para garantir atenção integral à saúde materna e infantil. No Rio Grande do Sul, sua execução foi fortalecida pelo Grupo Condutor da Rede Cegonha/Rede Chimarrão, estabelecido em 2011 por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS), que ratificou a Resolução nº 408/11. Esse programa ajudou a aumentar a detecção da sífilis gestacional e reforçar a disponibilidade de exames durante o pré-natal, incentivar a integração dos serviços de saúde e garantir protocolos de triagem e tratamento mais eficientes. A Rede Cegonha, ao organizar linhas de cuidado e promover a testagem sistemática, teve um papel fundamental na melhoria da vigilância e no enfrentamento da sífilis congênita no estado.

1.3 Tratamento

O tratamento materno da Sífilis é considerado adequado apenas quando realizado com benzilpenicilina benzatina, com início até 30 dias antes do parto e de forma completa, conforme estágio clínico da doença, e deve ser feito acompanhamento sorológico com teste não treponêmico (TNT) de forma mensal. A penicilina é o único medicamento capaz de tratar de forma eficaz tanto a mãe quanto o feto, pois esse medicamento atravessa a barreira placentária. Tratamentos com outros antibióticos são considerados inadequados, devido ao risco de transmissão vertical (Domingues *et al*, 2021).

O tratamento da sífilis congênita envolve o uso de antibióticos para eliminar a infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O medicamento mais comumente utilizado é a penicilina G, administrada por via intramuscular. A dose e a duração do tratamento dependem da idade do bebê, da gravidade da infecção e de outros fatores clínicos. (FEBRASGO, 2024)

Nos casos de sífilis congênita precoce, o tratamento é geralmente realizado com penicilina por um período de 10 dias. Em casos mais graves, como aqueles que envolvem o sistema nervoso central, o tratamento pode ser prolongado de 10 a 14 dias ou mais. ((Domingues *et al*, 2021)

Para bebês com alergia à penicilina, são utilizados outros antibióticos, como a eritromicina. No entanto, a penicilina é considerada o tratamento de escolha devido à sua eficácia comprovada e segurança. (Domingues *et al*, 2021)

É importante ressaltar que o tratamento da sífilis congênita deve ser iniciado o mais rápido possível após o diagnóstico, a fim de prevenir complicações graves e sequelas a longo prazo. Além disso, o acompanhamento médico regular e exames de acompanhamento são necessários para monitorar a resposta ao tratamento e garantir a cura completa da infecção. ((Domingues *et al*, 2021)

1.4 Justificativa

Embora existam protocolos de triagem e tratamento estabelecidos, como a realização de testes sorológicos durante o pré-natal e o tratamento com antibióticos, (Brasil, 2022), a taxa de incidência de sífilis congênita em Porto Alegre (31,1 casos/1.000 nascidos vivos) permanece alarmante. Sendo uma das capitais com maiores taxas de incidência no país, o que requer uma investigação aprofundada das causas subjacentes a essa situação. (SES-RS, 2023).

Analisar o perfil epidemiológico da sífilis congênita permite compreender a qualidade da atenção pré-natal oferecida, pois sua ocorrência é um reflexo direto, ou indireto, das falhas nos serviços de saúde (FEBRASGO, 2024; LIMA *et al.*, 2013). Mesmo que a maior parte das gestantes realize pelo menos uma consulta de pré-natal, ainda é comum o diagnóstico tardio da sífilis ou seu tratamento de forma incompleta, assim como a não abordagem dos parceiros sexuais, o que favorece reinfecções (CARVALHO *et al.*, 2022).

Este trabalho de pesquisa visa analisar criticamente os fatores que influenciam a ocorrência da sífilis congênita na cidade de Porto Alegre - RS e responder a seguinte pergunta: “Quais padrões epidemiológicos e fatores assistenciais estão associados à ocorrência da sífilis congênita no município de Porto Alegre – RS?”

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar a evolução e os fatores epidemiológicos e assistenciais relacionados à sífilis congênita em Porto Alegre - RS, por meio de dados agregados disponíveis em bases públicas.

1.5.2 Objetivos Específicos

- a) Levantar e sistematizar dados agregados de sífilis congênita notificados em Porto Alegre – RS entre 2007 e 2024, com base em fontes como SINAN, SINASC;
- b) Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mães e crianças afetadas (idade, raça/cor, escolaridade, faixa etária da criança na notificação);
- c) Avaliar a cobertura e a adequação da assistência pré-natal, incluindo número de consultas, momento do diagnóstico e tratamento do parceiro;
- d) Verificar os desfechos clínicos associados aos casos (nascido vivo, óbito por sífilis congênita, natimorto, aborto ou óbito por outras causas);
- e) Identificar grupos populacionais com maior vulnerabilidade, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de prevenção e controle da transmissão vertical.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, quantitativo e retrospectivo, baseado na análise de dados secundários oriundos do sistema TABNET, disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), através da página eletrônica: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/sifilirs.def>. Foram extraídas informações referentes à sífilis congênita em Porto Alegre - RS, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O período analisado compreendeu os anos de 2007 (quando o DATASUS começou a utilizar e padronizar um sistema de coleta e armazenamento de dados mais eficiente) a 2024 (dados consolidados).

Foram incluídos no estudo todos os casos novos de sífilis congênita, independente se recente, tardia ou óbito, notificados durante o período, no SINAN. A incidência foi calculada conforme recomendação do Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dividindo-se o número de casos novos de sífilis congênita pelo número de nascidos vivos no mesmo local e período, observado no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), multiplicado por 1.000. Fórmula:
Taxa de incidência = (Casos novos de sífilis congênita/Nascidos vivos)x1.000

Foram selecionadas variáveis capazes de caracterizar o perfil epidemiológico, sociodemográfico e assistencial dos casos de sífilis congênita, que possibilitam a compreensão dos fatores associados à sua persistência (Domingues *et al*, 2021). As variáveis foram agrupadas em quatro dimensões:

a)Epidemiológicas e demográficas: número total de nascidos vivos; número de casos confirmados; faixa etária da criança no momento da notificação; e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

b)Sociodemográficas: raça/cor da criança; faixa etária da mãe; e escolaridade materna, a fim de identificar iniquidades sociais e traçar perfis de risco.

c)Assistenciais: realização e cobertura do pré-natal; número de consultas realizadas; momento do diagnóstico da sífilis materna; e tratamento do parceiro, indicadores da qualidade de atenção à gestante.

d)Desfecho clínico: evolução do caso (nascido vivo, óbito por sífilis congênita, óbito por outras causas), o que permite mensurar a gravidade e os impactos da sífilis congênita.

Os dados coletados foram inseridos em planilhas (Excel) e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, análise temporal de

tendência, construção de gráficos comparativos e cálculo de taxas e proporções para facilitar a comparação entre os anos estudados.

