



INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NA PARAÍBA E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO PRÉ-NATAL

Jefferson Marlon de Medeiros Pereira Maciel⁽¹⁾; Anna Caroline Domingos Lima⁽²⁾; Marlla Hellen do Nascimento Araújo⁽³⁾; Luiz Jardelino de Lacerda Neto⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Aluno do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras – UFCG/CFP. jeffersonmmpmaciel@hotmail.com

⁽²⁾ Aluna do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras – UFCG/CFP. annacarolinedomingoslima@gmail.com

⁽³⁾ Aluna do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras – UFCG/CFP. marllahellen@gmail.com

⁽⁴⁾ Professor e coordenador do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras – UFCG/CFP. luijardelino@gmail.com

RESUMO

A sífilis congênita é considerada um importante problema de saúde pública, que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças. A infecção pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença, oferecendo o risco de provocar abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos, que podem evoluir com complicações graves caso não tratados. Por tais motivos, desde 1986, a sífilis congênita foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória na tentativa de facilitar e ampliar o diagnóstico, além de garantir o tratamento adequado. Este trabalho objetiva avaliar a incidência da sífilis congênita na Paraíba entre os anos de 2007 e 2013, ao descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita e verificar a realização do pré-natal e do tratamento dos seus parceiros. Trata-se de estudo documental, de natureza descritiva, realizado em abril de 2016 a partir do banco de dados disponível no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (DATASUS), que contém as informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Dos 819 casos elegíveis para o estudo, encontrou-se uma taxa anual média de incidência de sífilis congênita de 1,99 casos por 1000 nascidos vivos, o que representa duas vezes a meta preconizada pelo Ministério da Saúde. Se evidenciou um alto percentual de informações ignoradas (superior a 10,0%) para as seguintes variáveis: raça/cor das crianças (11,60%); escolaridade das gestantes (20,88%); e tratamento dos parceiros (20,03%). A maior prevalência de sífilis foi estimada em mulheres de pouca escolaridade e baixa renda. Adotando a incidência de sífilis congênita como um indicador de qualidade do controle pré-natal, nota-se que esta não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita e o alcance da meta de incidência da doença.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Vigilância Epidemiológica, Cuidado Pré-Natal, Saúde Materno-Infantil.



INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, tendo o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório (PAES; RIVEROS, 2006). Sua transmissão se dá de forma sexual, sendo assim classificada como uma DST, ou vertical, atingindo todas as camadas sociais, mas com maior ocorrência em indivíduos com comportamento sexual de risco, coinfeção por HIV, gravidez na adolescência e acesso limitado aos cuidados de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A sífilis gestacional e a sífilis congênita estabelecem uma relação dependente, que dará origem aos dados epidemiológicos, onde o primeiro caso se mostra um fator de risco para o desenvolvimento clínico do outro. A sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças (VALDERRAMA et al., 2004).

A sua transmissão, resultado da disseminação hematopatogênica, ocorre por via transplacentária da gestante infectada pelo *T. pallidum* e não tratada ou inadequadamente tratada para o recém-nascido. Além desse risco, a contaminação também pode acontecer durante ou após o parto, através do canal vaginal que apresente lesões genitais, ou ainda pela amamentação em decorrência de lesões mamárias. Dentre as doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, e reduzindo-se para 30% nas fases latente e terciária da infecção materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A infecção pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença, oferecendo o risco de provocar abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos, que podem evoluir com complicações graves caso não tratados (SARACENI, 2005). Por tais motivos, desde 1986, a sífilis congênita foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória na tentativa de facilitar e ampliar o diagnóstico, além de garantir o tratamento adequado realizado de acordo com normas técnicas do Ministério da Saúde (MILANEZ; AMARAL, 2008).

O Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 1993, 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, 2006).

