

Persistencia de la sífilis como desafío para la salud pública en Brasil: el camino es fortalecer el SUS, en defensa de la democracia y de la vida

Alberto Novaes Ramos Jr. ^{1,2}

doi: 10.1590/0102-311XE069022

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que, a pesar de los avances en la prevención y tratamiento en el ámbito de la estrategia mundial del sector de la salud para el VIH, las hepatitis virales y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) para 2016-2021, persisten problemas críticos (incluso antes de la pandemia de la COVID-19) que podrían comprometer el logro de los *Objetivos del Desarrollo Sostenible* para el 2030 ^{1,2}. En 2021, la 74ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la necesidad de nuevas estrategias de afrontamiento para 2022-2030 ¹. Uno de los grandes desafíos para lograr el control ha sido implementar acciones de atención en salud integradas con vigilancia y control, con acceso garantizado al diagnóstico, tratamiento y seguimiento en la atención primaria en salud (APS) ^{2,3}.

En Brasil, la persistencia de la sífilis como problema de salud pública es inequívoca, dada la limitación en el acceso al diagnóstico y tratamiento adecuados en la red de atención del Sistema Único de Salud (SUS) ^{3,4}. El desafío aumenta en el actual momento político-institucional debido a los cambios desestructurantes de la APS ante las nuevas modalidades de financiación del SUS ⁵. Este nuevo modelo se ha profundizado desde la promulgación de la *Enmienda Constitucional nº 95* en el 2016, que limitó el gasto público durante 20 años en un contexto de crisis sin precedentes y de austeridad ^{5,6}. Por lo tanto, se abre espacio a la deconstrucción de la universalidad en el SUS ^{5,6} generando, además del acceso limitado, un aumento de las desigualdades, con repercusiones en el control de la sífilis.

Datos del Ministerio de Salud para 2012-2018 indican una variación en la tasa de detección de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), de 14,4 a 74,4, y en gestantes, de 5,7 a 21,5, así como en la tasa de incidencia de sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos), de 4,0 a 9,0 ^{4,7}. Este aumento está asociado a factores como el acceso a pruebas rápidas, además de la desinformación, menor uso de preservativos, reducción del uso de penicilina benzatínica en la APS y desabastecimiento del fármaco ^{8,9}. El acceso limitado al insumo farmacéutico activo de la penicilina ha traído grandes desafíos ^{4,8,9}. El desabastecimiento en servicios de salud en la ciudad de Río de Janeiro ha demostrado no homogeneidad en el tiempo (2014, 2015 y 2017) y en el espacio, sobre todo en las áreas programáticas más pobres y con mayor detección de sífilis ⁹.

A pesar de la magnitud de la sífilis, los datos en el país pueden traducirse en subestimaciones por subnotificación, lo que compromete las acciones de planificación en salud ^{3,4,10}.

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.
² Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.



Destaca también el efecto de la COVID-19 en 2020-2021 con la reducción de detección de casos ³.

La sífilis congénita se puede prevenir mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados durante el embarazo ^{2,3,4,7,10}. Su persistencia pone de manifiesto problemas en la atención materno infantil, especialmente en la atención prenatal, por falta de acceso al diagnóstico o acceso tardío a los resultados, o incluso por tratamiento inadecuado, interrumpido o ausente de la sífilis materna ⁷. Se reitera que la atención prenatal debe implicar la participación del padre o pareja de la gestante para el diagnóstico de sífilis u otras ETS, con el tratamiento adecuado ^{7,10}.

Brasil ha registrado un aumento sostenido en la cobertura prenatal, con diferencias regionales que también incluyen la calidad de la atención ^{7,11,12}. El análisis de los datos de 2012 a 2018, disponibles por los tres ciclos del Programa Nacional de Mejoría de Acceso y Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB), constató una tendencia de aumento (del 71% al 81%) en la proporción de mujeres con control prenatal en la APS ¹².

