



---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DE SANTA CATARINA NO ANO DE 2012****CONGENITAL SYPHILIS INCIDENCE IN THE STATE OF SANTA CATARINA IN 2012**

Helena Caetano Gonçalves e Silva<sup>1</sup>  
Thaís Oliveira de Sousa<sup>2</sup>  
Thiago Mamôru Sakae<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Introdução** – A sífilis congênita, apesar de prevenível, vem se mantendo como um problema de saúde pública desafiador até os dias atuais. **Objetivos** – Descrever a incidência da sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012. **Métodos** – Estudo ecológico onde a população estudada foram os casos notificados nas macrorregiões de Santa Catarina, de acordo com os dados obtidos do SINAN acessados em base de dados de acesso público por sífilis congênita no ano de 2012. Os dados foram apresentados na forma de taxas de incidência e também por números absolutos e porcentagens. **Resultados** – No ano de 2012 a maior taxa de incidência por 100000 nascidos vivos foi na macrorregião Grande Florianópolis (3,64), seguida das macrorregiões Foz do rio Itajaí (3,62) e Sul (1,62). A macrorregião Nordeste também apresentou um alto índice (1,45), seguido das macrorregiões Extremo Oeste (1,34) e Meio Oeste (1,16). O número de parceiros não tratados foi maior (60,9%) e 85,5% das mães realizaram o pré-natal. A taxa de incidência total de casos no estado de Santa Catarina no ano de 2012 foi de 1,72. **Discussão** – As falhas na assistência do pré-natal, a realização do diagnóstico tardio ou tratamento inadequado são fatores importantes que poderiam explicar que ainda exista um elevado número de casos de sífilis congênita. Apesar de possuir diagnóstico e tratamento de fácil acesso, verificou-se que o processo não acontece como previsto, provavelmente pela falta real da implementação das orientações do Ministério da Saúde.

**Descritores:** Sífilis congênita. Sífilis materna. *Treponema pallidum*. Sífilis congênita precoce. Sífilis congênita tardia.

**ABSTRACT**

**Background** - Congenital syphilis, although preventable, has remained as a challenging public health problem until today. **Objectives** - To describe the incidence of congenital syphilis in the state of Santa Catarina, South Brazil, in 2012. **Methods** - Ecological study where the population studied were the cases reported in the macro-regions of Santa Catarina, according to data obtained from SINAN accessed database public access due to congenital syphilis in 2012. The data were presented as incidence rates and also by absolute numbers and percentages. **Results** - In the year 2012 the highest incidence rate per 100,000 newborns was in the macro-region Florianópolis (3.64), followed by macro-regions Foz do Itajaí (3.62) and South (1.62). The Northeast macro-region also had a high rate (1.45), followed by macro-Far West (1.34) and Midwest (1.16). The number of untreated partners was

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem.

<sup>2</sup> Discente do Curso de Medicina.

<sup>3</sup> Médico anestesiológico. Doutor em Ciências Médicas – UFSC. Mestre em Saúde Pública – UFSC. Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.



higher (60.9%) and 85.5% of the mothers had prenatal care. The total incidence rate in the state of Santa Catarina in 2012 was 1.72. Discussion - The flaws in prenatal care, the delayed diagnosis or inadequate treatment are important factors that could explain that there is still a high number of cases of congenital syphilis. Despite having the diagnosis and treatment of easily accessible, it was found that the process does not happen as expected, probably due to lack of real implementation of the Health Ministry guidelines.

**Key Words:** Congenital syphilis. Maternal syphilis. *Treponema pallidum*. Early congenital syphilis. Late congenital syphilis.

## INTRODUÇÃO

Considerada uma doença infecciosa crônica, que desafia há séculos a humanidade, a sífilis já ocupou um lugar de destaque entre as doenças sexualmente transmissíveis (DST)<sup>1,2</sup>. Conhecida na Europa, pelo menos desde o século XV, estima-se que a primeira epidemia se deu em 1495, na França, e chegou ao continente americano junto com os conquistadores europeus<sup>2,4</sup>. Com sua rápida disseminação por todo o continente, era preocupante o crescimento da endemia sífilítica no século XIX, e logo se tornou uma das principais pragas mundiais<sup>2</sup>.

