

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: AINDA UM PROBLEMA PARA A SAÚDE PÚBLICA.

GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS: A PROBLEM FOR PUBLIC HEALTH.

¹CARMO, M.S.; ¹MARTINS, M.P.L.; ¹TINEU, C.N.; ¹SANADA, J. Y.; ²VITOR, G.

¹Graduandos em Biomedicina – Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos – UNIFIO.

²Professor do Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos – UNIFIO.

RESUMO

A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano mundialmente, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando mais de 200 mil crianças em risco de morte prematura. Entre as DSTs a sífilis merece destaque, pois se trata de uma doença infectocontagiosa sistêmica e sexualmente transmissível que se configura como um desafio para a sociedade, uma vez que, mesmo possuindo tratamento eficaz e de baixo custo, os casos no país só aumentam. No Brasil houve um aumento nos últimos cinco anos no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Este aumento pode estar relacionado a diversos fatores como: o aprimoramento do sistema de vigilância por notificar mais casos, aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. As gestantes que são diagnosticadas e tratadas precocemente apresentam redução do risco de transmissão vertical da sífilis e menor chance de apresentarem desfechos desfavoráveis ao feto, quando comparadas com as que tiverem intervenção medicamentosa tardia. Desta forma o cuidado pré-natal é um fator crucial para a tentativa de controle da doença.

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis Gestacional. Sífilis Congênita. Transmissão Vertical.

ABSTRACT

Syphilis affects one million pregnant women a year worldwide, leading to over 300,000 fetal and neonatal deaths and putting more than 200,000 children at risk of premature death. (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018). Among STDs, syphilis deserves to be highlighted, as it is a systemic and sexually transmitted infectious disease that is a challenge for society, since even with effective and low cost treatment, the cases in the country only increase. (LIMA, et al. 2013). In Brazil there has been an increase in the last five years in the number of cases of syphilis in pregnant women, congenital and acquired. This increase may be related to a number of factors such as improved surveillance system by reporting more cases, increased testing coverage, increased use of rapid testing, reduced condom use, resistance of health professionals to drug administration. penicillin in Primary Care, worldwide shortage of penicillin, among others. (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2017; 2018). Pregnant women who are diagnosed and treated early present a reduction in the risk of vertical transmission of syphilis and a lower chance of unfavorable outcomes to the fetus compared with those with late drug intervention. Thus prenatal care is a crucial factor in the attempt to control the disease. (NUNES, et al. 2018).

Keywords: Syphilis. Gestational Syphilis. Congenital Syphilis. Vertical Transmission.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) tem dificultado a existência humana há séculos. Mundialmente, cerca de 15 milhões de novos casos dessas

doenças surgem por ano. Das dez principais doenças infecciosas que exigem notificação ao Center for Disease Control and Prevention (CDC) nos Estados Unidos, cinco (Infecção por clamídia, gonorreia, síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS, sífilis e hepatite B) são DSTs (KUMAR et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde – OMS estima o aparecimento de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia a nível mundial. Por ano, surgem aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A sífilis, particularmente, afeta um milhão de gestantes por ano mundialmente, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando mais de 200 mil crianças em risco de morte prematura. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente. Frente a este cenário, iniciativas mundiais foram desenvolvidas para eliminação da transmissão vertical da sífilis (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Entre as DSTs a sífilis merece destaque, pois se trata de uma doença infectocontagiosa sistêmica e sexualmente transmissível que se configura como um desafio para a sociedade, pois pode ser prevenida e tratada de forma eficaz e de baixo custo. Mesmo assim, e com esforços para conscientização, prevenção e controle, o número de casos no Brasil só aumenta (LIMA, et al. 2013).

Sua transmissão pode ocorrer de forma sexual ou vertical, com maior frequência em grandes centros urbanos. A ocorrência de sífilis ainda está associada ao baixo nível socioeconômico, embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, coinfeção por HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência, história de natimortalidade, comportamento sexual de risco, migração para grandes centros urbanos, acesso limitado aos cuidados de saúde e o não tratamento do parceiro infectado (MAGALHÃES et al., 2013).

Observando a incidência e gravidade dos casos de sífilis congênita no Brasil e a dificuldade de controle da doença, mesmo esta sendo de fácil prevenção e tratamento, o presente estudo objetivou, através de uma revisão bibliográfica, mostrar a incidência desta patologia no Brasil nos últimos anos e tentar identificar o motivo que ainda a faz ser tão expressiva no país.