O Ministério da Saúde preconiza, também, 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. A conduta a ser adotada 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. À exceção dos recém-nascidos assintomáticos, com VDRL não reagente e nascidos de mães adequadamente tratadas, todos os demais recém-nascidos com diagnóstico materno de sífilis devem ser submetidos aos procedimentos de rastreamento na maternidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O número de casos de sífilis congênita é expressivo. Na população geral estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis no mundo e que pelo menos meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita da doença. (NORONHA et al., 2006). No Brasil, em 2005, foram notificados e investigados 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Destes casos, 78% das mães haviam realizado pré-natal e dessas, 56% tiveram o diagnóstico da sífilis durante a gravidez. Entretanto, apenas 13,3% tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente. (SECRETARIA DE ESTADO DE SÃO PAULO, 2008). Desconsiderando o número significativo de casos subnotificados e diante dos dados em análise, pode-se inferir que a problemática da sífilis congênita está intimamente relacionada ao acesso e à baixa qualidade do pré-natal e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde têm dado ao diagnóstico e ao tratamento adequado da sífilis, principalmente na gravidez.

Em face ao exposto, este estudo tem por objetivo avaliar a taxa de notificação de sífilis congênita no Estado da Paraíba entre os anos 2007 e 2013 de acordo com a base de dados do Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN), bem como descrever o perfil epidemiológico e o controle pré-natal voltado para a doença das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal e documental, com abordagem quantitativa,



realizado pela coleta de dados disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). A população de estudo constituiu-se de todos os casos de sífilis congênita notificados e investigados ocorridos em filhos de mães assistidas pela Secretaria de Saúde Pública da Paraíba no período de 2007 a 2013, que totalizou 819 casos.

A coleta de dados foi realizada em abril de 2016 tomando como variáveis investigadas o número de casos de sífilis congênita notificados ano a ano, idade, escolaridade, realização do pré-natal e do tratamento das gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita e a realização do tratamento de seus parceiros.

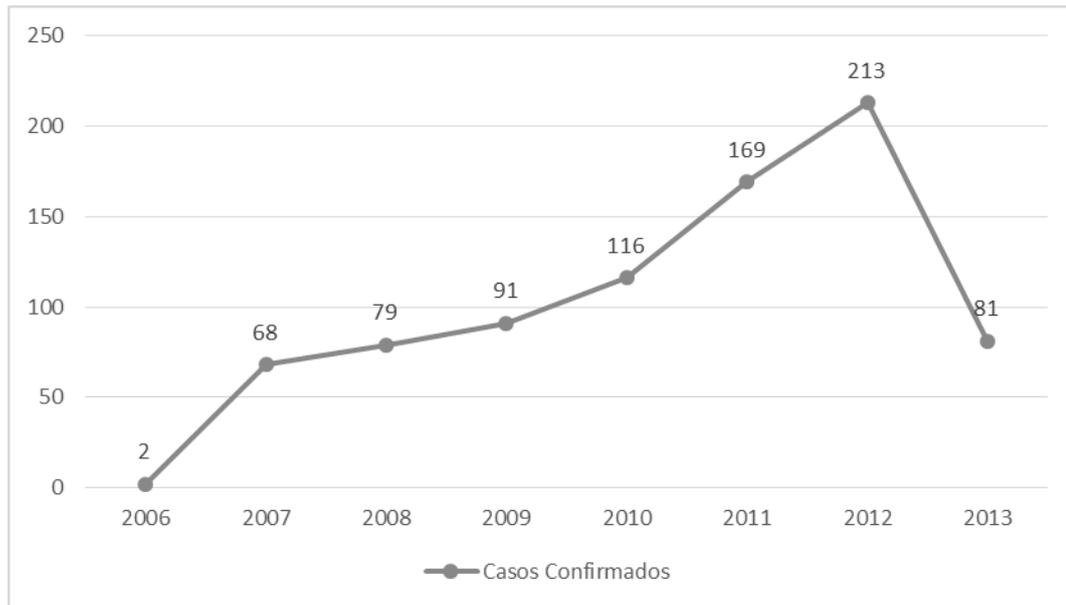
Como parâmetro de inclusão no levantamento, define-se como caso de sífilis congênita toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente para sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizado durante o pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os dados estão apresentados em tabelas e expressos em frequências absolutas e relativas. Para uma análise mais específica foram calculadas as taxas de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos na Paraíba no mesmo período estudado, a partir dos dados disponibilizados no DATASUS.