Não foram coletados dados sensíveis que pudessem comprometer a identidade dos indivíduos, pois todos os dados utilizados são agregados e anônimos, em conformidade com as diretrizes éticas vigentes e com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), assegurando a integridade e a confidencialidade das informações analisadas.

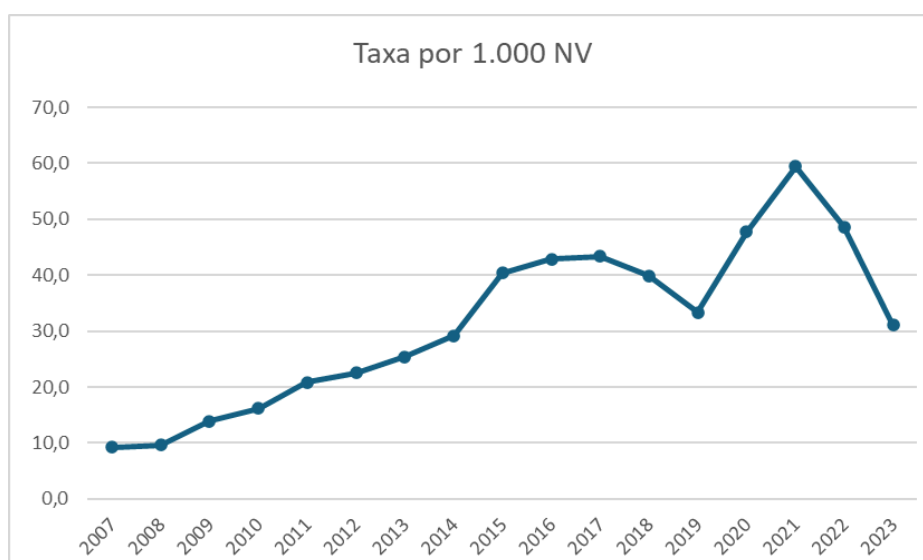
3 Resultados

3.1 Epidemiológicas e demográficas

3.1.1 Taxa de Incidência

Ao analisar a série histórica de 2007 a 2023 (em 2024, a quantidade de nascidos vivos não está disponível para cálculo da incidência), pode-se observar um aumento alarmante na taxa de ocorrência de sífilis congênita em Porto Alegre, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Taxa de incidência de sífilis / 1000 NV - Porto Alegre, 2007 - 2023.

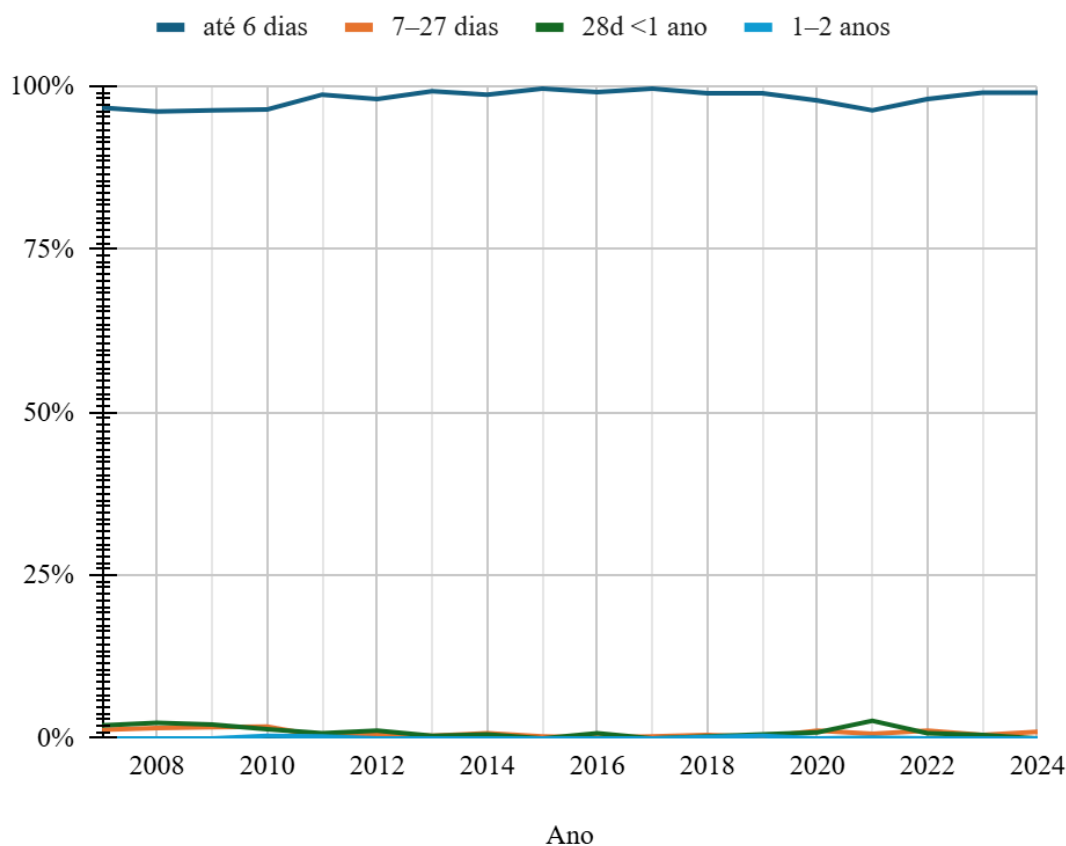


Em 2007, a incidência era de 9,2 casos por 1.000 nascidos vivos (já alta quando se considera a meta da OMS de 0,5/1.000 nascidos vivos). A partir disso, as taxas continuaram a subir, alcançando 25,4 em 2013 e superando 40 casos por 1.000 nascidos vivos em 2015.

3.1.2 Faixa etária no momento da notificação

Ao examinar a distribuição dos casos de sífilis congênita com base na faixa etária da criança nessa variável (Figura 2), nota-se uma predominância do grupo de 0 a 6 dias em todos os anos analisados.

Figura 2 – Faixa etária da criança notificada com SC, Porto Alegre, 2007 - 2024.



Nas faixas etárias seguintes, a ocorrência é significativamente menor. A faixa de 7 a 27 dias mostra percentuais variando de 0,1% a 1,8%, indicando diagnósticos feitos após a alta hospitalar, mas ainda no período neonatal. A faixa etária entre 28 dias até menos de 1 ano mostra variações pontuais, sendo notáveis os anos de 2008 (2,4%) e 2021 (2,7%).

São poucos os casos diagnosticados entre 1 e 2 anos de idade, com picos de 0,4% registrados nos anos de 2010 e 2019. Esses dados apontam para casos de sífilis congênita tardia, geralmente ligada a manifestações clínicas discretas ou negligenciadas, o que pode dificultar o tratamento adequado e a prevenção de sequelas.

