

## SÍFILIS CONGÊNITA E SUA INCIDÊNCIA EM CAJAZEIRAS-PB: REFLEXO A CERCA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Maria Aparecida nascimento da Silva<sup>1</sup>; Larissa Clementino de Moura<sup>2</sup>; Sávio Benvindo Ferreira<sup>3</sup>

1 – Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: [mariahns13@gmail.com](mailto:mariahns13@gmail.com)

2 – Universidade Federam de Campina Grande. E-mail: [larissa1001.lm@gmail.com](mailto:larissa1001.lm@gmail.com)

3 – Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: [saviobenvindo@gmail.com](mailto:saviobenvindo@gmail.com)

**RESUMO:** A sífilis se configura como uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), mas também pode ser transmitida transversalmente por via transplacentária, onde vai infectar o embrião e/ou feto ocasionando abortos ou sequelas aos Recém Nascidos (RN). Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa iniciativa, foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos. Diante disso, o presente trabalho objetivou determinar a incidência de sífilis gestacional e o número de recém-nascidos portadores de sífilis congênita, analisando os dados obtidos com a finalidade de traçar estratégias e ações ao enfrentamento da doença. Para esta pesquisa, foram utilizados dados oriundos da Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras – PB.. e do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2009-2015, quando disponíveis. Observou-se que o número de casos da doença voltou a crescer nos últimos anos, apresentando-se acima da média estadual e nacional. Verificou-se também um aumento dos tratamento das mães diagnosticadas com sífilis no ano de 2013, bem como do acompanhamento das grávidas no pré-natal.

### INTRODUÇÃO

A sífilis se configura como uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), mas também pode ser transmitida transversalmente por via transplacentária, onde vai infectar o embrião e/ou feto ocasionando abortos ou sequelas aos Recém Nascidos (RN). Datada desde o século XV, apresenta diagnóstico e tratamento simples, contudo atualmente ainda se mostra uma

doença de alta prevalência, pelo fato de ter uma amplitude geográfica mundial.

O agente etiológico da sífilis é o *Treponema pallidum*, uma bactéria gram negativa, a qual se mostra suscetível a penicilina, fármaco que vem desde década de 1940 sendo utilizado para o combate deste agente, por melhor responder no enfrentamento do mesmo. A mudança de hábitos sociais como o uso de entorpecentes e outras drogas lícitas como álcool, além da relação sexual

desprotegida, movimento de migração com destino aos grandes centros urbanos, promovem, na década de 1980, uma gigantesca incidência na qual foi possível registrar mais de 12 milhões de novos casos, com destaque para os países em subdesenvolvidos. (FERNANDES et al, 2007, p.157)

Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o projeto de eliminação da sífilis congênita, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa iniciativa, foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2007).

Para isso, o órgão preconiza uma série de rotinas diagnósticas e protocolos de atendimento a serem observados no seguimento de crianças nascidas de mães que tiveram diagnóstico de sífilis na gestação, parto ou puerpério. O procedimento a ser adotado baseia-se em quatro aspectos: diagnóstico e adequação do tratamento para sífilis, evidência clínica, laboratorial e radiográfica da sífilis no recém-nascido e comparação da titulação do teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) materno com o teste do concepto na ocasião do parto (Ministério da Saúde, 2005).

Nesse sentido, a Secretaria do Estado da Saúde (2008, p. 768), coloca que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 542, de 22/12/86 estabelece, a partir desse momento, a sífilis congênita como uma doença de notificação compulsória. Com isso, foi possível observar entre os anos de 1998 a 2007 o número alarmante de casos registrados, aonde os dados indicam 41.249 casos confirmados de sífilis congênita em crianças menores de um ano. Desse total a região Sudeste foi a que mais apresentou uma forte incidência, registrando 49,7% dos casos, ou seja, 20.496 casos, seguida pela região Nordeste, com um índice de 28,9% (11.905 casos), a região Norte, apresentou 7,5% (3.102 casos), a Centro-Oeste 7,3%, totalizando 3.000 casos e a região Sul, 6,7%, ou seja, 2.746 casos. (Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP. 2008, p.768).

Estes dados dão ênfase à importância de se discutir, assim como, traçar estratégias/ações ao enfrentamento da Sífilis, sobretudo da sua forma congênita, pois, de acordo com Fernandes et al, (2007), a sífilis congênita pode ser transmitida da mãe, soro positiva de sífilis primária ou secundária não tratadas – ou tratadas inadequadamente –, ao embrião/feto em qualquer estágio gestacional.

Desta forma, a qualidade da assistência à gestação e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros (CAMPOS, 2010).