Un estudio en capitales brasileñas reconoció una tasa media de adecuación de la atención prenatal de aproximadamente el 80%, con desempeño heterogéneo entre regiones. La inadecuación de la atención prenatal se asoció con un peor Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDH-M), edad inferior a 20 años, escolaridad inferior a cuatro años, raza/color no blanca y ausencia de pareja ¹¹. A su vez, los casos de sífilis gestacional se asociaron con una mayor proporción de adolescentes, baja escolaridad y no blancas. Casi el 20% de las madres de niños con sífilis congénita no tuvieron consultas prenatales, siete veces más que la población general. Además, se observó la calidad insuficiente del diagnóstico, manejo y tratamiento de la sífilis gestacional. El análisis del PMAQ-AB mostró insuficiente disponibilidad de insumos: un 27,3% para pruebas rápidas de sífilis, un 67,7% para penicilina benzatínica y en 86,7% para administración por el equipo de APS ¹¹.

La sífilis presenta una alta y creciente prevalencia en poblaciones vulnerables, particularmente hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo y personas privadas de libertad, con diferencias entre regiones ^{3,4}. Las dimensiones de vulnerabilidad en la sífilis también son reconocidas por la mayor proporción de la enfermedad en mujeres, sobre todo pardas/negras ⁴. La prevalencia de al menos una ETS en mujeres quilombolas se estimó en un 18,5% (sífilis, 4,3%), en contextos con bajo nivel educativo y limitado acceso a servicios de salud ¹³.

La *Primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas* (casi 4.000 mujeres) mostró significativas desigualdades étnico-raciales. Hubo menor acceso a la atención prenatal en comparación con las mujeres no indígenas y con poblaciones con alta vulnerabilidad social y baja cobertura de atención a la salud (Amazonia Legal y Nordeste). Solo el 16% de las gestantes indígenas realizaron seis o más consultas prenatales, y al 57,6% de ellas se les solicitó pruebas para sífilis ¹⁴.

También se observó la desigualdad en el acceso a consultas prenatales y a la realización oportuna de exámenes para el diagnóstico de infección por VIH y sífilis. Contribuyen factores individuales relacionados con la educación de las gestantes, así como factores contextuales relacionados con el IDH-M y el índice de Gini ¹⁵.

Se registra la diferencia que se constató en la respuesta nacional a la transmisión vertical por el VIH con relación a la de *Treponema pallidum* ^{4,16,17}. La diferencia observada en las acciones de vigilancia y prevención, y en la atención prenatal y al niño expuesto recién nacido, demuestra una mejor calidad para el manejo del VIH, con diferencias regionales ¹⁶.

La tasa de detección de infección por VIH en gestantes en el 2010 fue de 2,1 casos/1.000 nacidos vivos y, en el 2020, de 2,7, con aumento en las regiones, sobre todo en el Norte y Nordeste. Sin embargo, la tasa de detección del sida en niños menores de cinco años, *proxy* para el monitoreo de la transmisión vertical del VIH, tuvo una reducción de casi el 70% en los 10 años analizados ¹⁷.

El atributo “longitudinalidad” del cuidado en la APS se debe reconocer como una dimensión en el SUS para el control de la sífilis. La constatación de la baja proporción de mujeres con realización de consulta puerperal limita encuentros significativos con los profesionales de salud, con repercusiones negativas en la salud actual y futura de mujeres y niños ¹⁸. También se incluye la distribución equitativa de los servicios de salud con miras a superar las restricciones a la universalización del acceso ^{5,6,9,13,14,15}.

Se reconoce la necesidad de avanzar en los debates sobre el control de la sífilis, y CSP ha buscado contribuir a lo largo de su trayectoria. Desde 1985, se han publicado alrededor de 40 artículos relacionados. El más reciente está presente en este número ¹⁹, titulado *Evaluación de una Gestión Apropriadada de Pacientes con Sífilis en la Atención Primaria en Diferentes Regiones de Brasil entre 2012 y 2018*, escrito por Mirelle de Oliveira Saes (Universidad Federal del Río Grande) et al., con evidencias consistentes ante la limitación de evidencias en el enfoque emprendido.

