



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITAIS

ANALYSIS OF THE LETHALITY RATE FOR ABORTION FOR SYPHILIS IN BRAZIL, REGIONS AND CAPITALS

Fernanda Vaz Dorneles¹, Amanda Curtinaz de Oliveira², Mariana Xavier da Silva³, Bianca de Moura Pasetto⁴, Bianca Ledur Monteiro⁵, Graciele Fernanda da Costa Linch⁶, Adriana Aparecida Paz⁷

Submetido em: 27/09/2021

e1436

Aprovado em: 07/11/2021

<https://doi.org/10.53612/recisatec.v1i4.36>

RESUMO

Objetivo: analisar a ocorrência da Taxa de Letalidade de abortos por sífilis no Brasil, regiões e capitais. **Método:** estudo retrospectivo do período de 2009 a 2018, observando dados do Brasil, Regiões e capitais, com base em indicadores do DATASUS/Ministério da Saúde. **Resultados:** O Brasil apresentou redução na taxa de letalidade de aborto por sífilis, encerrando o ano de 2018 com 2,22 casos para cada 100 gestantes com sífilis. As cinco regiões brasileiras também apresentaram queda na taxa de letalidade de 2009 para 2018, podendo estar relacionada a uma melhoria no diagnóstico e tratamento. A região Nordeste teve a taxa de letalidade mais alta (9,98 em 2009) e concentra as capitais com maiores taxas (Fortaleza, com 85,18, seguida de Aracaju, com 61,53, no ano de 2012). As capitais Macapá, Porto Velho, São Luís e Natal apresentaram ausência de registro de casos de aborto por sífilis em todo ou parte do período analisado. Na Região Sul, Porto Alegre tem maior taxa de letalidade (29,77 em 2015), após emissão de Nota Técnica orientando testagem rápida nas situações de abortamento. **Conclusão:** a taxa de letalidade de aborto pode estar relacionada às desigualdades socioeconômicas de cada local, o que implica na qualidade da assistência ao pré-natal, à acessibilidade aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce e tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis. Aborto e Técnicas e Procedimentos Diagnósticos

ABSTRACT

Objective: To analyze the occurrence of the Syphilis Abortion Lethality Rate in Brazil, regions and capitals. **Method:** retrospective study from 2009 to 2018, observing data from Brazil, Regions and Capitals, based on indicators from DATASUS / Ministry of Health. **Results:** Brazil presented a reduction in the mortality rate of abortion by syphilis, ending the year of 2018 with 2.22 cases per 100 pregnant women with syphilis. The five Brazilian regions also showed a drop in the case fatality rate from 2009 to 2018, which may be related to an improvement in diagnosis and treatment. The Northeast region had the highest mortality rate (9.98 in 2009) and concentrates the capitals with the highest rates (Fortaleza, with 85.18, followed by Aracaju, with 61.53, in 2012). The capitals Macapá, Porto Velho, São Luís and Natal showed no record of cases of syphilis abortion in all or part of the analyzed period. In the South Region, Porto Alegre has the highest case fatality rate (29.77 in 2015), after issuing a Technical Note guiding rapid testing in abortion situations. **Conclusion:** the abortion mortality rate may be related to the socioeconomic inequalities of each location,

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

⁴ Acadêmica de Informática Biomédica da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente permanente da Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS Brasil.

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente permanente da Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, RS Brasil.

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITALIS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

which implies the quality of prenatal care, accessibility to health services and early diagnosis and appropriate treatment.

KEYWORDS: *Syphilis. Abortion and Diagnostic Techniques and Procedures*

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as patologias transmissíveis mais comuns, tendo um impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, porquanto acarretam infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança¹.

Causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a sífilis tem impacto individual e coletivo, podendo provocar sinais e sintomas tanto em homens quanto em mulheres. É uma doença transmitida por via sexual (sífilis adquirida ou sífilis em gestante) e vertical (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou mais de meio milhão de casos de sífilis congênita no mundo (aproximadamente 661 mil), resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais. É a segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo, precedida apenas pela malária. Como consequência, pode-se observar baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, aborto, natimorto e manifestações clínicas precoces e tardias. Ainda segundo a OMS, a situação da sífilis no Brasil não é diferente da de outros países. Os números de casos da infecção são preocupantes e a infecção precisa ser controlada³.