Em estágios avançados da doença pode haver comprometimento de órgãos internos, tais como coração, fígado e até mesmo do Sistema nervoso central. Assim, é preconizado que instituições de saúde (públicas e privadas) realizem testes rápidos de detecção de sífilis principalmente em gestantes, na objetiva de diagnosticar precocemente a mãe portadora da doença e evitar ou diminuir os danos provocados pela doença no bebê.

Neste contexto, o presente trabalho objetivou determinar a incidência de sífilis gestacional e o número de recém-nascidos portadores de sífilis congênita, analisando os dados obtidos com a finalidade de traçar estratégias e ações ao enfrentamento da doença.

## **METODOLOGIA**

Para esta pesquisa, foram utilizados dados oriundos da Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras – PB e do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), onde foram

levantados os dados acerca do número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita em Recém-Nascidos (RN's) do município acima citado no período de 2010-2015, quando disponíveis.

## **RESULTADOS**

Diante da análise realizada dos dados obtidos, verificamos que o número de casos de sífilis congênita a cada 1.000 nascidos vivos na cidade de Cajazeiras está bastante elevada, quando comparamos com o número de casos na Paraíba e a média nacional.

Observamos que, em 2010, as taxas de incidência da doença eram similares no município, no estado e no país: 2,3, 2,48 e 2,42, respectivamente. Nos anos seguintes, 2011 e 2012, observamos um aumento do índice no estado, 2,88 e 3,75, assim como a média nacional, 3,23 e 3,9. Já em Cajazeiras, essa taxa mais que triplicou em 2011, elevando para 7,96 casos/1000 nascidos vivos, e em 2012 mais que quadruplicou, chegando a uma taxa de 9,87, mais que o dobro da média estadual e nacional.

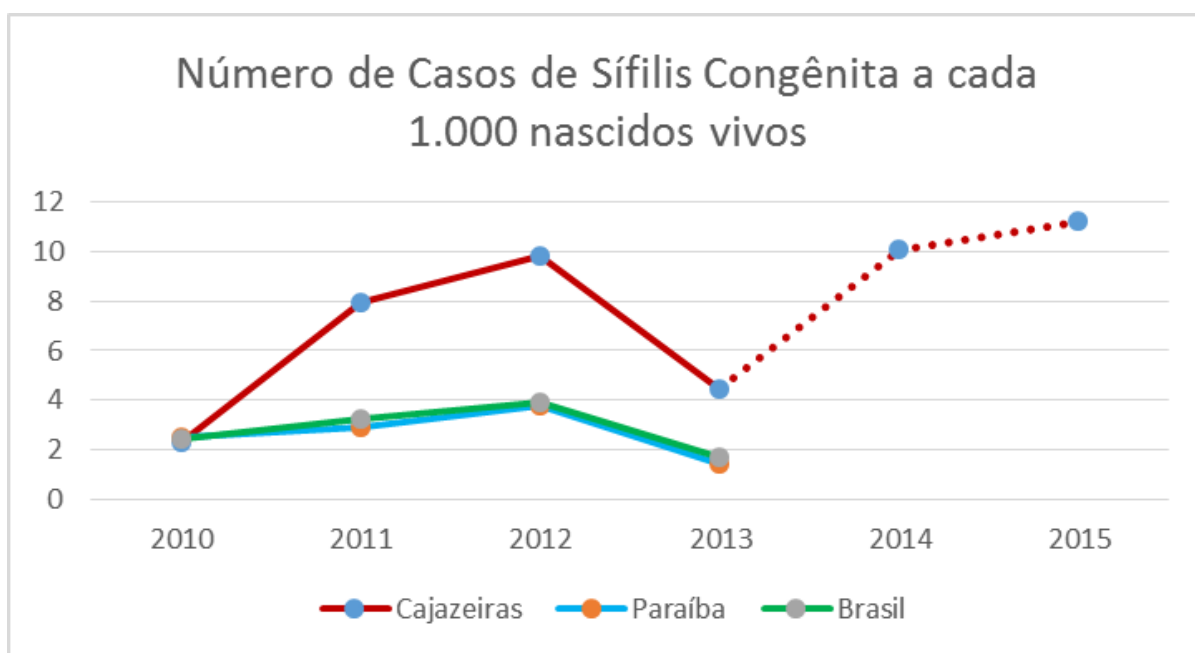
Em 2013, as taxas diminuíram tanto a nível municipal e estadual como também nacionalmente, chegando aos valores de 4,48, 1,42 e 1,68, respectivamente. Infelizmente, a taxa no município estudado continua mais que duas vezes maior que a média nacional.

Essa diminuição dos casos se deve a diversos fatores. A realização do pré-natal

entre as mães diagnosticadas com sífilis aumentou, chegando a igualar com o número de casos onde o acompanhamento foi ignorado. Apesar do ideal é que todas as gestantes realizem o pré-natal, o aumento do acompanhamento dessas gestantes, contribuiu para a diminuição dos casos no município.