Además de los cambios en el contexto político-institucional y socioeconómico del país, el período de este estudio incluye la ampliación de la cobertura de la APS y diferentes iniciativas gubernamentales para calificar las acciones de control de la sífilis y otras ETS ^{4,7,9}, con un aumento en el número de casos de sífilis ⁴.

Se trata de una investigación epidemiológica basada en estimaciones nacionales de los cambios anuales en las dimensiones de la infraestructura y procesos de trabajo para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad. El análisis se basa en datos de la evaluación externa del PMAQ-AB, considerando los tres ciclos disponibles (2012, 2014, 2018) ¹⁹. Las variables contextuales incluyeron macrorregión, tamaño habitacional del municipio, IDH-M y cobertura de la Estrategia Salud de la Familia (ESF).

Impresiona el alcance, la progresiva adhesión de municipios y equipos de la APS y el potencial evaluativo posibilitado por el PMAQ-AB ¹⁹. El programa ha sido reconocido como una acción innovadora y de gran utilidad para inducir la mejora en la calidad de la APS en el SUS ^{19,20}.

A pesar del avance en el cambio porcentual en los parámetros de infraestructura adecuada y del proceso de trabajo adecuado, no alcanza las condiciones necesarias para el control de la sífilis. Se identificaron inequidades, con resultados más positivos en regiones más ricas, municipios con mayor IDH-M, mayor tamaño poblacional y menor cobertura de la ESF ¹⁹. Los hallazgos son relevantes, aunque no es posible establecer inferencias sobre la relación entre infraestructura adecuada y proceso de trabajo adecuados con atención y cuidado a personas con sífilis en la APS ^{19,20}.

La inclusión de datos del PMAQ-AB se ha emprendido en estudios que abordan diferentes temas, lo que permite integrar perspectivas y revelar problemas críticos en el SUS ²⁰. En un estudio sobre la disponibilidad de insumos para la planificación reproductiva, se constató un aumento del 1,5% al 10,9%, con peores resultados en la Región Norte. Mayores incrementos se verificaron en unidades de salud de municipios con menor IDH-M y que adhirieron a todos los ciclos ²¹. Otro estudio en el ámbito nacional, considerando los tres ciclos del PMAQ-AB desde la percepción de las mujeres usuarias, indicó que una oferta

ampliada y oportuna de atención prenatal en la red de APS no representa condición suficiente para garantizar un embarazo exitoso. Reiteró que la prevención de desenlaces desfavorables a la salud materno infantil requiere una atención adecuada, integral y longitudinal durante el embarazo, el parto y el puerperio ¹⁸.

La relación entre la cobertura de diagnóstico y el tratamiento de la sífilis en la APS y la incidencia de enfermedad gestacional y congénita también se evaluó en una encuesta del 2º ciclo del PMAQ-AB. La administración de penicilina y la realización de pruebas rápidas en los municipios alcanzaron proporciones del 41,9% y el 67,1%, respectivamente, con diferencias regionales. La incidencia de sífilis gestacional fue mayor en los municipios con mayor oferta de pruebas rápidas, lo que indica mayor capacidad de detección. Por otra parte, los municipios con reducción de la transmisión vertical de *T. pallidum* presentaron una mayor oferta de pruebas rápidas y aplicación de penicilina benzatínica ²².

A pesar de su relevancia ampliamente documentada, el PMAQ-AB fue discontinuado por el gobierno federal a principios del 2019, y fue reemplazado por el programa *Previne Brasil*. Desde el 2020, este cambio ha implicado un retroceso en el proceso de financiación y evaluación de la APS ^{6,7,19}.

Los desafíos son amplios y requieren investigaciones y un amplio compromiso en la defensa del SUS. La Salud Colectiva, como campo científico y movimiento, tiene un papel relevante en la generación de evidencias, no solo por la Epidemiología, perspectiva principal del artículo destacado, sino también de las Ciencias Sociales y Humanas y de la Política, Gestión y Planificación en Salud.