Em contrapartida, com o desenvolvimento da medicina, em 1928 foi descoberta a penicilina, pelo bacteriologista Alexander Fleming, e usada pela primeira vez para tratar, com sucesso, a doença<sup>2,3</sup>. Com o advento da antibioticoterapia e o uso comercial da penicilina, ocorreu uma grande diminuição das DST's e, por consequência, da sífilis<sup>1,5</sup>. Porém, apesar de possuir diagnóstico e tratamento de fácil acesso e baixo custo, seu controle ainda constitui um desafio para muitos países<sup>6,7</sup>.

Desde os anos de 1980, tem sido relatado um aumento dos casos de sífilis em todo o mundo, em especial a sífilis congênita, sendo considerada uma doença reemergente<sup>5,8</sup>. Apesar de facilmente prevenível, essa patologia apresenta elevada prevalência e vem se mantendo como um problema de saúde pública desafiador até os dias atuais<sup>2,6</sup>.

No Brasil, a incidência, no ano de 2011, chegou a 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, tendo as regiões nordeste e sudeste apresentado maiores percentuais se comparadas às outras regiões<sup>6</sup>. O Ministério da Saúde apontou um aumento de 34% na incidência de sífilis congênita de 2010 para 2011, o que pode ser reflexo do avanço no diagnóstico<sup>9</sup>. Porém, apesar das altas taxas de incidência obtidas com base nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), estima-se que possa haver ainda uma subnotificação de até 67%<sup>6,7,10</sup>.

Possuindo o *Treponema pallidum* como o seu agente etiológico, a sífilis pode ser transmitida pelo ato sexual ou pelo contato com lesões ou transfusões de sangue quando o doador está na fase inicial da



doença<sup>3,5,11</sup>. Há também a transmissão vertical, que ocasiona a chamada de sífilis congênita, decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, o qual infecta o feto por via transplacentária<sup>6</sup>.

A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, podendo resultar em uma série de sequelas para o recém-nascido, tais como abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas fetais<sup>3,5,6,10</sup>. Existe, ainda, a chance de contaminação direta durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que existam lesões genitais na gestante, que são responsáveis por 95% dos casos de sífilis<sup>2,6</sup>.

Ao nascimento, mais de 50% dos portadores de sífilis congênita são assintomáticos, enquanto os demais irão apresentar o quadro clínico, na grande maioria dos casos, dentro de três a 14 semanas, com as características clínicas podendo variar conforme a classificação da doença<sup>6,8,11</sup>. Quando a sífilis se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada sífilis congênita precoce e, após os dois anos, de sífilis congênita tardia<sup>2,11</sup>.

Quando quadro clínico presente, a sífilis congênita precoce pode apresentar lesões cutaneomucosas e hepatoesplenomegalia como alguns dos principais sinais apresentados. Enquanto isso, lesões ósseas, lesões do sistema nervoso central, lesões do aparelho respiratório e rinite sanguinolenta surgem em uma minoria dos casos<sup>2,6,11</sup>. Na sífilis congênita tardia as lesões são irreversíveis e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos, como fronte olímpica, tibia em sabre, surdez e retardo mental<sup>2,11</sup>.

O tratamento inadequado é considerado uma causa frequente de sífilis congênita, pela não-adesão por parte das pacientes, devido principalmente por falta de conhecimento da doença e seus possíveis danos. Vale ressaltar que, mesmo com a gestante sendo adequadamente tratada, há o risco de reinfecção se não houver tratamento também do parceiro<sup>5</sup>. O Ministério da Saúde tem salientado a importância desse tratamento rotineiro no pré-natal de gestantes portadoras de sífilis, como melhor forma de abordar o problema, pois evita a infecção fetal ou promove a sua cura antes do nascimento. Se este não foi realizado, deve ser feito o mais precocemente possível no período neonatal<sup>5,8</sup>.