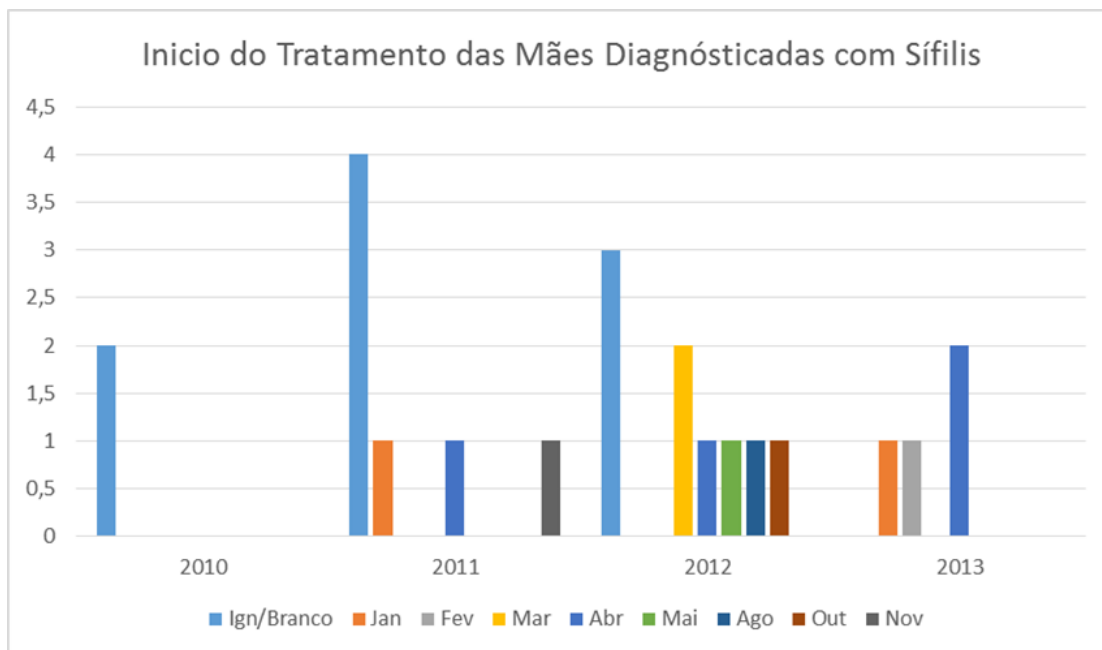
O acompanhamento desde a gestação faz com que o tratamento possa ser realizado com mais antecedência, aumentando a eficácia e diminuindo os casos de sífilis congênita, como foi evidenciado.

natimorto/aborto por sífilis em cajazeiras. De acordo com a classificação da sífilis congênita no município, observou uma redução dos casos de natimorto/aborto por sífilis, chegando a zerar os casos em 2013, coincidindo com aumento do pré-natal no período.