RESULTADOS

No período de 2007 a 2013 foram confirmados 819 casos de sífilis congênita no Estado do Paraíba, com maior incidência no ano de 2012, no qual foram notificados 213 novos casos (Figura 1). A taxa anual média de incidência da SC no período em estudo foi de 1,99 casos por mil nascidos vivos, variando de 1,14/1000 (2007) a 3,75/1000 (2012).

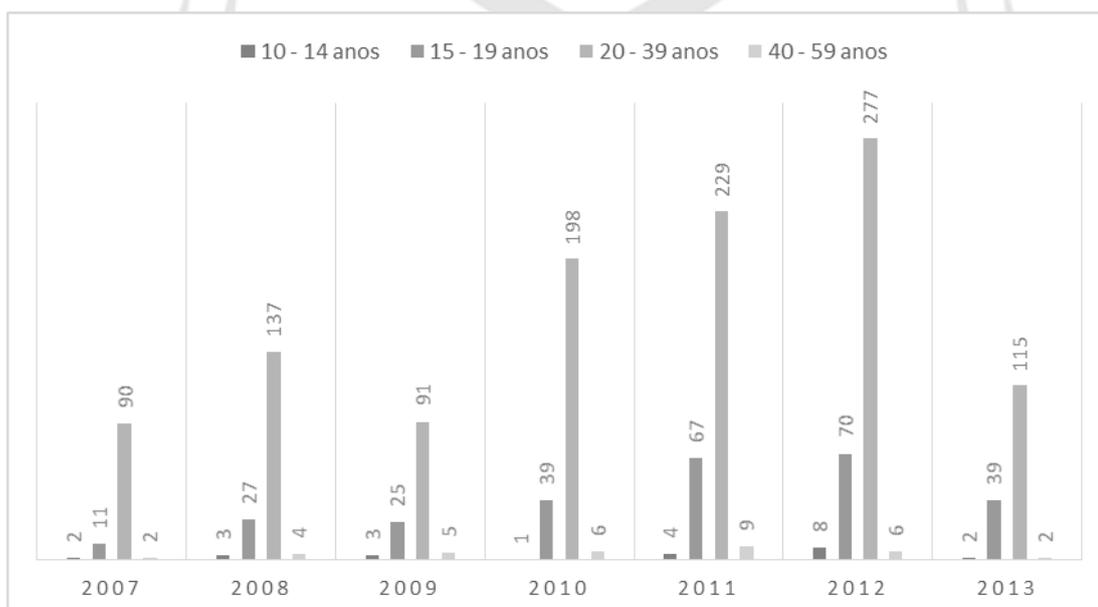
Figura 1 – Evolução dos Casos Confirmados de Sífilis Congênita segundo Ano de Diagnóstico – Paraíba, 2007 a 2013.



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

Em relação à idade das gestantes com sífilis, a faixa etária variou de 10 a 59 anos, sendo que a maioria da população estudada tinha entre 20 e 39 anos (n=1.081; 76,34%). Observou-se uma porcentagem relativamente significativa de mães com sífilis na adolescência, correspondendo a 278 (19,63%) mulheres (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição do número de mulheres com diagnóstico de sífilis materna, segundo a idade – Paraíba, 2007 a 2013.



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

Mais da metade da população investigada (n=437; 53,38%) não tinha a 4ª série do



Ensino Fundamental completa. Destaca-se nesse parâmetro da escolaridade o subregistro expressivo, com 171 (20,88%) casos ignorados (Tabela 1).