No caso da investigação da sífilis congênita no recém-nascido, o diagnóstico não pode ser baseado apenas em dados clínicos. Assim, nenhum recém-nascido deverá ter alta da maternidade sem que seja conhecido o resultado do VDRL materno da hora do parto. Os pediatras, portanto, precisam estar preparados para identificar fatores que podem estar associados à presença de sífilis congênita, para que nenhum caso possa passar despercebido<sup>8</sup>.

Como prevenção, a melhor forma ainda é o diagnóstico precoce da infecção materna. Sabe-se que quanto mais tardio o diagnóstico, maior será a dificuldade de concluir o tratamento no tempo necessário, a fim de tentar evitar a transmissão vertical para o recém-nascido<sup>5</sup>. O diagnóstico da sífilis gestacional é simples e o seu rastreamento é obrigatório durante o pré-natal<sup>6</sup>.



Para o rastreio e combate da sífilis congênita, a política de saúde brasileira, baseada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), implementou em 2007, o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, definindo ações e metas na atenção básica para o controle da doença<sup>5-7</sup>. Tais recomendações preconizam a investigação de sífilis em gestantes através do teste VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) na primeira consulta pré-natal, repetindo-se no início do terceiro trimestre e ainda no parto<sup>6,8</sup>.

Entretanto, há diferenças marcantes na adesão desses protocolos devido, em parte, à heterogeneidade das regiões do país quanto ao acesso aos serviços de saúde, não evidenciando uma eficácia adequada contra a doença pela falta do real cumprimento dessas orientações<sup>1,5</sup>. Estima-se que, geralmente, menos de um quarto das gestantes teriam acesso ao segundo VDRL, sinalizando a existência de uma falha expressiva no programa de assistência pré-natal<sup>5-7</sup>. Ou seja, cada novo caso de sífilis congênita é consequência de um erro nos programas de saúde<sup>3,7</sup>.

O aumento de casos novos resultou na intensificação de campanhas de erradicação da sífilis congênita no Brasil<sup>11</sup>. As metas da OMS projetam a eliminação da sífilis congênita até final de 2015, nos Objetivos do Milênio, e para isso ampliou-se a triagem na gestação, com a distribuição de testes rápidos às gestantes durante o pré-natal. Com o resultado positivo, a mulher precisa iniciar o tratamento até um mês antes do parto<sup>12</sup>. Atualmente, no ano do término do prazo para a conclusão desse desafio, ainda se está longe de alcançá-lo<sup>11</sup>.

A sífilis é uma das doenças que apresenta maior prevalência na transmissão vertical, tanto local como a nível mundial. Apesar das medidas preventivas já implantadas, a sífilis congênita continua sendo um problema de saúde pública e deve continuar sendo alvo de estudos que gerem novas estratégias de prevenção.

Isto posto, estabeleceu-se como objetivo geral descrever a incidência da sífilis congênita no estado de Santa Catarina, segundo as características clínico-epidemiológicas, no ano de 2012, a partir da obtenção de dados de notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de delineamento ecológico, com componentes descritivos e analíticos a partir de pesquisa junto à base de dados SINAN – Sistema Nacional de Agravos e Notificações - dos casos notificados por sífilis congênita nas macrorregiões de Santa Catarina. Este estudo teve como abrangência o Estado de Santa Catarina e suas nove macrorregiões de saúde, determinadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina: Extremo oeste, Meio oeste, Vale do Itajaí, Foz do rio Itajaí, Grande Florianópolis, Sul, Nordeste, Planalto Norte e Planalto Serrano. Foram inclusos todos os