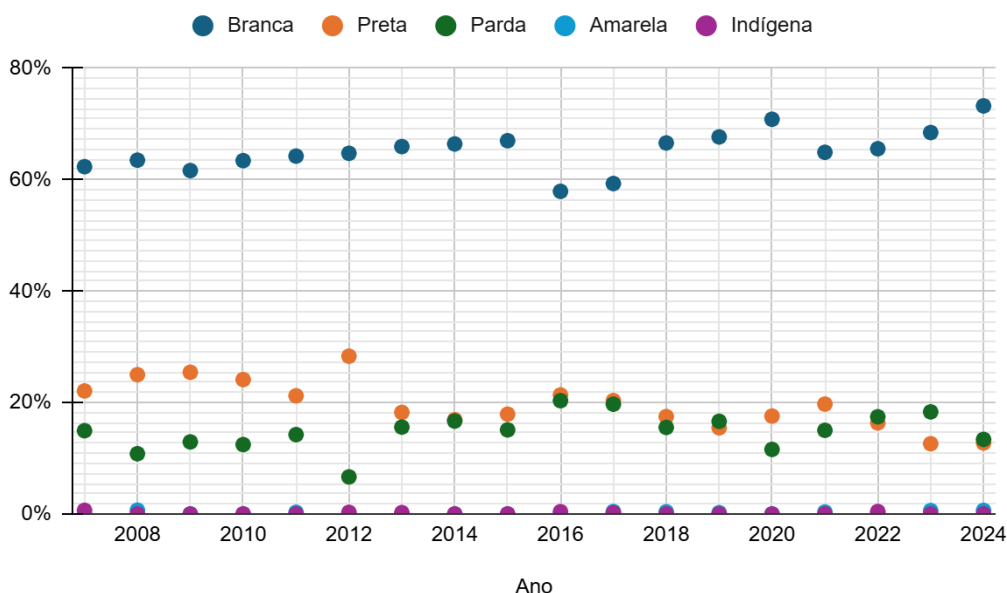
Nas faixas etárias de 2 a 4 anos e 5 a 12 anos, as porcentagens são quase inexistentes, atingindo no máximo 0,2% em 2018.

3.2 Sociodemográficas

3.2.1 Distribuição dos casos por raça /cor da criança

A análise dos dados de raça/cor das crianças diagnosticadas com sífilis congênita em Porto Alegre no período de 2007 a 2024 (Figura 3) indica que a maioria dos casos ocorre entre crianças classificadas como brancas. Esta categoria representa a maior parte dos registros, variando de 62,3% em 2007 a 73,2% em 2024. Essa tendência pode estar ligada à composição demográfica de Porto Alegre, onde a população branca é predominante, bem como a maior cobertura de diagnóstico entre esse grupo.

Figura 3 – Distribuição por raça e cor da criança notificada com SC em Porto Alegre, 2007 - 2024



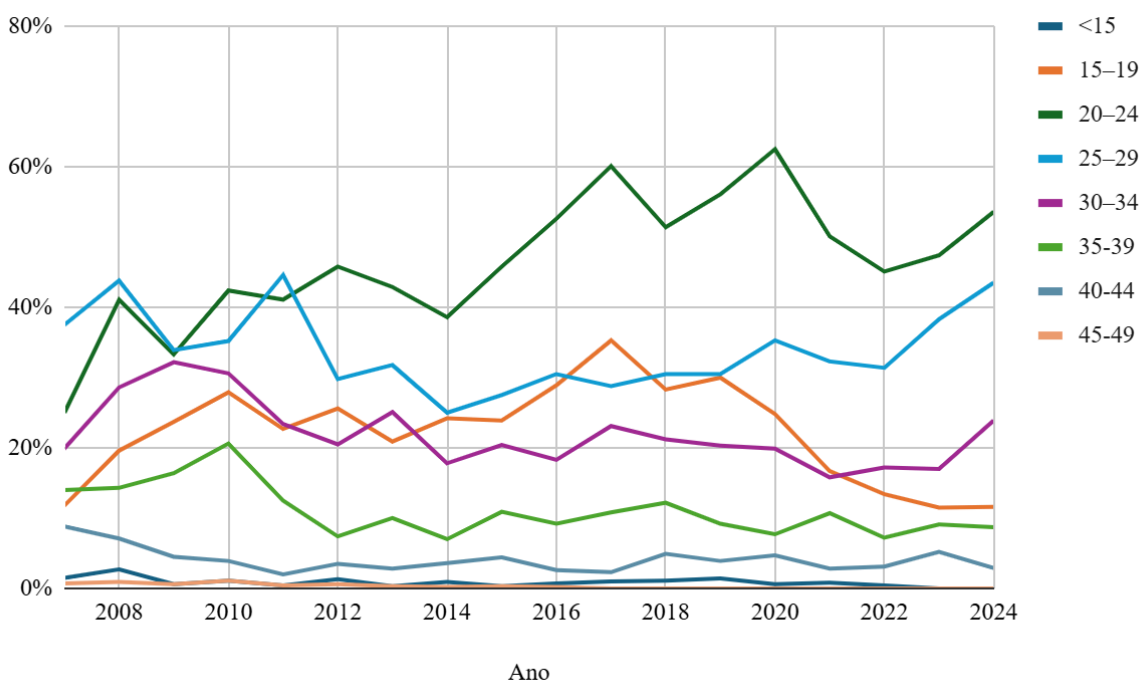
Ao longo do período analisado, especialmente a partir de 2015, observa-se um aumento proporcional de casos entre crianças pretas e pardas. Em 2021, as crianças pardas representaram 15,01% dos casos, ao passo que as crianças pretas corresponderam a 19,72%. A população amarela e indígena apresentou menos de 1% em todos os anos analisados.

3.2.2 Perfil sociodemográfico das mães

3.2.2.1 Idade

Ao analisar a distribuição da idade materna nos casos de sífilis congênita notificados, observa-se que a faixa etária de 20 a 24 anos foi predominante em quase todos os anos da série histórica, atingindo o valor máximo de 62% em 2020, o que demonstra que mulheres jovens adultas concentram a maior proporção de casos e configuram-se como o grupo de maior vulnerabilidade.

Figura 4 – Distribuição da idade materna dos casos de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.