A epidemia de sífilis é um evento mundial. De acordo com o Boletim epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde de 2020, Porto Alegre ocupou dentre as capitais do país o 1º lugar com mais casos de sífilis em gestante, o 2º lugar com mais casos de sífilis congênita e o 6º lugar com mais casos de sífilis adquirida, alertando para o cenário epidemiológico desfavorável que Porto Alegre apresenta e que se repete há mais de cinco anos¹.

O diagnóstico de sífilis pode ser feito através de testagem rápida, exames laboratoriais e avaliação clínica. Tanto o diagnóstico quanto o tratamento são ofertados gratuitamente nos serviços públicos de saúde do país⁴.

É considerado caso de sífilis congênita toda criança, aborto ou natimorto cuja mãe não tenha recebido o diagnóstico de sífilis em tempo oportuno ou que tenha apresentado, durante o pré-natal, ou no momento do parto ou curetagem, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Dentre os desfechos da sífilis congênita está o aborto, que é a expulsão ou extração de um embrião ou feto pesando menos de 500g até a 22ª semana de gravidez, durante o 1º ou 2º trimestre⁴.

No intuito de conhecer a magnitude do problema, foi realizada uma análise da ocorrência da taxa de letalidade de aborto por sífilis no Brasil, regiões e capitais, permitindo conhecer o comportamento de cada local em relação a esta temática.

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITALS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo de série histórica, do período de 2009 a 2018. O cenário analisado foi o Brasil, Regiões e Capitais, baseado em dados secundários publicados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde, no DATASUS.

Foram selecionadas no sistema DATASUS as variáveis “Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico, 2009-2018” e “Casos de sífilis congênita, segundo diagnóstico final por ano de diagnóstico, 2009-2018”.

A coleta de dados foi realizada na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), nos meses de outubro e novembro de 2019, englobando o Brasil, as regiões brasileiras e as capitais. Os dados foram organizados em planilha do programa Microsoft Excel® 2016, onde foi calculada a Taxa de letalidade de aborto por sífilis, através do número de casos de aborto por sífilis dividido pelo número de casos de sífilis em gestante com diagnóstico no 1º e 2º trimestre de gestação. O tempo definido para o estudo foi de 10 anos, devido à disponibilidade de dados no sistema DATASUS e a possibilidade de comparação da Taxa de letalidade na última década.

A partir do registro de casos foi possível calcular e analisar dados como a taxa de letalidade, que é definida como a proporção de pessoas com uma determinada doença (casos) que falecem devido à doença. As limitações incluem dados ausentes de soropositividade da sífilis em gestante para algumas capitais.

Devido ao estudo ser baseado em um banco de dados público, sem identificação de usuários e fornecido pelo Ministério da Saúde, não necessitou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Para analisar os resultados, foi utilizado o banco de dados do DATASUS para realizar o cálculo da Taxa de Letalidade. Esse indicador foi escolhido na tentativa de demonstrar a realidade de casos de aborto por sífilis em cada esfera de governo e por não ser encontrado nos sistemas de saúde de domínio público e nos boletins epidemiológicos, ainda que possa estar relacionado diretamente à qualidade da assistência e do pré-natal.

Verificou-se que o ano de 2009 apresentou a maior taxa de letalidade de aborto por sífilis do Brasil, atingindo 5,54 de registros. No mesmo ano, as regiões Nordeste e Sudeste e cinco capitais brasileiras (Aracaju, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Curitiba e Manaus, respectivamente) tiveram o maior número de abortos por sífilis dos últimos dez anos (**Tabela 1**).

No Brasil, observa-se uma redução na taxa de letalidade de aborto por sífilis, encerrando o ano de 2018 com 2,22 casos de aborto para cada 100 gestantes com sífilis. As cinco regiões brasileiras também apresentaram queda na taxa de letalidade de 2009 para 2018, indicando possível melhoria no diagnóstico e tratamento.

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITALS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

A região que apresentou taxa de letalidade mais alta, foi a Região Nordeste, com 9,98 casos de aborto para cada 100 gestantes com sífilis, em 2009. As capitais com maiores taxas de letalidade estão localizadas na Região Nordeste, sendo a maior delas em Fortaleza/Ceará, chegando a apresentar uma taxa de 85,18 em 2012, seguida de Aracaju/Sergipe, com 61,53 casos de aborto para cada 100 gestantes infectadas. Em 2018, a região também se destacou por ter a capital João Pessoa/Paraíba com a taxa mais alta (20,23).