casos notificados de acordo com os dados obtidos do SINAN, acessados em base de dados de acesso público por sífilis congênita no ano de 2012 e excluídos os casos que foram notificados, porém não tiveram digitados os dados necessários para a avaliação. As variáveis analisadas foram: macrorregião, sexo do recém nascido, faixa etária do recém nascido, raça, escolaridade da mãe, realização de pré-natal, sífilis materna, esquema de tratamento, tratamento do parceiro, evolução, diagnóstico clínico e testes diagnósticos. Todos os dados coletados foram inseridos em planilhas do Excel e posteriormente exportados para o SPSS 20.0, no qual foram analisados descritivamente. Para o cálculo das taxas de incidência foram utilizados os dados do número de nascidos vivos do SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos – para o ano selecionado. Projeto aprovado pelo CEP da Universidade do Sul de Santa Catarina sob o parecer 1.157.295.

## RESULTADOS

Foram notificados 110 casos de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012. A tabela 1 apresenta os dados sobre sífilis congênita obtidos no SINAN do ano 2012.

**Tabela 1** – Características epidemiológicas da população acometida por sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012.

VARIÁVEL	N	%
<b>SEXO DO RECÉM-NASCIDO</b>		
Masculino	54	49,1%
Feminino	54	49,1%
Ignorado	2	1,8%
TOTAL	110	100%
<b>FAIXA ETÁRIA DO RN</b>		
0 – 3 meses	39	35,4%
4 – 7 meses	36	32,7%
8 – 11 meses	35	31,8%
TOTAL	110	100%
<b>RAÇA</b>		
Branca	100	90,9%
Preta	2	1,8%
Amarela	0	0%
Parda	3	2,7%
Indígena	0	0%
Ignorado	3	2,7%
TOTAL	110	100%
<b>ESCOLARIDADE DA MÃE</b>		
Analfabeto	1	0,9%
1ª-4ª série incompleta do EF	12	10,9%
4ª série completa do EF	6	5,5%
5ª-8ª série incompleta do EF	42	38,2%
EF completo	12	10,9%



EM incompleto	12	10,9%
EM completo	12	10,9%
ES incompleto	4	3,6%
ES completo	2	1,8%
Ignorado	6	5,5%
Não se aplica	1	0,9%
TOTAL	110	100%
<b>REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL</b>		
Sim	94	85,5%
Não	14	12,7%
Ignorado	2	1,8%
TOTAL	110	100%

Fonte: SINAN /DATASUS.

No ano de 2012 foram notificados 110 casos de sífilis congênita, no estado de Santa Catarina, não havendo predominância de gênero, com 54 (49,1%) do sexo masculino e também 54 (49,1%) do sexo feminino. Foram evidenciados mais casos de sífilis congênita ao nascimento e com três e cinco meses, 11 (10,0%) casos cada.

Segunda a raça, a predominante foi a raça branca com 100 (90,9%) casos. Neste estudo foi observado que a maioria das mães, totalizando 42 (38,2%), possuía da 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental. O número de mães que realizaram o pré-natal foi 94 (85,5%).

**Tabela 2** – Características clínicas da população acometida por sífilis congênita no estado de Santa Catarina no ano de 2012.

VARIÁVEL	N	%
<b>SÍFILIS MATERNA</b>		
Durante o pré-natal	60	54,5%
No momento do parto/curetagem	33	30,0%
Após o parto	17	15,5%
Não realizado	0	0%
Ignorado	0	0%
TOTAL	110	100%
<b>ESQUEMA DE TRATAMENTO</b>		
Adequado	25	22,7%
Inadequado	51	46,4%
Não realizado	33	30,0%
Ignorado	1	0,9%
TOTAL	110	100%
<b>TRATAMENTO DO PARCEIRO</b>		
Sim	34	30,9%
Não	67	60,9%
Ignorado	9	8,2%
TOTAL	110	100%
<b>EVOLUÇÃO</b>		
Vivo	90	81,8%
Óbito por sífilis congênita	0	0%
Óbito por outras causas	2	1,8%
Aborto	1	0,9%



Natimorto	15	13,6%
Ignorado	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>
<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>		
Assintomático	89	80,9%
Sintomático	15	13,6%
Não se aplica	3	2,7%
Ignorado	3	2,7%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Fonte: SINAN/DATASUS

Em relação à detecção de sífilis materna, o maior índice observado foi durante a realização do pré-natal com 60 (54,5%) casos, seguido daquelas que foram diagnosticadas no momento do parto/curetagem com 33 (30,0%) e após o parto com 17 (15,5%) casos.