METODOLOGIA

As informações para elaboração deste levantamento bibliográfico foram retiradas de livros coletados na Biblioteca do Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos – UNIFIO e também nas bases de dados como: SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e Pubmed (U. S. National Library of Medicine) e através da análise de dados e tabelas publicados pela Organização Mundial da Saúde – OMS e do Ministério da Saúde do Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características Clínicas e Epidemiológicas

A sífilis se trata de uma patologia infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a períodos de latência ou surtos de agudização. Seu agente etiológico é a espiroqueta (bactéria) *Treponema pallidum* (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; HANSEL; DINTZIS, 2007).

Esta bactéria é um organismo fastidioso possuindo o homem como único hospedeiro natural. A principal via de transmissão é de forma sexual, mas também pode ser disseminada por transfusão sanguínea ou por via placentária (da mãe infectada para o concepto) (ROUQUAYROL; FILHO. 2003). Uma vez em contato com uma porta de entrada, irá se disseminar por todo o corpo com rapidez por meios dos vasos linfáticos e do sangue (KUMAR et al., 2013).

A interação do sistema imune do hospedeiro resulta em três estágios progressivos de infecção na ausência de tratamento adequado: Sífilis primária: cancro (pápula endurecida e indolor) surgindo geralmente no local da infecção (pênis, vagina ou cérvix uterina) após período de incubação de 3 semanas e persistindo durante 2 a 6 semanas. Sífilis secundária: aproximadamente após 2 meses da resolução do cancro, as lesões da sífilis secundária surgem. Sua manifestação é variada, mas geralmente estão presentes o aumento generalizado dos linfonodos e uma variedade de lesões mucocutâneas. Sífilis terciária: esta irá se desenvolver em cerca de um terço dos pacientes não tratados, anos após a infecção trazendo complicações cardiovasculares e do sistema nervoso (HANSEL; DINTZIS, 2007; KUMAR et al., 2013).

A sífilis Congênita é doença de notificação obrigatória, com compromisso internacional de eliminação enquanto for problema de saúde pública. A bactéria vai acometer o bebê através da gestante infectada, o *Treponema pallidum* atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto. Esta transmissão pode ocorrer em qualquer período da gestação, possuindo probabilidade mais alta nos estágios iniciais da doença (primária e secundária) onde a quantidade de treponemas circulantes é maior. A taxa de transmissão vertical da sífilis é superior a 70% em mulheres não tratadas e que estejam nas fases primária e secundária, diminuindo entre 10 e 30% nas fases terciária e latente (KUMAR V, et al. 2013; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006).

As complicações da sífilis congênita podem causar aborto espontâneo, parto prematuro, morte intrauterina, levar ao óbito neonatal, má formação do feto, surdez, cegueira, deficiência mental entre outras sequelas graves (SARACENI, 2005).

Diagnóstico – Teste Sorológico para Sífilis

O primeiro teste sorológico para a doença foi disponibilizado em 1906 utilizando a técnica de fixação de complemento. O antígeno para sua reação foi preparado a partir do extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis. Esse primeiro teste possibilitou o diagnóstico da enfermidade permitindo o tratamento de muitos portadores que ainda não tinham sido diagnosticados, porém muitos tratamentos desnecessários aconteceram devido resultado falsopositivo. Com a evolução da medicina, outros testes foram desenvolvidos, e hoje o diagnóstico da sífilis, na ausência de manifestações clínicas, é realizado por exames sorológicos. O mais utilizado é o teste rápido e o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Em outros países é muito utilizado o RPR – reagina rápida do plasma. Os dois testes têm sensibilidade e especificidade semelhantes. A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na sífilis secundária e 75% na terciária e alta especificidade para o diagnóstico da sífilis congênita, 98% (SARACENI. 2005; KUMAR et al., 2013).

O VDRL é um exame de baixo custo, de fácil execução, mas suscetível a resultados falso-positivos. Para a confirmação do diagnóstico deve ser realizados testes treponêmicos, como: FTA-Abs (Fluorescent treponemal antibody absorption), o MHA-TP (microhemaglutinação de anticorpos para *T. pallidum*), o TPHA (hemaglutinação de

anticorpos para *T. pallidum*), o teste imuno-enzimático (ELISA) e o teste rápido (TR) (SARACENI, 2005).

O teste rápido (TR) de sífilis está disponível nos locais de serviços de saúde do SUS, sendo de fácil execução (não necessita de estrutura laboratorial), com leitura do resultado em 30 minutos no máximo. Este exame veio como parte da estratégia para ampliar a cobertura de diagnóstico efetivo da patologia (SARACENI, 2005; KUMAR et al., 2013).