Na Região Centro-Oeste, das quatro capitais, três apresentaram a maior taxa de letalidade no ano de 2012 (Cuiabá, Brasília e Campo Grande, respectivamente). A capital Goiânia/Goiás apresentou, de 2009 a 2015, ausência de casos registrados.

Na Região Sudeste, todas as capitais reduziram o número de abortos por sífilis no ano de 2018.

Na Região Sul, as maiores taxas ocorreram nos anos 2014 (taxa de 4,58) e 2015 (taxa de 4), sofrendo redução em 2018 (2,83), contudo, as capitais Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre apontam taxas de letalidade maiores que a regional no último ano.

As capitais Macapá/Amapá e Porto Velho/Rondônia, localizadas na Região Norte, apresentaram ausência de registro de casos de aborto por sífilis de 2009 a 2018. As capitais São Luís/Maranhão, Natal/Rio Grande do Norte e Goiânia/Goiás tiveram registro de casos em apenas um ou dois anos.

Tabela 1: Taxa de letalidade de aborto por sífilis nas capitais e regiões brasileiras 2009-2018

Local	Ano									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
BRASIL	5.54	5.07	5.01	5.12	3.94	3.96	3.48	2.93	2.65	2.22
Região Norte	2.38	1.4	1.23	3.27	1.25	1.9	1.91	2.95	2.04	1.29
Rio Branco – AC	25	22.22	18.18	40	-	1.28	-	0.63	-	0.38
Macapá – AP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manaus - AM	9.25	7.5	7.14	4.41	0.93	5.34	0.76	0.4	1.58	0.96
Belém - PA	9.67	0	6.25	12.5	0	22.72	12.69	27.11	9.37	4.28
Porto Velho - RO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Boa Vista - RR	-	-	-	-	-	-	-	-	9.09	14.94
Palmas - TO	14.28	33.33	11.11	30.76	30.76	17.24	11.36	2.7	3.48	-
Região Nordeste	9.98	8.17	7.81	9.6	7.96	5.01	5.1	4.3	3.38	2.43
Maceió – AL	10	8.1	37.83	30.23	46.15	23.8	32.6	8.88	1.98	1.17

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITAIS
 Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
 Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

Salvador - BA	-	-	4.44	3.15	1.66	-	0.35	0.23	0.2	0.16
Fortaleza - CE	80.35	68.75	47.5	85.18	45.33	29.41	23.23	13.3	18.07	9.42
São Luís - MA	-	-	-	-	-	-	-	0.94	-	-
João Pessoa - PB	-	-	-	8	5.26	29.03	53.12	10	25	20.23
Recife - PE	25.39	38.59	36.76	22.66	40.78	33.04	19.69	21.55	20.8	4.12
Teresina - PI	-	9.09	-	2.43	11.26	9.09	13.69	9.18	8.08	13.17
Natal - RN	-	-	-	-	5.55	-	-	-	-	3.84
Aracaju - SE	61.53	13.15	8.33	47.82	23.4	7.59	12	19.56	11.11	2.5
Região Centro-Oeste	0.75	0.56	1.18	1.52	1.47	1.24	2.25	1.29	1.32	1.71
Brasília - DF	7.14	1.4	10	9.61	8.33	2.94	6.03	3.67	5.75	8.61
Goiânia - GO	-	-	-	-	-	-	-	1.76	-	0.36
Campo Grande – MS	1.17	-	2.43	4.8	1.14	3.27	3.48	1.13	1.5	1.01
Cuiabá - MT	-	-	-	17.64	6.45	8.33	10	8.69	9.09	1.86
Região Sudeste	6.49	6.49	5.63	5.09	3.85	3.79	3.14	2.61	2.35	2.19
Vitória - ES	-	-	4.76	-	6.25	3.63	1.53	5.61	1.68	2.75
Belo Horizonte - MG	13.33	-	-	4.16	3.84	3.35	4.32	4.94	9.37	5.07
Rio de Janeiro - RJ	20.7	16.76	15.65	12.79	7.45	6.15	3.48	3.06	1.64	1.18
São Paulo - SP	4.27	5.59	2.96	3.83	3.58	4.14	3.8	2.84	2.94	3.33
Região Sul	3.77	2.47	3.65	2.09	2.14	4.58	4	3.24	3.75	2.83
Curitiba - PR	12.5	-	6.6	3.29	3	7.5	4.63	3.39	7.67	4.64
Porto Alegre - RS	9.85	7.5	13.68	4.72	8.84	22.15	29.77	20.23	23.16	15.51
Florianópolis - SC	-	-	-	-	5	14.28	6	6.59	5.06	5.42

Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, novembro de 2019.

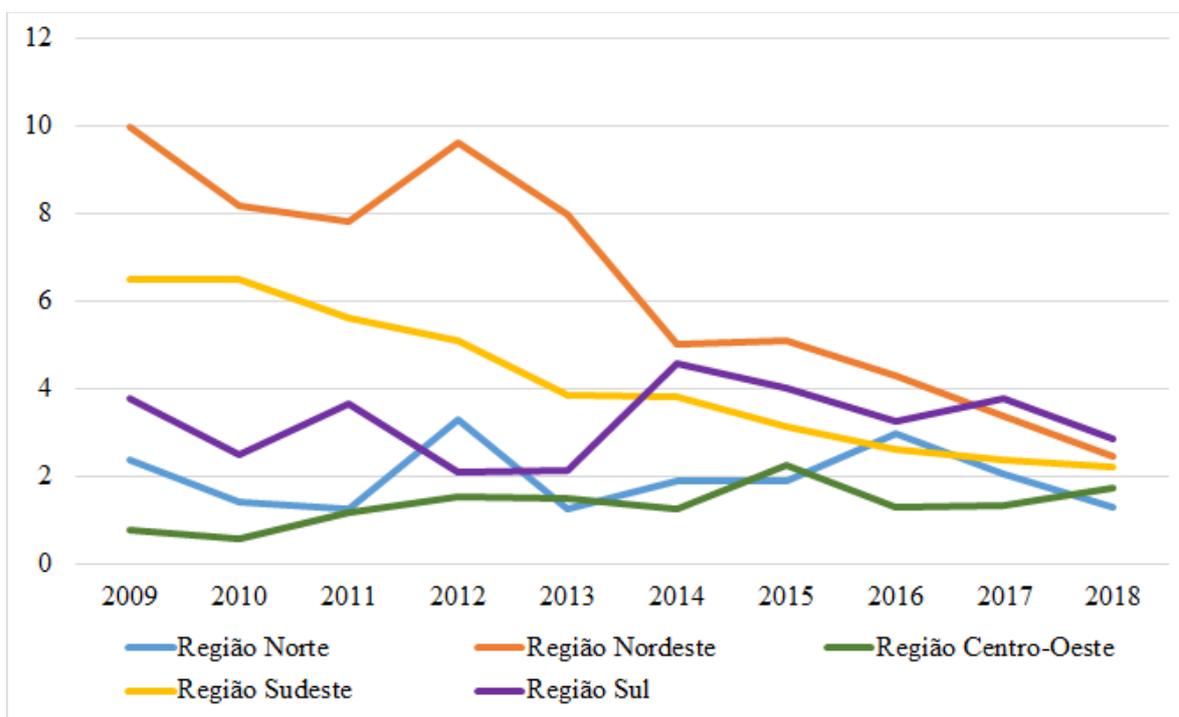
Nota: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITALIS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

Quando analisadas as regiões brasileiras, observa-se que as regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste apresentaram redução da taxa de letalidade do ano de 2009 em comparação ao ano de 2018. Somente a Região Centro-Oeste teve aumento da taxa neste período. A Região Nordeste apresentou as maiores taxas de letalidade do país até o ano de 2017, perdendo para a Região Sul, que teve oscilação nos registros até o ano de 2013, porém de 2014 a 2018 apresentou aumento de abortos, encerrando o último ano com a maior taxa de letalidade do Brasil (2,83) (**Figura 1**).

Figura 1. Taxa de letalidade de aborto por sífilis, segundo regiões 2009-2018



Fonte: Datasus/Ministério da Saúde, novembro de 2019.