Sobre o esquema de tratamento, em 51 (46,4%) casos ele foi considerado inadequado, seguido de 33 (30,0%) casos onde o tratamento não foi realizado e apenas 25 (22,7%) com esquema adequado. De acordo com o tratamento do parceiro, o número de parceiros não tratados foi maior, com 67 (60,9%) casos. Na evolução da doença observou-se que o maior número foi de 107 (97,3%) recém-nascidos vivos.

De acordo com o diagnóstico clínico, a maioria dos casos 89 (80,9%) foi assintomática, com apenas 15 (13,6%) sintomáticos. Quando presença de sinais e sintomas, eles se manifestaram na forma principalmente de icterícia com 7 (6,36%) casos, além de anemia, esplenomegalia, hepatomegalia e lesões cutâneas, presentes em 2 (1,8%) casos. Não foram evidenciados sinais ou sintomas como osteocondrite, pseudoparalisia, rinite-mucosanguinolenta, entre outros.

**Tabela 3** – Realização de testes diagnósticos de sífilis congênita.

VARIÁVEL	N	%
<b>TESTE NÃO TREPONÊMICO – SANGUE PERIFÉRICO</b>		
Reagente	90	81,8%
Não reagente	12	10,9%
Não realizado	6	5,5%
Ignorado	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>
<b>TESTE TREPONÊMICO (APÓS 18 MESES)</b>		
Reagente	1	0,9%
Não reagente	10	9,1%
Não realizado	35	31,8%
Não se aplica	58	52,7%
Ignorado	4	3,6%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>
<b>TESTE NÃO TREPONÊMICO – LÍQUOR</b>		
Reagente	3	2,7%
Não reagente	46	41,8%
Não realizado	56	50,9%
Ignorado	3	2,7%



TOTAL	110	100%
<b>TITULAÇÃO ASCENDENTE</b>		
Sim	0	0%
Não	21	19,1%
Não realizado	76	69,1%
Ignorado	11	10,0%
TOTAL	110	100%
<b>EVIDÊNCIA DE <i>Treponema pallidum</i></b>		
Sim	8	7,3%
Não	24	21,8%
Não realizado	66	60,0%
Ignorado	10	9,1%
TOTAL	110	100%
<b>ALTERAÇÃO LIQUÓRICA</b>		
Sim	6	5,5%
Não	45	40,9%
Não realizado	48	43,6%
Ignorado	9	8,2%
TOTAL	110	100%

Fonte: SINAN /DATASUS

Dos resultados da análise do teste não treponêmico no sangue periférico, 90 (81,8%) foram reagentes, contra 12 (10,9%) não reagentes. Após 18 meses, o teste treponêmico não se aplica na maioria dos casos, com 58 (52,7%). A análise do teste treponêmico no líquido não foi realizada em 56 (50,9%) casos, e em 46 (41,8%) foi não reagente, assim como também não foi realizada a titulação ascendente em 76 (69,1%) casos, e em 21 (19,1%) foi ausente. Quanto à evidência de *Treponema pallidum*, o teste não foi realizado em 66 (60,0%) casos e em 24 (21,8%) não houve evidência. O teste de alteração liquórica não foi realizado em 48 (43,6%) casos, e em 45 (40,9%) foi ausente.