Tratamento

A penicilina benzatina (benzetacil) é a droga de escolha para o tratamento em todas as fases da sífilis. Até o momento esta é a forma mais eficaz para combater o agente etiológico e o único na prevenção contra a transmissão vertical, ele pode ser administrado em qualquer unidade básica de saúde (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006; NAÇÕES UNIDAS BRASIL. 2018).

Quando a sífilis é detectada na gestante, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, o parceiro sexual também deverá ser testado e tratado para não ocorrer a reinfecção da gestante. A análise clínica do caso indicará a melhor abordagem terapêutica (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006; NAÇÕES UNIDAS BRASIL. 2018).

Incidência e Abordagens Preventivas

No Brasil houve um aumento nos últimos cinco anos no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Este aumento pode estar relacionado a diversos fatores como: o aprimoramento do sistema de vigilância por notificar mais casos, aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, 2018).

Para finalidades de vigilância epidemiológica, os critérios de definição de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram alterados em setembro de 2017 com o intuito de proporcionar adequação da sensibilidade na captação de casos de sífilis congênita e diminuir a subnotificação de casos de sífilis em gestantes. Desta forma, na definição de caso de sífilis congênita, não se considera mais o parceiro sexual da mãe que estiver em tratamento e no caso de sífilis em gestantes, ficou definido que

todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e puerpério devem ser notificadas como caso de sífilis em gestantes, e não como sífilis adquirida (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Entre os anos de 2017 e 2018 houve uma redução da incidência da doença, redução que pode ser observada nas tabelas anexadas, mesmo assim, o número de mulheres e bebês acometidos pela doença ainda permanece alto, lembrando que esta redução pode ter sido evidenciada em consequência dos novos os critérios de definição de casos de sífilis alterados em setembro de 2017 (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; 2018).

A probabilidade de o agente etiológico da sífilis ser transmitido da mãe para o feto existe, e esta é denominada como transmissão vertical, ocorrendo entre a 16^a e a 28^a semana de gestação, caracterizando a sífilis congênita. No que se refere à taxa de transmissão vertical em mulheres não tratadas, a incidência varia de 70 a 100%, considerando-se as fases primária e secundária da doença, na fase terciária, esse valor é reduzido para aproximadamente 30%. No caso de gestantes que não forem tratadas adequadamente, a doença pode resultar em aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em cerca de 40% das crianças infectadas (BRITO & CARVALHO. 2014).

As gestantes que são diagnosticadas e tratadas precocemente apresentam redução do risco de transmissão vertical da sífilis e menor chance de apresentarem desfechos desfavoráveis ao feto, quando comparadas com as que tiverem intervenção medicamentosa tardia. Desta forma o cuidado pré-natal é um fator crucial para a tentativa de controle da doença (NUNES et al., 2018).

É de extrema importância que todas as mulheres recebam exames diagnósticos e tratamento precoces como parte dos cuidados pré-natais de alta qualidade para uma experiência positiva de gravidez. Os sistemas e programas de saúde devem se assegurar que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis sejam efetivamente tratadas, assim como suas parcerias sexuais, para interromper a cadeia de transmissão, e acompanhadas para continuidade clínica e laboratorial nos serviços de saúde, bem como seus bebês (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; 2018).

Os países trabalham de forma estratégica para reduzir a incidência de sífilis entre as populações, especialmente as mais vulneráveis em seus contextos sociais, como jovens de modo geral, homossexuais, trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade e pessoas que consomem álcool e outras drogas, evitando que novas

gestantes adquiram a sífilis por meio de suas parcerias sexuais e, conseqüentemente, novas crianças sejam acometidas pela doença (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018).

Quadro 1. Estratégia de Prevenção.

Período de atuação	Anterior à gestação	Gestação	Parto ou Curetagem
Objetivos Gerais	Prevenir DST em mulheres em idade fértil	Evitar a transmissão para o concepto	Reduzir a morbimortalidade
Grupos-alvo	População geral	Gestante no pré-natal	Recém-nascido
Principais atividades	- Diagnóstico e tratamento precoce da sífilis adquirida. - Incentivo ao uso regular de preservativos.	- VDRL no 1º e 3º trimestres da gestação. - Tratamento da gestante e parceiro	- VDRL em parturientes: se positivo, investigar recém-nascido. - Tratamento.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o presente estudo ainda não foi constatado ações preventivas satisfatória contra a sífilis no Brasil. Ao contrário de outras patologias neonatais, a Sífilis Congênita pode ser evitada e controlada mediante diagnóstico precoce e tratamento efetivo, porém os resultados mostrados sobre a incidência da doença dentro do país apontam a magnitude do problema.