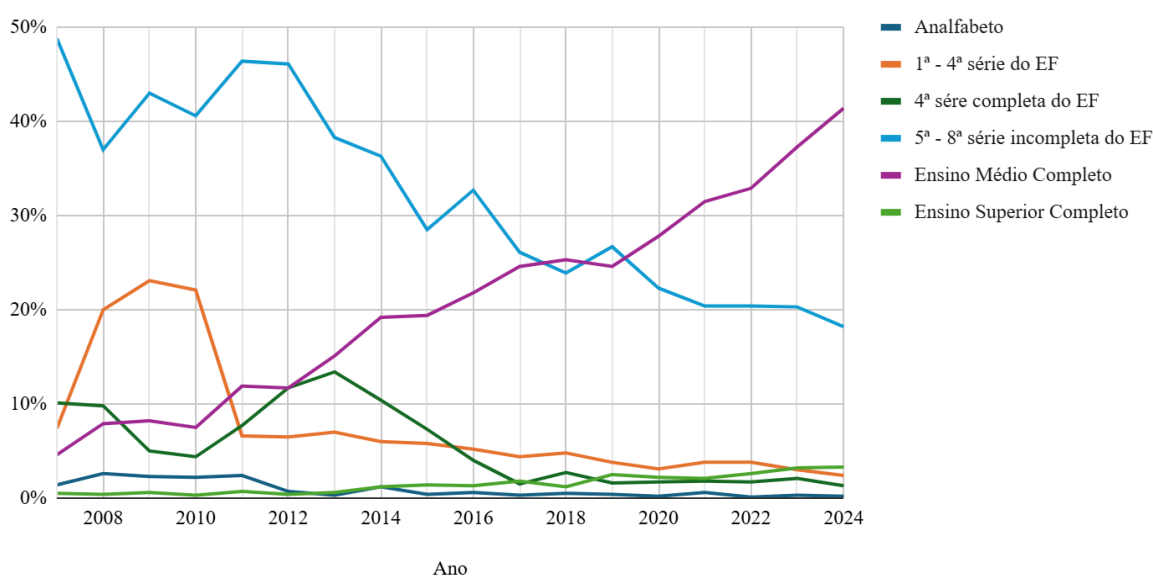


A faixa etária de 15 a 19 anos apresentou participação significativa até 2017, porém, a partir desse período, verificou-se uma tendência de queda. Já a faixa de 25 a 29 anos manteve participação expressiva, especialmente entre os anos de 2011 e 2016, reforçando que mulheres em idade reprodutiva plena também compõem parcela importante dos casos notificados. As faixas menores de 15 anos e de 45 a 49 anos apresentaram valores residuais, sempre inferiores a 2% do total.

3.2.2.2 Escolaridade Materna

Em 2007, a escolaridade mais comum entre as mães era o ensino fundamental incompleto, especialmente no grupo com 5ª a 8ª série incompleta, que correspondia a 48,8% dos casos. Essa elevada taxa evidencia a baixa escolaridade, que contrasta com a transmissão vertical de sífilis e reforça a importância da educação como um fator de proteção.

Figura 5 – Distribuição por escolaridade materna, dos casos de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.



Uma mudança importante teve início em 2015. Em 2024, o ensino médio completo se torna a faixa mais comum, representando 41,4% dos casos. Simultaneamente, há uma redução significativa nas faixas de escolaridade mais baixa, como "analfabetismo" e "até a 4ª série do ensino fundamental", que, combinadas, passaram a corresponder a menos de 4% dos casos em 2024.

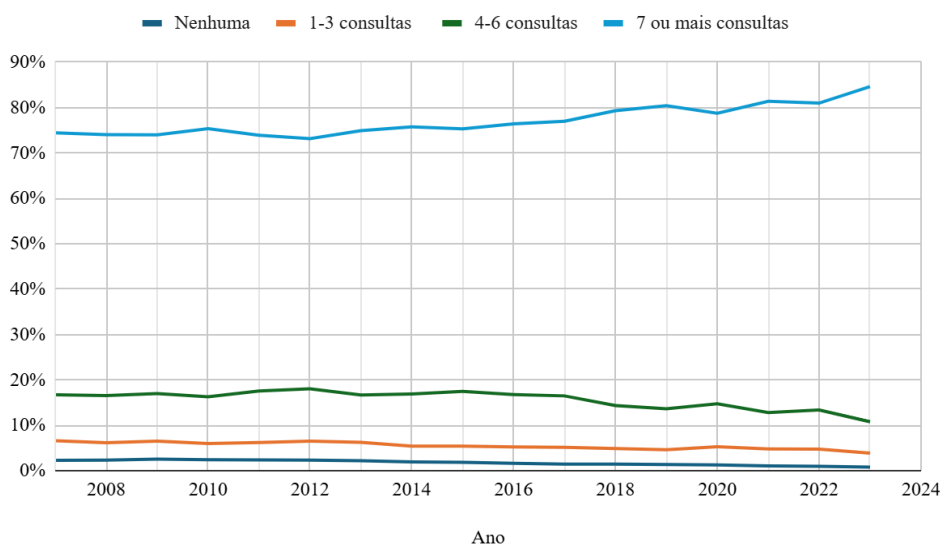
Apesar de ainda representarem uma minoria, as categorias de ensino superior incompleto e completo mostraram um crescimento contínuo, totalizando 6,6% dos casos em 2024. Portanto, a sífilis congênita não se limita a grupos com baixa escolaridade, mas também afeta aqueles com maior nível de instrução.

3.3 Assistenciais

3.3.1 Consultas de Pré-natal nas mães de Porto Alegre

Ao analisar os dados referentes às consultas pré-natais, de forma geral. Nota-se uma diminuição considerável na porcentagem de gestantes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Em 2007, a taxa era de 2,26%, caindo para 0,76% em 2023 (figura 6). Isso indica progressos na cobertura da atenção básica. Houve avanços também no grupo de gestantes que realizou apenas 1 a 3 consultas, que apresentou uma redução no período de 6,57% para 3,86%.

Figura 6 – Frequência de consultas de Pré-Natal em Porto Alegre: Panorama Geral.



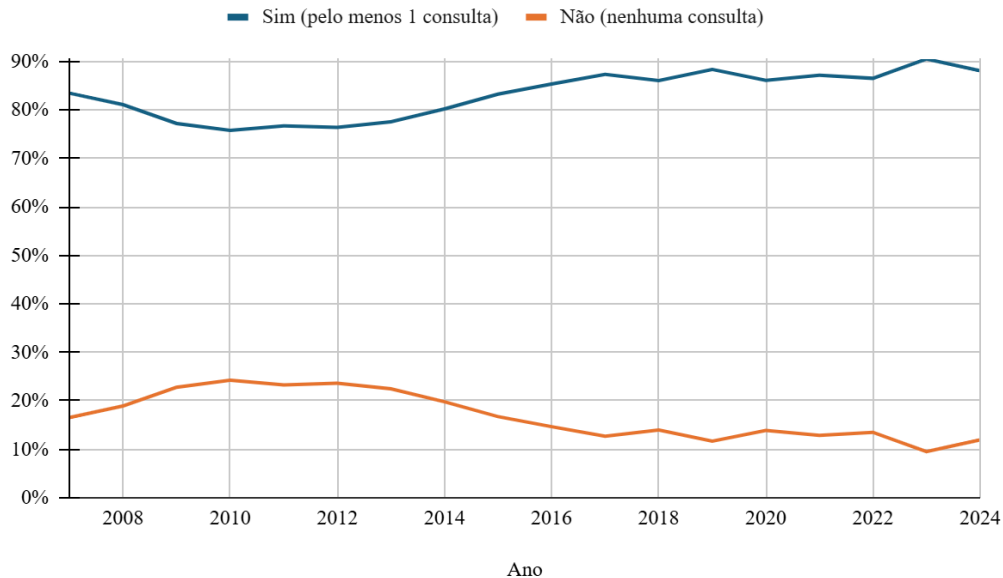
O gráfico (figura 6) mostra um crescimento significativo na porcentagem de gestantes que realizaram sete ou mais consultas, subindo de 74,44% em 2007 para 84,62% em 2023, consolidando essa categoria como a mais comum. Esse aumento se tornou mais pronunciado a partir de 2018, ano em que o índice superou 79% e manteve uma tendência de crescimento nos anos seguintes.