**Tabela 4** – Incidência de sífilis congênita nas macrorregiões do estado de Santa Catarina no ano de 2012.

MACRORREGIÃO	CASOS	POPULAÇÃO RISCO	EM TAXA INCIDÊNCIA/100.000	DE
Extremo oeste	10	740.973	1,34	
Meio Oeste	7	601.280	1,16	
Vale do Itajaí	2	959.658	0,20	
Foz do rio Itajaí	21	579.946	3,62	
Grande Florianópolis	38	1.041.828	3,64	
Sul	15	921.661	1,62	
Nordeste	13	894.286	1,45	
Planalto Norte	1	357.565	0,27	
Planalto Serrano	3	286.089	1,04	
<b>TOTAL</b>	110	6.383.286	1,72	

Fonte: SINAN/DATASUS



Observou-se que a taxa de incidência mais alta no ano de 2012 se deu na macrorregião Grande Florianópolis (3,64), seguida da macrorregião Foz do rio Itajaí (3,62) e posteriormente a macrorregião Sul (1,62). A macrorregião Nordeste também apresentou um alto índice (1,45), seguido das macrorregiões Extremo Oeste (1,34) e Meio Oeste (1,16). As menores taxas de incidência de sífilis congênita foram observadas, em ordem decrescente, nas macrorregiões Planalto Serrano (1,04), Vale do Itajaí (0,20) e Planalto Norte (0,27).

## DISCUSSÃO

Tendo sido incluída no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), desde 1986 a sífilis congênita é declarada doença de notificação compulsória<sup>13</sup>. A taxa de incidência total de casos no estado de Santa Catarina no ano de 2012 foi de 1,72 para 100000 nascidos vivos.

No presente estudo realizado junto à base de dados obtida no SINAN, observou-se muitas informações ignoradas, o que reforça a necessidade de qualificação da informação que é repassada para a base de dados oficial do SINAN, assim como a capacitação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento dos instrumentos de notificação, como assinala Saraceni et al<sup>13</sup>.

Pode-se notar que o número predominante foi das gestantes que realizaram o pré-natal, tendo também na maioria dos casos o diagnóstico feito durante esse acompanhamento, entretanto, um tratamento adequado ou a falta dele poderiam explicar a transmissão vertical da sífilis. Outra informação preocupante foi descrita a respeito do tratamento do parceiro, onde o número de não tratados representou mais da metade das notificações, excluindo os dados ignorados. Situação similar ocorreu nos estudos realizados por Araujo et al<sup>14</sup> e Galatoire et al<sup>15</sup>, o que remete ainda a uma falta de reconhecimento da gravidade do problema.

Um dado de alta relevância seria da efetividade e qualidade da realização da consulta de pré-natal, no que se diz respeito ao início precoce, número adequado de consultas e disponibilidade de exames para a testagem de sífilis e outras doenças, o que não pôde ser analisado neste estudo.

Além disso, ressalta-se necessidade de fornecimento de informações para a manutenção adequada do tratamento, bem como o acompanhamento do parceiro. O elevado número de parceiros que não receberam tratamento adequado para sífilis encontrado no presente estudo evidencia a negligência dos serviços de saúde, pela possibilidade de reexposição da gestante ao treponema, reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical.

Sobre o diagnóstico, alguns testes laboratoriais podem auxiliar, sendo os mais comumente utilizados os não-treponêmicos, principalmente o VDRL, que atua como screening e também permite o acompanhamento através da queda das titulações ao longo do tempo, após o tratamento<sup>16</sup>. Conforme



Campos et al<sup>16</sup>, o VDRL no pré-natal pode ser utilizado isoladamente como preditor da infecção sífilica, especialmente em centros que ainda não dispõem de técnicas diagnósticas confirmatórias, os testes treponêmicos.

Com base nos resultados deste estudo, observou-se que o VDRL foi realizado na maioria dos casos notificados, e todos os outros testes confirmatórios não foram realizados ou se apresentaram negativos, o que torna plenamente justificável a valorização e a aplicação desse método para a investigação de sífilis em gestantes.