A OMS trabalha para eliminar a transmissão vertical de sífilis, e já obteve resultados de sucesso em várias partes do mundo. Nos últimos anos, 12 países foram validados pela OMS como tendo eliminado a transmissão de sífilis ou HIV (CARDOSO. 2018).

No Brasil, as mulheres no geral que estão infectadas possuem baixa escolaridade e renda, o que engloba uma série de fatores limitantes no processo preventivo saúde-doença como o acesso restrito aos serviços de saúde, capacidade limitada no conhecimento de práticas de saúde e de fatores de risco. Outro problema que fragiliza a prevenção da Sífilis Congênita esta intimamente relacionada à assistência pré-natal como: ausência da realização e atraso na entrega dos exames; abandono de pré-natal; falta de captação e resgate das gestantes faltosas; dificuldade no manejo da infecção

por parte dos profissionais; dificuldade na captação e tratamento do parceiro; falta de seguimento das mães e crianças após o parto; além da presença de dados incompletos nos prontuários e fichas epidemiológicas (CARDOSO. 2018; OPAS. 2019).

O monitoramento da ampliação da triagem e do tratamento de mulheres grávidas é fundamental para medir o progresso de redução da incidência da patologia. Conhecer a quantidade de adultos, gestantes e crianças afetadas pela sífilis, com estimativas em nível local, regional e nacional, é crucial para orientar os sistemas de saúde e fortalecer a prevenção, a detecção, a vigilância e o tratamento da doença (OPAS. 2019).

Desta forma, pode-se concluir que a incidência de sífilis gestacional e congênita persiste devido à assistência inadequada na rede de saúde e a ainda a falta de conhecimento da população sobre sua gravidade e a necessidade de prevenção e tratamento imediato. Sem a melhoria destas medidas a sífilis congênita continuará como um fardo no rol dos problemas de saúde pública com consequências graves.

REFERÊNCIAS

BRITO, Rosineide Santana de; CARVALHO, Isaiane da Silva. **Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, volume 23 nº 2 Brasília. 2014.

CARDOSO, Ana Rita Paulo; et al. **Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n2/563-574/>>. Acesso em: 25 de maio de 2019.

CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. **Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014**. 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000200255&lang=pt>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de Indicadores Epidemiológicos**. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>>. Acesso em: 25 de maio de 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil**. Disponível em:

<https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002&lang=pt>. Acesso em: 22 de maio de 2019.

HANSEL, Donna E; DINTZIS, Renee Z. **Fundamentos de Patologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2007.

LIMA, Marina Guimarães; et al. **Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008**. Ciência Saúde Coletiva, volume 18 nº 2. 2013.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio**. Caderno de Saúde Pública, volume 29 nº. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília – DF. 2015.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Aumentam casos de sífilis no Brasil, diz Ministério da Saúde**. Publicado em 21/12/2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/aumentam-casos-de-sifilis-no-brasil-diz-ministerioda-saude/>>. Acesso em: 22 de maio de 2019.

NUNES, Patrícia Silva; et al. **Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, volume 27 nº 4. 2018.

OPAS BRASIL. **Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita**. 2019. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifiliscongenita&Itemid=812>. Acesso em: 25 de maio de 2019.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2007.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2003.

SARACENI, Valéria. **A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita**. Tese de Doutorado intitulada “Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000”, ENSP – FIOCRUZ. 2005.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª edição. Brasília – DF: Editora MS. 2006.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2017. V. 48 nº 36. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2018.** V. 49 nº 45. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K; ASTER, Jon C. **Robbins Patologia Básica.** 9ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2013. p. 671 – 674.

ANEXOS

Tabela 1 – Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2018

Sífilis em Gestantes	Total	2005/07	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
259.217	11.634	7.306	8.372	10.051	13.742	16.429	20.906	26.593	32.721	38.154	49.028	24.668
-	-	2,5	2,9	3,5	4,7	5,7	7,2	8,9	10,8	12,6	16,2	-

(DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018).

Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2018

Idade gestacional	2005/07	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018).

Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018

Sífilis congênita em	1998												
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	menores de um ano	2007	
188.545		40.931	5.745	6.042	6.949	9.492	11.634	13.971	16.304	19.650	21.188	24.668	11.550
-	-	2	2,1	2,4	3,3	4	4,8	5,5	6,5	7	8,2	-	

(DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018).

Casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018.

Criança	1998	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
348	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018).