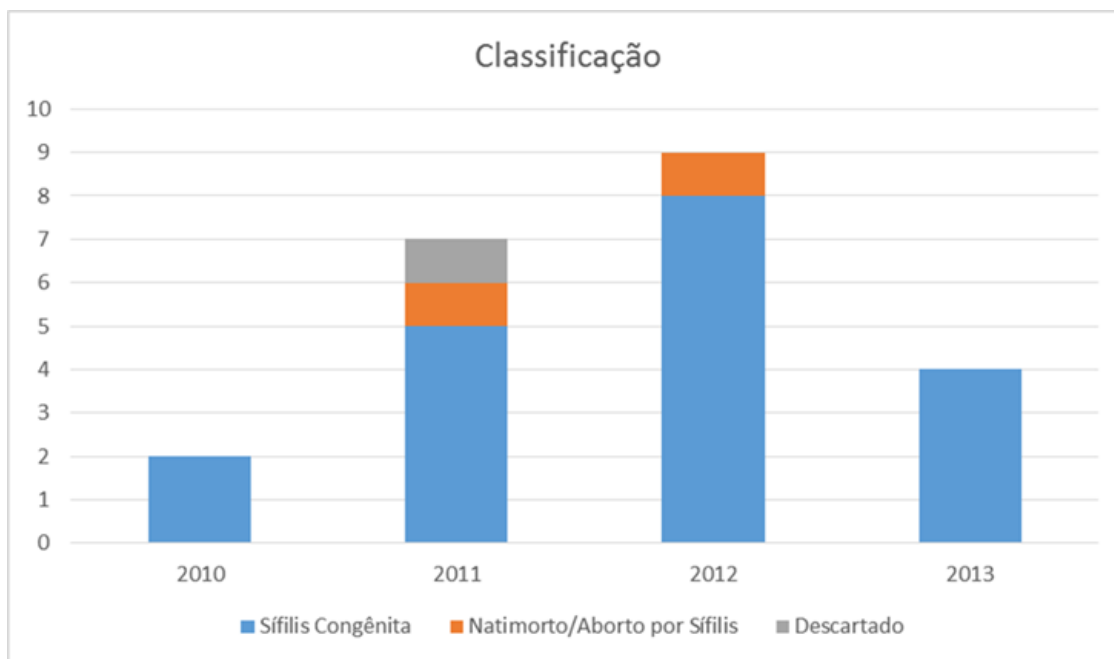


**Gráfico 1 – Casos de sífilis congênita no município de Cajazeiras, no estado da Paraíba e no Brasil, a cada 1.000 nascidos vivos, no período 2010 a 2013. Fonte: DATASUS**

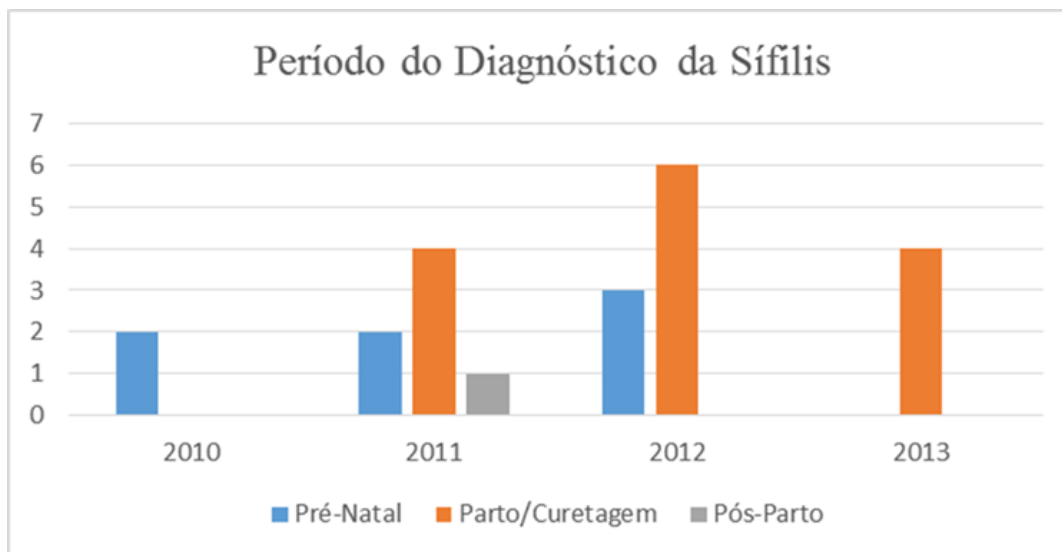
Ocorreu um aumento do tratamento pelas mães em 2013, onde o número de casos onde o tratamento foi ignorado pelas mães foi zero. Esses fatores refletiram nos casos de



**Gráfico 2** – Período de Tratamento em que as Mães diagnosticadas com Sífilis foram tratadas. Fonte: DATASUS



**Gráfico 3** – Classificação do Diagnóstico de Sífilis Congênita. Fonte: DATASUS



**Gráfico 4 – Fase onde ocorreu o Diagnóstico da Sífilis. Fonte: DATASUS**

No entanto, nos anos de 2014 e 2015, o número de casos de sífilis totais foram de 9 e 10 casos, respectivamente. Apesar de não estar disponíveis o número de nascidos vivos dos últimos dois anos, projeta-se que os números voltaram a aumentar vertiginosamente a um nível superior do registrado nos anos em que ocorreram o pico de casos da doença, 2011 e 2012.

O avanço da sífilis congênita vai contra a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que é de chegar a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos, o que gera bastante preocupação a saúde pública.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a sífilis congênita no município de Cajazeiras não está sob controle, uma vez que vem se mantendo em patamares altos, mesmo com o conhecimento das medidas que poderiam reduzir esta incidência ou praticamente eliminar a doença na região, necessitando de medidas e ações públicas efetivas para reverter o quadro que se encontra atualmente.

## REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):111-26. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002)>.  
Acesso em 11 de maio de 2016.

CAMPOS ALA, ARAÚJO MAL, MELO SP, GONÇALVES MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Brasil: um agravo sem controle. **Cad Saúde Pública** 2010; 26:1747-56.

FERNANDES, R. C. S.C. et al. ANÁLISE DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS, RJ. DST – J bras **Doenças Sex Transm** 2007; 19(3-4): 157-161 – ISSN: 0103-4065. Disponível em: < <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/7.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2016.

SÃO PAULO (ESTADO). Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev Saúde Pública** 2008;42(4):768-72. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2016.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.