DISCUSSÃO

No intuito de identificar os casos de sífilis para subsidiar as ações de prevenção e controle, o Ministério da Saúde instituiu há alguns anos a notificação de Sífilis Congênita, conforme Portaria Nº 542, de 22 de dezembro de 1986⁵ e a notificação de Sífilis em Gestante, conforme Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005⁶, passando a ser uma doença de notificação compulsória regular (em até 7 dias), devendo ser notificado à vigilância epidemiológica dentro deste período. A notificação e vigilância desses agravos são imprescindíveis para o monitoramento e a eliminação da transmissão vertical.

Em setembro de 2017 foram revistos os critérios de definição de caso de sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis em gestante, conforme Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS⁷, em consonância com os critérios adotados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITALIS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

Organização Mundial de Saúde (OMS). No ano de 2018, observa-se um aumento no número de casos de sífilis em todo país, justificado pela ampliação de critérios.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria Nº 2104, de 19 de novembro de 2002⁸, que estabelece que as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar teste para sífilis em 100% das parturientes. Somente em 2011, foi emitida a Portaria Nº 3242, de 30 de dezembro de 2011⁹, que dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais, como a detecção da sífilis com teste rápido treponêmico para gestantes e seus parceiros em unidades básicas de saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha.

Pode-se observar no decorrer da série histórica, um declínio nas taxas de letalidade de aborto por sífilis no país até o ano de 2018. Essa redução pode estar relacionada às ações estratégicas, como o uso da testagem rápida durante a gestação, possibilitando um diagnóstico precoce e o tratamento adequado à gestante e à fase da doença. Também pode ser associado à uma melhor condição econômica, como é o caso da Região Sudeste, que tem a maior economia e desenvolvimento do país.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), recomenda-se que o teste para a detecção da sífilis seja oferecido a todas as gestantes nos primeiros estágios da gravidez durante o atendimento pré-natal. Essa medida visa diagnosticar precocemente a doença na gestante, realizando o tratamento adequado e imediato, reduzindo assim as possibilidades do recém-nascido de adquirir a doença¹⁰.

Ainda que o diagnóstico precoce seja uma orientação do Ministério da Saúde, documentada em protocolos, um estudo¹¹ em Natal (RN) revelou que quase 40% das gestantes da pesquisa não realizaram o VDRL durante o pré-natal, porém, 96% fizeram o exame no momento do parto, reduzindo as chances de prevenir a sífilis congênita.

Os locais que apresentaram taxas altas nos últimos anos podem estar mudando seus processos de trabalho, possibilitando um diagnóstico oportuno e qualificação nos registros de caso. Também é importante observar se o aborto não foi causado por um tratamento inadequado de sífilis em gestante, pois é crucial que as mulheres realizem exame de diagnóstico e tratamento precocemente como parte dos cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez.

O diagnóstico precoce proporciona benefícios importantes tanto para a saúde materna quanto para a criança. Mas para que isso ocorra, as equipes de saúde devem ser capacitadas e aprimoradas, para identificar os prováveis casos de sífilis congênita dentro da comunidade de atendimento. Onde essas gestantes possam dispor de um tratamento e acompanhamento adequado, de forma holística e acolhedora¹².

A região Nordeste foi a localidade que apresentou as maiores taxas de letalidade de aborto por sífilis, podendo estar relacionado a vários problemas de ordem socioeconômica, visto que os estados nordestinos ocupam as últimas colocações no ranking nacional de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a taxa de mortalidade infantil é a maior do país, com 33,2 óbitos a cada mil nascidos vivos. Outro estudo revela que há limitações no acesso ao tratamento para sífilis na atenção básica, e uma maior variabilidade regional. Na região Nordeste do país, menos de 50% dos municípios estudados realizavam a aplicação de penicilina em mais da metade de suas equipes, reduzindo o acesso ao tratamento e

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITAIS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

perpetuando a cadeia de transmissão¹³. Além disso, mais da metade das residências não possuem saneamento ambiental e a expectativa de vida do nordestino é a menor do Brasil (70 anos)¹⁴.