3.3.2 Pré-Natal na Sífilis Congênita

Em relação ao pré-natal nos casos de sífilis congênita, observou-se que a maioria das mães fez acompanhamento pré-natal. A cobertura aumentou de 83,46% em 2007

para 90,50% em 2023, apresentando em seguida uma leve redução para 88,07% em 2024, permanecendo, contudo, acima da média histórica. Resultados mostram progresso na atração de gestantes pelos serviços de saúde.

Figura 7 – Percentual de mães com e sem pré-natal, nos casos de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.



3.3.3 Comparativo entre gestantes geral e gestantes na sífilis congênita

Ao comparar os dados de cobertura de pré-natal das mães em Porto Alegre e os dados específicos de pré-natal para sífilis congênita, nota-se uma diferença no acesso ao acompanhamento gestacional. Embora a porcentagem de gestantes sem consultas de pré-natal na população geral tenha diminuído de 2,26% em 2007 para apenas 0,76% em 2023, entre os casos de sífilis congênita esse número se manteve significativamente mais alto, oscilando de 16,54% em 2007 para 9,50% em 2023.

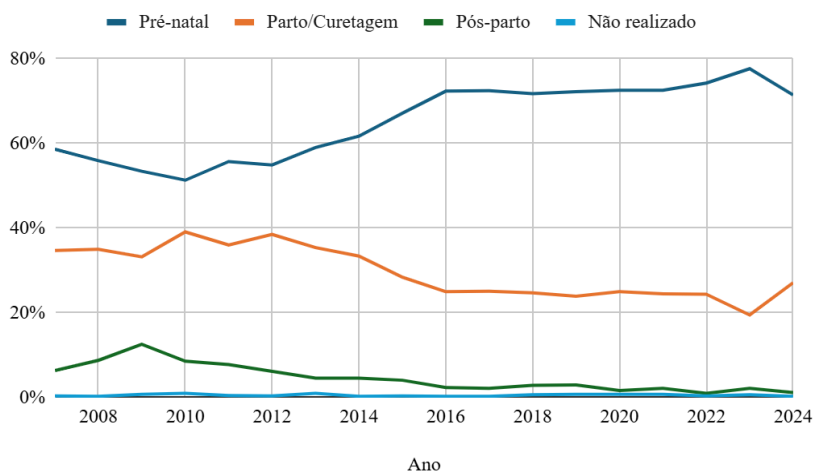
Tabela 1 – Comparativo: panorama geral sem pré-natal e sífilis congênita sem pré-natal.

Ano	% geral sem pré-natal	% sífilis sem pré-natal	Diferença (%)
2007	2,26%	16,54%	14,28
2008	2,30%	18,92%	16,62
2009	2,52%	22,80%	20,28
2010	2,42%	24,24%	21,82
2011	2,35%	23,29%	20,94
2012	2,30%	23,62%	21,32
2013	2,17%	22,47%	20,3
2014	1,91%	19,80%	17,89
2015	1,85%	16,75%	14,9
2016	1,63%	14,66%	13,03
2017	1,42%	12,68%	11,26
2018	1,45%	13,96%	12,51
2019	1,36%	11,66%	10,3
2020	1,28%	13,89%	12,61
2021	1,06%	12,85%	11,79
2022	0,94%	13,49%	12,55
2023	0,76%	9,50%	8,74

3.3.4 Sífilis Materna na Sífilis Congênita

A análise temporal do momento do diagnóstico da sífilis materna indica que houve melhorias na cobertura do pré-natal em Porto Alegre. O gráfico (figura 8) indica um crescimento significativo na porcentagem de diagnósticos feitos durante o pré-natal, subindo de 58,6% em 2007 para 77,6% em 2023.

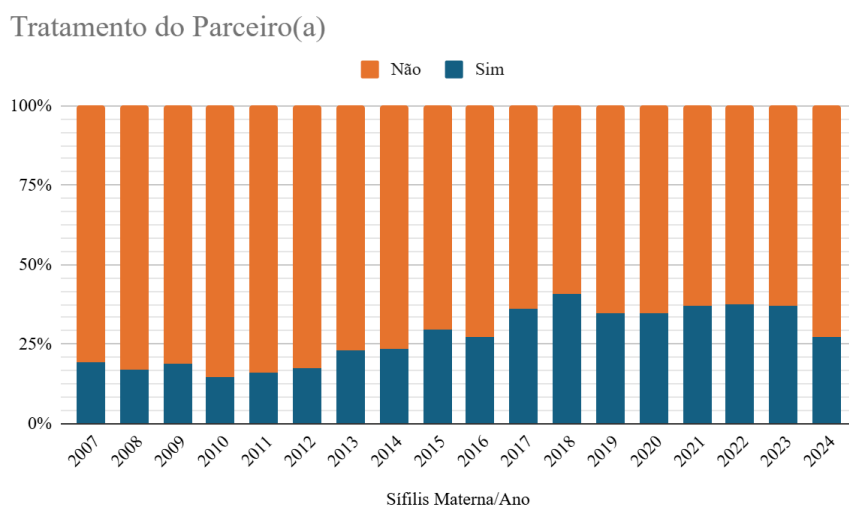
Figura 8 – Momento do diagnóstico da sífilis materna nos casos de SC notificados em Porto Alegre, 2007 - 2024.



3.3.5 Tratamento do Parceiro

Um dos pontos importantes para que o tratamento da gestante seja efetivo é o tratamento do parceiro. Em 2007, houve a notificação de apenas 19,1% dos parceiros tratados, ao passo que 80,9% não receberam nenhuma intervenção. Apesar de uma melhora gradual até 2018, quando o índice de tratamento alcançou 41,7%, os dados mais recentes indicam uma queda preocupante no número de parceiros tratados, reduzindo-se para apenas 27,3% em 2024.

Figura 9 – Percentual de parceiros tratados nas notificações de SC em Porto Alegre, 2007 - 2024.



