

D.1.11 – Incidência de sífilis congênita

1. Conceituação

Número de casos novos de sífilis congênita (código A50 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. São considerados casos de sífilis congênita diagnosticados nos primeiros 12 meses de vida.

A definição de caso de sífilis congênita baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.¹

Definição de caso

Para fins de vigilância epidemiológica, será considerado caso de sífilis congênita e assim deverá ser notificado:

- Toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem que não tenha sido tratada ou recebido tratamento inadequado;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas:
 - Titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou
 - Testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou
 - Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores que os da mãe.

Obs.: Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

- Todo indivíduo com menos de 13 anos com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita;
- Toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou autópsia de criança, aborto ou natimorto.

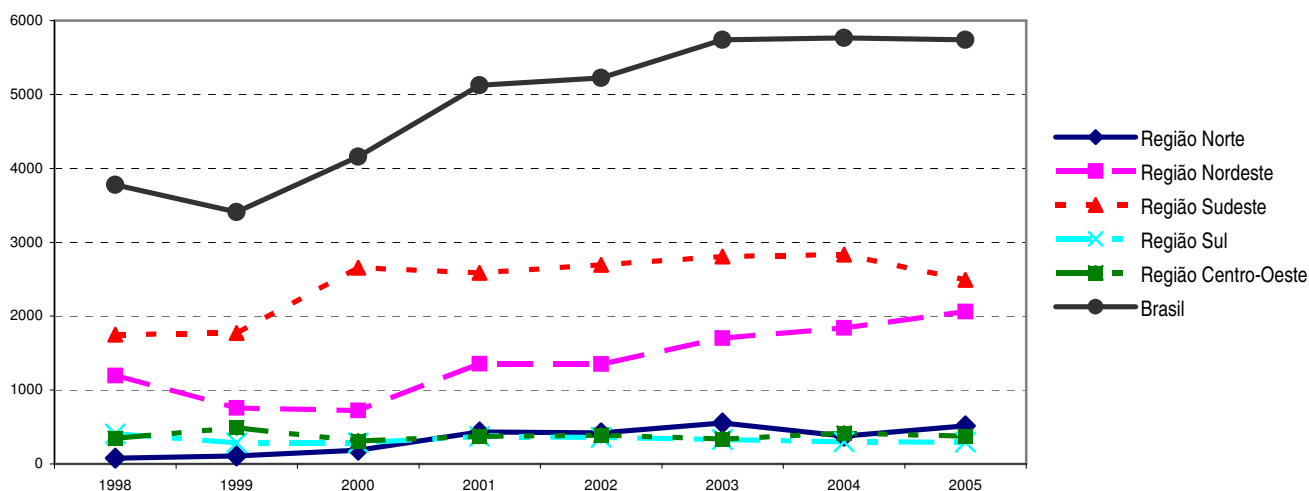
2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1998 a 2005.

De 1998 a 2005 observa-se um aumento constante na notificação até o ano de 2001 quando há uma estabilização, a partir de 2003. A região Sudeste notificou o

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis congênita. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 673.

maior numero de casos ao longo do período de 1998 a 2005 correspondendo a 50% dos casos notificados no país. A região Nordeste notifica 28% dos casos e apresentou um aumento constante desde o ano 2000. As regiões Centro-Oeste (7,8%), Norte (6,9%) e Sul (6,8%) apresentam comportamento similar com o menor número de notificações (Figura 1).

Figura 1 - Casos confirmados de sífilis congênita. Brasil e Grandes Regiões, 1998-2005



3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

Reconhece-se a sífilis congênita como sério problema de saúde pública tendo em vista a sua persistência apesar da existência de métodos eficazes, de baixo custo e de fácil uso para a sua prevenção e controle. As estimativas da incidência de sífilis congênita para as regiões e estados variam segundo o método de cálculo e estudos realizados e se baseiam, geralmente, na prevalência de sífilis em parturientes e uma taxa de transmissão vertical de 25%. Segundo o estudo de Prevalência de Sífilis em Parturientes realizado pelo Programa Nacional de DST/Aids em 2004, o número esperado de casos de sífilis congênita para o ano de 2004 correspondeu a 12.338.

Embora a sífilis congênita seja doença de notificação compulsória desde o ano de 1986, informações sobre a sua incidência são limitadas devido à subnotificação de casos, à falta de padronização de critérios de definição de caso até o ano de 1998. Segundo os dados obtidos no Sinan foram notificados em 2004, 5.763 casos, o que representa uma subnotificação de 53% dos casos. As estimativas do numero de casos esperados por região sugerem que a subnotificação encontra-se acima de 40%, sendo maior para as regiões Sul (79%), Norte (72%) e Centro-Oeste (69%) (SVS, 2006). Com base nesses dados estimou-se a Taxa de Incidência de Sífilis Congênita por 1.000 Nascidos Vivos para o mesmo ano (Brasil, 2007).

Quadro 1 – Numero de casos esperados de sífilis congênita em menores de um ano por região – Estudo de Prevalência de Sífilis em Parturientes, 2004 – Programa Nacional de DST Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde.

Região	Numero de	Número de	Subnotificação	Taxa esperada de
--------	-----------	-----------	----------------	------------------

	casos esperados	casos Notificados	(%)	incidência de SC < 1 ano x 1.000 NV*
Brasil	12.338	5.763	53	
Norte	1.355	378	72	4,5
Nordeste	4.416	1.840	58	4,7
Centro-Oeste	738	414	69	3,2
Sudeste	4.781	2.833	41	4,0
Sul	1.421	298	79	3,5

* Plano Operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis.

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno:

O conhecimento limitado da magnitude do evento sob vigilância em nível estadual bem como a subnotificação, o atraso na atualização do banco de dados do Sinan e a baixa qualidade no preenchimento das fichas de notificação constituem limitações importantes e comprometem a análise da situação com os dados disponíveis.

Outro problema importante para a variação dos dados da sífilis congênita foi a constante alteração dos critérios para notificação

- a. 2001 a 2005: dados segundo ano de diagnóstico
- b. 1998: inclui todos os casos confirmados
- c. 1999 – 2000: Inclui casos de menores de 1 ano e idade ignorada
- d. 2001 – 2005: inclui apenas os casos em menores de um ano.

Referências

Araújo AS e Moraes GH. Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil, 2004 – Relatório (dados não publicados). Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, 2006

Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado da mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2007; 16(3): 165-173.

Brasil. Portaria SAS/MS nº. 766. Torna obrigatória a execução do VDRL nas maternidades, tendo sua vigência redefinida a partir de março de 2005 (Portaria SAS/MS nº. 124, de 1 de março de 2005). Diário Oficial da União 2004; 21 dez.

Brasil. Portaria MS nº. 156. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2006; 19 jan.

De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2001; 23:647-52.

Pan American Health Organization (PAHO). Plan of action for the elimination of congenital syphilis. CE116/14, 2 May 1995. Mimeo.

Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Epidemiologia 2005; 8:419-24.

Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, Durovni, B. Vigilância da sífilis na gravidez. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2007; 16(2): 103-111.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos 2004. Boletim Epidemiológico Aids/DST, ano I, nº 01, 2004.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids/DST, ano III, nº 01, 2006.

Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Revista Panamericana de Salud Pública 2004; 16(3) 211-217.