Em função dos dados epidemiológicos elevados de HIV/Aids e Sífilis no Rio Grande do Sul e Capital, a Coordenação Estadual de IST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul emitiu a Nota Técnica Nº 02/2015¹⁵, que determina a realização de testagem rápida para HIV e exames para Sífilis em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente da internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios. A formalização das recomendações, foi motivada pelo aumento do número de casos de sífilis congênita e pelos desfechos desfavoráveis.

Observa-se que a taxa de letalidade mais alta das capitais da Região Sul, é de Porto Alegre e ocorreu no ano de 2015, quando a Nota Técnica foi emitida, provocando um olhar diferente sobre a sífilis e seus desfechos. Em comparação ao ano de 2009, Porto Alegre apresentou três vezes mais casos de aborto por sífilis no ano de 2015, ampliando o diagnóstico após a divulgação da Nota.

As capitais que apresentaram ausência de registro de casos de aborto por sífilis em todo ou parte do período analisado (Macapá/Amapá, Porto Velho/Rondônia, São Luís/Maranhão, Natal/Rio Grande do Norte), são locais das regiões Norte e Nordeste, com possíveis iniquidades de acesso aos serviços de saúde, comprometendo o cuidado à população geral e mais vulnerável, bem como a qualidade dos registros, podendo haver subnotificação de casos.

Os resultados sugerem impactos positivos da combinação de estratégias relacionadas à testagem rápida para diagnóstico precoce e documentos legais que subsidiem esta prática para a promoção da saúde. Entretanto, permanecem limitações das políticas implementadas para o acesso universal ao sistema de saúde.

A falta de referencial teórico sobre aborto por sífilis reflete na deficiência sobre o conhecimento acerca do assunto, mantendo a sífilis como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção da sífilis consiste no manejo adequado da infecção na gestante e no recém-nascido. Contudo, a sífilis ainda causa graves consequências como a elevada taxa de letalidade de aborto, que pode estar diretamente relacionada às desigualdades socioeconômicas de cada local, o que implica na qualidade da assistência ao pré-natal, à acessibilidade aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2021 abr. 30]; Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>.



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITALIS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

2. Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barrmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajando AJB. Sífilis na gravidez. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, 2014;13(3):88-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2014.12133>
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Orientações mundiais sobre os critérios e processos para a validação da eliminação da transmissão vertical de HIV e Sífilis. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2015.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. p. 277-285.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Institui a sífilis congênita como doença de notificação compulsória. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [acesso em: 2021 maio 06]; Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-542-de-22-dezembro-de-1986/>.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Institui a sífilis em gestante como doença de notificação compulsória. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [acesso em: 2021 maio 06] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2 SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS: Altera os critérios de definição de casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita, de 19 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em: 2021 maio 06]; Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2104, de 19 de novembro de 2002. Dispõe que as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar teste para sífilis em 100% das parturientes. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [acesso em: 2021 maio 06]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2104_19_11_2002.html.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em: 2021 maio 06]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html.
10. Lima VC, Mororó RM, Feijão DM, Frota MVV, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. Esp. Saúde. 2016;17(2):118-125. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2016v17n2p118>
11. Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Rev enferm UFPE online. 2019;13(3):604-13. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236252p604-613-2019>
12. Rodrigues ARM, Silva MAM, Cavalcante AES, Moreira ACA, Mourão Netto JJ, Goyanna NF. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. Revista de Enfermagem UFPE online. 2016;10(4):1247-55. DOI: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11110p1247-1255-2016>
13. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPTI. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad. Saúde Pública. 2020;36(3):e00074519. DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00074519>
14. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Rev. Ciênc. Saúde Colet. 2017;22(4):1055-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>
15. Rio Grande do Sul (BR). Coordenação Estadual de DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde. Nota Técnica nº 02/2015. Determina a realização de testagem rápida para HIV e exames para Sífilis em 100%



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

ANÁLISE DA TAXA DE LETALIDADE DE ABORTO POR SÍFILIS NO BRASIL, REGIÕES E CAPITALIS
Fernanda Vaz Dorneles, Amanda Curtinaz de Oliveira, Mariana Xavier da Silva, Bianca de Moura Pasetto,
Bianca Ledur Monteiro, Graciele Fernanda da Costa Linch, Adriana Aparecida Paz

das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente da internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios. [acesso em 2020 maio 06]; Disponível: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/16151427-4-5-3-nt-maternidades.pdf>.