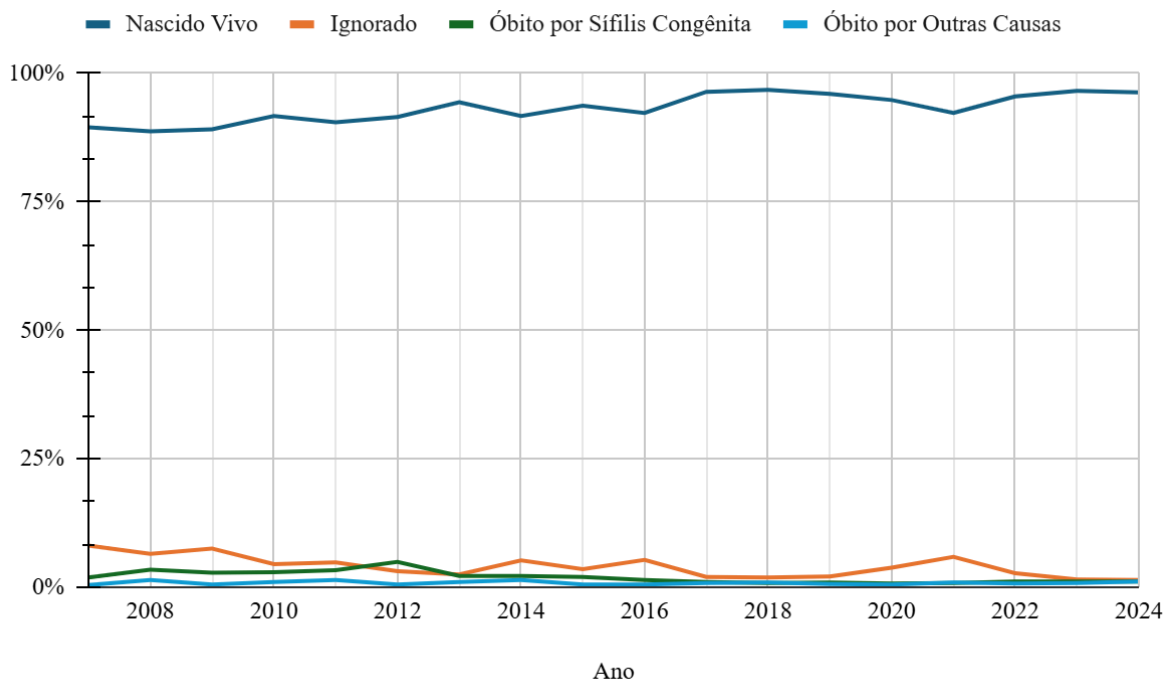
3.4 Desfechos Clínicos

Outro aspecto importante de analisar, refere-se aos possíveis desfechos da doença. Em Porto Alegre, os resultados relacionados à sífilis congênita mostram uma tendência positiva, como visto na figura 10. A proporção de nascidos vivos apresentou um aumento constante. Em 2007, era de 89,5%; em 2024, será de 96,3%. Em 2018, atingiu um pico de 96,8%.

Em relação à categoria de desfecho ignorado, observou-se uma redução significativa ao longo do período analisado, passando de 8,1% em 2007 para 1,4% em 2024.

Embora tenha havido oscilações pontuais, como em 2009 (7,5%) e 2021 (5,9%), a tendência geral aponta para uma melhoria na qualidade dos registros e maior precisão nas notificações.

Figura 10 – Distribuição de casos de sífilis congênita em Porto Alegre de acordo com o desfecho clínico.



Houve progresso também em relação aos óbitos. Estes sofreram uma diminuição significativa, caindo de 1,9% em 2007 para 1,1% em 2024. O maior percentual foi registrado em 2012 (4,9%), seguido por uma queda contínua nos anos seguintes, permanecendo abaixo de 1,2% a partir de 2017

Os óbitos por outras causas mantiveram-se relativamente estáveis, com variação entre 0,4% e 1,4%. Em 2024, esse indicador atingiu 1,1%, sem variações que comprometam a interpretação dos demais desfechos.

4 Discussão

A análise da sífilis congênita em Porto Alegre mostra um cenário preocupante, marcado pela incidência máxima observada em 2021 (59,4/1.000 nascidos vivos), indicando

o agravamento deste cenário durante o período da pandemia de COVID-19, que dificultou o acesso aos serviços de saúde (AZEVEDO *et. al*, 2024).

Embora existam protocolos de triagem e tratamento estabelecidos, como a realização de testes sorológicos durante o pré-natal e o tratamento com antibióticos, (Domingues *et al*, 2021), a taxa de incidência de sífilis congênita em Porto Alegre (31,1 casos/1.000 nascidos vivos em 2023) continua alta. Sendo uma das capitais com maiores taxas de incidência no país, o que requer uma investigação aprofundada das causas subjacentes a essa situação. (Ministério da Saúde, 2022).

Apesar dos dados de 2022 e 2023 mostrarem quedas para 48,6 e 31,1, respectivamente, os números atuais são inaceitáveis e podem ser explicados por possíveis falhas nos cuidados do pré-natal, como a não adesão ao tratamento ou o não tratamento do parceiro,

Quanto à faixa etária da criança com sífilis congênita momento da notificação, os dados sugerem que a maioria dos casos é detectada ainda na maternidade, em alinhamento com as recomendações de triagem neonatal para sífilis congênita estabelecidas pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2022). Essa predominância reflete a eficácia dos protocolos de detecção precoce, mas também indica que a infecção foi transmitida durante a gestação, evidenciando falhas no diagnóstico e tratamento da sífilis materna no pré-natal.

Nas faixas seguintes, os diagnósticos tardios podem ser resultado da falta de sintomas iniciais ou de deficiências no rastreio clínico pós-natal, o que destaca a importância de reforçar a atenção básica e a vigilância constante. A presença de casos de sífilis congênita de 2 a 4 anos pode indicar sérias deficiências no diagnóstico precoce e falta de acompanhamento clínico adequado, servindo como um alerta para os serviços de saúde sobre a relevância da vigilância contínua.

Sobre o crescimento das taxas de detecção em crianças negras (pardas e pretas), pode indicar tanto um aprimoramento nos processos de notificação quanto à continuidade de desigualdades no acesso ao pré-natal adequado. Quanto à baixa incidência na população amarela e indígena, pode ser explicado pela menor presença desses grupos na população local ou pela subnotificação nos sistemas de saúde.

Embora a maioria dos casos ocorra entre crianças brancas, isso não significa necessariamente que não haja desigualdade racial. Ao contrário, isso pode indicar que essa população tem maior acesso ao diagnóstico e aos serviços de saúde. Por outro lado, o aumento entre pretos e pardos indica a demanda por medidas específicas focadas na equidade no atendimento pré-natal e na prevenção da sífilis congênita (FEBRASGO, 2023).

A distribuição da idade materna nos casos de sífilis congênita evidencia que mulheres jovens, especialmente entre 20 e 24 anos, concentram a maior parte das notificações ao longo da série histórica. Apesar disso, observa-se uma redução progressiva na participação das adolescentes de 15 a 19 anos após 2017, o que pode refletir mudanças no comportamento reprodutivo ou impacto de políticas públicas voltadas para esse grupo.