Este estudo demonstrou que a incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina é alta, apesar dos dados apresentarem limitações devido à grande subnotificação de casos no SINAN. Com a divisão por macrorregiões, fica claro uma grande heterogeneidade dentro do próprio estado, sendo notificados mais casos nas macrorregiões litorâneas. As três macrorregiões com maior incidência foram a Grande Florianópolis (3,64) e Foz do rio Itajaí (3,62) com taxas de incidência maiores que a média total, seguidas da macrorregião Sul (1,62) abaixo da média do estado.

A saúde pública pode ser considerada o alicerce de uma construção em busca da prevenção das doenças. Sabe-se que as falhas na assistência do pré-natal, a realização do diagnóstico tardio ou um tratamento inadequado, são fatores importantes que poderiam explicar que ainda exista um elevado número de casos de sífilis congênita. Verificou-se que o processo não acontece como previsto, provavelmente pela falta real da implementação das orientações do Ministério da Saúde.

É necessário criar estratégias para aumentar a captação precoce de gestantes e garantir uma assistência coerente, conforme estabelece o MS, com oferta dos exames de rotina, tratamento rápido e adequado juntamente com seus parceiros na presença do exame positivo para sífilis. Estas medidas são simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença, porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes de a gravidez ocorrer, sendo realizado sempre aconselhamento sobre como prevenir a infecção.

Os achados deste estudo põem em relevo alguns pontos frágeis da assistência e prevenção da sífilis. Contudo, mesmo que na atenção básica não seja possível o diagnóstico e tratamento precoce, dispõe-se de mais uma oportunidade de fazê-lo no momento do parto, no qual se poderá constatar a transmissão vertical da sífilis e tratar os RN infectados, evitando a manifestação da doença ou reduzindo suas sequelas.

Em síntese, foi possível concluir que apesar das metas governamentais de erradicação de sífilis congênita, a patologia ainda persiste como um problema de saúde pública. A aparição de casos da doença põe de manifesto deficiências de ordem tanto estrutural como técnico nos serviços de saúde. Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas. Com isso, vê-se a importância de ampliar a



abrangência da saúde coletiva prestada à população de Santa Catarina no intuito de reduzir os índices de ocorrência da doença. Este estudo revelou uma taxa de incidência total de casos no estado de Santa Catarina no ano de 2012 de 1,72/100.000 habitantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. J. Bras. Patol. Med. Lab. [serial on the Internet]. 2002 [cited 2011 Apr 12] ; 38(4): 267-271.
2. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-26.
3. Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Raposo DCM. Estudo de prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói - RJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2005;17(1):18-23.
4. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. Rev Epidemiol Control Infect. 2013;3(1):28-30.
5. Araujo, Cinthia Lociks de et al . Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, June 2012.
6. Lago G, Garcia R. Sífilis Congênita: uma emergência emergente também no Brasil. Jor. Ped. 76 (6): 461- 465. 2000.
7. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2004 Sep [cited 2011 Apr 11] ; 16(3): 209-210.
8. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Aug [cited 2011 Apr 11] ; 42(4): 768-772.
9. Guinsburger R. In: Infectologia Pediátrica. 2 Ed .São Paulo: Atheneu, 1998.Cap. 37: Sífilis Congênita,p.323-334.
10. Arnold SR, Ford-Jones EL. Congenital syphilis: A guide to diagnosis and management. Paediatr Child Health. 2000;5:463-9.
11. Pileggi-Castro C. Sífilis Congênita: doença que já deveria ter sido erradicada! RESC 2014 Jun;1(1):e04.
12. Organização Mundial de Saúde. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS; 2008.
13. Saraceni, Valéria et al . Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 8, n. 4, Dec. 2005.
14. Araujo A, Leite M, Paes S, Carvalho M. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, set, 2010; 26(9):1747-1755
15. Galatoire, P.S.A.; Rosso, J.A.; Sakae, T.M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. ACM arq. Catarin. Med., v. 41, n. 2, abr.-mar. 2012.
16. Campos, J.E.B. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. 2006. 103 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2006.