Un documento reciente de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco) ²³ analiza la situación actual del SUS en el contexto de la COVID-19, con propuestas establecidas. Tiene como objetivo dar luz a una mayor reflexión, además de proporcionar datos para construir agendas basadas en la ciencia y en el fortalecimiento del SUS. Entre las propuestas, se incluyen: asegurar la financiación regular y suficiente para las necesidades de salud de la población, adaptar el modelo de atención a las necesidades, fortalecer y consolidar el carácter público del SUS, ampliar la integración política, organizacional y operativa en el SUS, mejorar la gestión del SUS de forma democrática y participativa, garantizar la ocupación de cargos directivos con base técnica, implantar una política de personal integrada para el SUS y apoyar una política de ciencia, tecnología e innovación en salud ²³.

Por lo tanto, lograr el control de la sífilis en Brasil requiere, necesariamente, seguir firmes en los caminos para *fortalecer el SUS, en defensa de la democracia y de la vida*.

Información adicional

ORCID: Alberto Novaes Ramos Jr. (0000-0001-7982-1757).

1. World Health Organization. Seventy-fourth World Health Assembly – #WHA74. <https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-fourth-world-health-assembly> (accedido el Abr/2022).
2. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016-2021: actions for impact. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1348210/retrieve> (accedido el Abr/2022).
3. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Agenda estratégica para redução da sífilis no Brasil, 2020-2021. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_reducao_sifilis_2020_2021.pdf (accedido el Abr/2022).
4. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2021; (número especial). <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021>.
5. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2019; 43:137-44.
6. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00164621.
7. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbock DCDN, Menezes MLB. Brazilian protocol for sexually transmitted infections, 2020: congenital syphilis and child exposed to syphilis. *Rev Soc Bras Med Trop* 2021; 54:e2020597.
8. Grumach AS, Matida LH, Heukelbach J, Coelho HLL, Ramos Júnior AN. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19:120-7.
9. Araujo RS, Souza ASS, Braga JU. Who was affected by the shortage of penicillin for syphilis in Rio de Janeiro, 2013-2017? *Rev Saúde Pública* 2020; 54:109.
10. Domingues CSB, Lannoy LH, Saraceni V, Cunha ARCD, Pereira GFM. Brazilian protocol for sexually transmitted infections 2020: epidemiological surveillance. *Rev Soc Bras Med Trop* 2021; 54:e2020549.
11. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARCD, Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saúde Pública* 2019; 36:e00057219.
12. Tomasi E, de Assis TM, Muller PG, da Silveira DS, Neves RG, Fantinel E, et al. Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: what can (and should) improve? *PLoS One* 2022; 17:e0262217.
13. Dias JA, Luciano TV, Santos MCLFS, Musso C, Zandonade E, Spano LC, et al. Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres afrodescendentes de comunidades quilombolas no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00174919.
14. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do *Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas*. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00181318.
15. Freitas CHSM, Forte FDS, Galvão MHR, Coelho AA, Roncalli AG, Dias SMF. Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00170918.
16. Ramos Jr. AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 3:S370-8.
17. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – HIV/Aids 2021; (número especial). <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>.

18. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin ÉB. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00103221.
19. Saes MO, Duro SMS, Gonçalves CS, Tomasi E, Facchini LA. Assessment of the appropriate management of syphilis patients in primary health care in different regions of Brazil from 2012 to 2018. *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00231921.
20. Uchôa SAC, Martiniano CS, Queiroz AAR, Bay Júnior OG, Nascimento WG, Diniz ÍVA, et al. Inovação e utilidade: avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate* 2018; 42:100-13.
21. Ruivo ACO, Facchini LA, Tomasi E, Wachs LS, Fassa AG. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00123220.
22. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. 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:e00074519.
23. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. <https://www.abrasco.org.br/site/categorias-interna/outras-publicacoes/fortalecer-o-sus-em-defesa-da-democracia-e-da-vida/53604/> (accedido el Abr/2022).

Recibido el 13/Abr/2022
Aprobado el 14/Abr/2022