Em contrapartida, verifica-se um aumento gradual entre mulheres de 30 a 39 anos, possivelmente relacionado ao adiamento da maternidade por razões sociais, educacionais ou profissionais. Já as faixas de 40 a 49 anos e menores de 15 anos apresentam percentuais residuais, mas ainda assim demonstram que a sífilis congênita ocorre em todas as idades maternas.

Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias abrangentes de prevenção e diagnóstico precoce, com foco prioritário em mulheres jovens, mas sem desconsiderar os demais grupos etários, garantindo acesso universal e qualificado ao pré-natal.

Quanto ao aumento da incidência na sífilis congênita, nos grupos de mães com maior escolaridade mostra que, embora a educação contribua para maior autonomia, melhor acesso à informação e uso de serviços de saúde, ela não é suficiente para eliminar a transmissão vertical por conta própria.

Ao analisarmos os indicadores da assistência pré-natal, a cobertura no município tem-se mostrado alta (>79%), indicativo da eficácia das políticas públicas locais direcionadas à saúde materna, que visam aumentar o acesso e a adesão ao pré-natal completo.

Apesar dos progressos, a continuidade da sífilis congênita, inclusive entre gestantes que recebem algum tipo de acompanhamento, indica restrições na eficácia do atendimento fornecido. Isso indica deficiências no diagnóstico precoce, na orientação terapêutica da mãe e de seu parceiro, e no acompanhamento clínico. Não basta apenas

ampliar a cobertura assistencial; é necessário também melhorar sua qualidade(CAMPOS, 2012).

A falta de mecanismos eficazes de acompanhamento e busca ativa por parte da Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se evidente quando o pré-natal é incompleto. A ausência de comunicação do resultado do teste de sífilis e a falta de orientação quanto ao tratamento evidenciam deficiências na coordenação dos serviços e na administração dos fluxos de informação clínica(CAMPOS, 2012).

A diferença entre mães que não fizeram ao menos 1 consulta de pré-natal na sífilis congênita e na população geral de Porto Alegre ultrapassa 8 pontos percentuais em todos os anos analisados, indica que as mães afetadas pela sífilis congênita estão inseridas em situações de maior vulnerabilidade social e sanitária, com menor acesso ou adesão ao cuidado pré-natal.

Um fator importante na sífilis congênita é o tratamento do parceiro, que apresenta baixa adesão ao longo dos anos (27,3% em 2024). Os dados destacam a importância de desenvolver melhores estratégias para abordar os parceiros, a fim de interromper a cadeia de transmissão e prevenir a reinfeção da gestante. Quando o parceiro não é tratado, a eficácia do tratamento da gestante é reduzida, aumentando o risco de transmissão vertical, mesmo com diagnóstico precoce (CAMPOS, 2012).

A falta de uma abordagem familiar, como a não realização de testes no parceiro, prejudica o controle da cadeia de transmissão e evidencia a fragilidade das ações intersetoriais (CAMPOS, 2012). Pesquisas indicam que, apesar de extensa, a cobertura da Estratégia Saúde da Família não assegura a qualidade do atendimento. É fundamental aprimorar os serviços e intensificar a vigilância epidemiológica (Domingues et al., 2020; Pinto et al., 2022).

4.1 Importância do rastreamento e detecção precoce

A sífilis é uma doença de grande relevância, porém as informações sobre sua incidência no país podem estar subestimadas devido à subnotificação, o que prejudica as estratégias de planejamento em saúde. A ausência de notificação adequada e abrangente dos

casos de sífilis pode resultar em uma percepção equivocada da real magnitude do problema, o que dificulta a adoção de estratégias eficientes de prevenção, controle e tratamento (Rubin, 2019). Para obter dados precisos e abrangentes que ajudem a tomar decisões de saúde pública e reduzam a incidência e o impacto da sífilis, é fundamental aprimorar os sistemas de notificação e vigilância da doença. (Ministério da Saúde, 2021).

A Portaria n.º 542, de 22 de dezembro de 1986, instituiu a obrigatoriedade de notificação da sífilis congênita. A Portaria n.º 33, de 14 de julho de 2005, estabeleceu a notificação da sífilis em gestantes. A notificação de sífilis adquirida foi oficialmente regulamentada pela Portaria n.º 2.472 em 31 de agosto de 2010. (Ministério da Saúde, 2022). A notificação obrigatória de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita é fundamental para o planejamento e acompanhamento das ações. Contudo, os dados analisados neste estudo mostram que as notificações são inconsistentes, com registros incompletos e subnotificações que prejudicam a resposta do sistema. É fundamental que os profissionais estejam capacitados e sensibilizados quanto à importância da notificação, e que os gestores assegurem sistemas ágeis e integrados para esse fim (TELLES *et al.*, 2025).

Cabe destacar que, além da subnotificação, há o problema da “super notificação”, em que gestantes são classificadas como casos de sífilis congênita sem que haja confirmação diagnóstica do recém-nascido, e essas informações não são corrigidas posteriormente. Essa prática leva a distorções nos indicadores epidemiológicos, impulsando artificialmente os números e dificultando a avaliação da real dimensão da doença. Estudos sugerem que deficiências nos sistemas de informação, como notificações duplicadas ou não removidas, prejudicam a qualidade da vigilância epidemiológica. Isso ressalta a importância de critérios de notificação mais detalhados e de sistemas integrados e eficientes para prevenir tanto a subnotificação quanto o excesso de registros inconsistente (LAIS, 2022).

4.2 Papel do gestor

A sífilis congênita permanece como um indicador sensível da qualidade do pré-natal e da efetividade das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil. Embora seja uma condição passível de prevenção, sua persistência, conforme identificado na análise, indica falhas estruturais nos serviços de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária. Nesse cenário, o gestor de saúde tem um papel crucial na coordenação de estratégias para

reduzir a transmissão vertical da sífilis, reforçando o Sistema Único de Saúde (SUS) e melhorando a rede de assistência..

O gestor deve incluir no seu trabalho o planejamento territorial fundamentado em dados epidemiológicos, a articulação intersetorial entre os níveis de atenção e a aplicação de protocolos clínicos padronizados. A utilização de instrumentos como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o e-SUS Atenção Primária possibilita o acompanhamento dos casos, a análise de indicadores e a definição de áreas prioritárias para intervenção (BRASIL, 2020; CARVALHO et al., 2022).

Para garantir que as gestantes sejam diagnosticadas e tratadas de forma oportuna, é fundamental fortalecer a atenção básica. A expansão da cobertura do pré-natal, a disponibilização de testagem rápida em diversos locais da rede e a abordagem dos parceiros sexuais são ações que precisam ser incorporadas às estratégias de vigilância e cuidado (CARVALHO et al., 2022; MELO et al., 2024). A formação contínua das equipes de saúde também é essencial para garantir a eficácia dos serviços e a humanização do atendimento, diminuindo o estigma ligado às infecções sexualmente transmissíveis (TELLES et al., 2025).

A literatura tem mostrado que cidades que implementam métodos de gestão fundamentados em evidências, priorizando a educação contínua e a integração dos sistemas de informação, exibem índices mais eficazes no controle da sífilis congênita (SANINE *et al.*, 2019).

Nesse contexto, ações como a certificação de municípios que adotam boas práticas no combate à sífilis, promovida pelo Ministério da Saúde, constituem progressos significativos na valorização de uma gestão qualificada e na promoção de políticas públicas eficientes (BRASIL, 2024).

4.3 Limitações do estudo

Ao interpretar os resultados, é preciso levar em conta algumas limitações significativas. Embora os dados obtidos do DATASUS sejam públicos e abrangentes, eles podem apresentar subnotificações e inconsistências devido a alterações nos critérios de registro ao longo do tempo. A análise histórica de 2007 a 2024 abrange um longo período, mas requer cuidado em

relação à comparabilidade temporal, devido ao efeito de políticas públicas, campanhas de saúde e mudanças nos serviços de atenção básica. Não foi possível controlar os fatores econômicos que podem influenciar a incidência de sífilis congênita, e a abordagem quantitativa restringe a compreensão dos obstáculos encontrados na prática assistencial.

5 CONCLUSÃO

A persistência da sífilis congênita evidencia que ainda há desafios na garantia de um pré-natal adequado e na efetividade das medidas de saúde materno-infantil. A análise histórica dos dados de Porto Alegre de 2007 a 2024 revelou taxas de incidência consistentemente elevadas, com picos alarmantes, como 59,4 casos por 1.000 nascidos vivos em 2021, muito acima do limite de 0,5/1.000 estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016).

Embora haja progressos na cobertura do pré-natal e na expansão da testagem rápida, ainda existem deficiências estruturais nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica. O diagnóstico tardio, o tratamento inadequado da gestante e a pouca atenção aos parceiros sexuais são fatores comuns que dificultam a prevenção da transmissão vertical (CARVALHO *et al.*, 2022).

Cabe ao gestor de saúde a articulação intersetorial, fazer o planejamento territorial fundamentado em dados epidemiológicos e executar ações que favoreçam a equidade no atendimento. Instrumentos como o SINAN e o e-SUS Atenção Primária devem ser empregados para apoiar decisões, acompanhar indicadores e identificar áreas prioritárias para intervenção (BRASIL, 2020; CARVALHO *et al.*, 2022).

A formação contínua das equipes de saúde, a unificação dos sistemas de informação e a implementação de ações educativas direcionadas à população vulnerável são fundamentais para melhorar a qualidade da atenção básica. Os municípios que implementam estratégias de gestão fundamentadas em evidências exibem melhores resultados no controle da sífilis congênita (SANINE *et al.*, 2019).

Porto Alegre tem a infraestrutura e a competência técnica necessárias para se tornar um modelo nacional na erradicação da sífilis congênita. Para alcançar esse objetivo, é

preciso reforçar a atenção primária, ampliar a vigilância epidemiológica e assegurar a eficácia das políticas públicas. A erradicação da sífilis congênita não é somente um objetivo de saúde pública, mas um dever ético em relação aos fundamentos do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990).

É responsabilidade da administração pública adotar protocolos integrados, sistemas de informação eficazes e estratégias direcionadas a populações vulneráveis, com o objetivo de mudar a situação atual da sífilis congênita.

Referências

AZEVEDO, Verônica Aparecida França de; MOTTA, Talita Tavares Della. EP-195 – Impacto da COVID-19 nas notificações de sífilis gestacional e sífilis congênita. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 28, supl. 2, 2024. Disponível em:

<https://www.bjid.org.br/en-ep-195-impacto-da-covid-19-articulo-S1413867024003982>

BELUSSO, Janaína Vieira et al. Sífilis gestacional em diferentes níveis de atenção à saúde: um estudo transversal. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com IST. Brasília: MS, 2022.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 34, n. 9, p. 397–402, 2012.

CARVALHO, Maria Carolina Rodrigues de; SANTOS, Artur Barreto dos; ROBERT, Gabriel da Silva; COUTINHO, João Pedro de Oliveira; CAETANO, Oswaldo Aparecido. Sífilis congênita no Brasil: um panorama epidemiológico. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 878, maio 2022. ISSN 2675-3375. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5331>

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 1–10, 2020. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/33130>

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera; DUARTE, Geraldo; PASSOS, Mauro Romero Leal; SZTAJNBOK, Denise Cardoso das Neves; MENEZES, Maria Luiza Bezerra. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. esp1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100005.esp1>

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Sífilis na gravidez*. São Paulo: FEBRASGO, 2018. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-na-gravidez>

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Sífilis e gravidez*. Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas. FPS nº 9, 2024. Disponível em: https://www.febasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/fps2024/FPS20240009_Portugues.pdf.

LAIS – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde. Relatório Sífilis: Inconsistências do SINAN e do Diagnóstico de Sífilis Congênita. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022. Disponível em: https://lais.huol.ufrn.br/wp-content/uploads/2022/03/Relatorio-Sifilis_-Inconsistencias-do-SINAN-e-do-Diagnostico-de-Sifilis-Congenita-V2-ass.pdf. Acesso em: 21 nov. 2025.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Cien. Saude Colet.*, v. 18, n. 2, p. 499–506, 2013.

LIMA, Luciana Dias de; MARTINS, Mônica. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: reflexões a partir da experiência de CSP. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n.

10, e00164524, 2024. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csp/2024.v40n10/e00164524/pt>.

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

MELO, M. C. P. et al. Caracterização epidemiológica dos últimos 5 anos da sífilis congênita no Brasil. *Rev. Bras. Impl. Health Sci.*, v. 6, n. 4, p. 1717-1729, 2024.

PINTO, Lílian Aparecida et al. Sífilis congênita: desempenho de serviços da atenção primária paulista, 2017. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, p. 1–10, 2022. Disponível em:
<https://revistas.usp.br/rsp/article/view/219917>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Resolução nº 408/11 – CIB/RS. Implementa a Rede Cegonha/Rede Chimarrão no estado. Porto Alegre, 30 set. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Sífilis – Boletim Epidemiológico Estadual 2023. Porto Alegre: SES-RS, 2023.

SANINE, Patricia Rodrigues; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; NUNES, Luceime Olivia; ANDRADE, Marta Campagnoni; NASSER, Mariana Arantes; NEMES, Maria Ines Battistella. Sífilis congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 1–12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.v17i2.35295>

TELLES, J. C. S. et al. *Reemergência da sífilis adquirida no Brasil entre 2019–2023*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 2, p. 1–10, 2025

WHO – World Health Organization. *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021*. Geneva: WHO, 2016.