Em relação à assistência ao pré-natal (Tabela 1), observa-se que 81,32% das mulheres realizaram pré-natal. A frequência ao pré-natal mostrou-se ascendente até o ano de 2012, com valores absolutos sempre superiores ao número de casos de pré-natal ignorado ou não realizado. Não obstante, em apenas 37,48% dos casos o diagnóstico da sífilis congênita foi realizado durante a gravidez. Associando a isto o tratamento incompleto se fez presente, onde apenas 175 mulheres tiveram seus parceiros tratados. Além disso, o número de parceiros não tratados superou o número de parceiros tratados em todos os anos investigados.

Tabela 1 - Distribuição das características da assistência no pré-natal e ao parto dos casos de sífilis congênita na Paraíba, 2007 a 2013.

| Características da assistência pré-natal e ao parto | N | % |
|---|-----|-------|
| Escolaridade da mãe | | |
| Analfabeto | 25 | 3,05 |
| Ensino fundamental incompleto | 437 | 53,38 |
| Ensino fundamental completo | 54 | 6,60 |
| Ensino médio incompleto | 66 | 8,05 |
| Ensino médio completo | 57 | 6,96 |
| Ensino superior | 4 | 0,49 |
| Ignorado | 171 | 20,88 |
| Realizou pré-natal | | |
| Sim | 666 | 81,32 |
| Não | 119 | 14,53 |
| Ignorado | 34 | 4,15 |
| Transmissão | | |
| Durante o pré-natal | 307 | 37,48 |
| No parto/curetagem | 340 | 41,52 |
| Após o parto | 137 | 16,73 |
| Ignorado | 35 | 4,27 |
| Tratamento do parceiro | | |



| | | |
|----------|-----|-------|
| Sim | 175 | 21,37 |
| Não | 480 | 58,60 |
| Ignorado | 164 | 20,03 |

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

Quanto ao sexo dos casos, o feminino (50,18%) tem uma pequena vantagem. A maioria dos neonatos são pardos (n=562; 68,62%), e tiveram o diagnóstico da sífilis congênita até o sexto dia de nascido (95, 97%). Ocorreram vinte e três óbitos ou abortos por sífilis congênita na Paraíba: três em 2007; um em 2009 e 2010; cinco em 2011; onze em 2012; e dois em 2013 (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características demográficas, assistencial e diagnósticas relativas aos casos notificados de sífilis congênita na Paraíba, 2007 a 2013.

| Características dos casos confirmados de sífilis congênita | N | % |
|--|-----|-------|
| Sexo | | |
| Masculino | 369 | 45,05 |
| Feminino | 411 | 50,18 |
| Ignorado | 39 | 4,77 |
| Raça/cor | | |
| Branca | 143 | 17,46 |
| Preta | 16 | 1,95 |
| Amarela | 2 | 0,25 |
| Parta | 562 | 68,62 |
| Indígena | 1 | 0,12 |
| Ignorado | 95 | 11,60 |
| Idade ao diagnóstico | | |
| Até 6 dias | 786 | 95,97 |
| 7 – 27 dias | 11 | 1,34 |
| 28 – <1 ano | 15 | 1,82 |
| 1 ano (12 a 23 meses) | 2 | 0,25 |
| 2 – 4 anos | 1 | 0,12 |
| 5 – 12 anos | 4 | 0,50 |



| Evolução | | |
|------------------------------|-----|-------|
| Vivo | 711 | 86,81 |
| Óbito pelo agravo notificado | 23 | 2,80 |
| Óbito por outra causa | 21 | 2,56 |
| Ignorado | 64 | 7,83 |

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

DISCURSÃO

O aumento, ano a ano, no número de casos de sífilis congênita notificados na Paraíba demonstra a importância de ações efetivas voltadas a seu controle, bem como de educação em saúde para a população, visto tratar-se de uma doença totalmente evitável, desde que haja um diagnóstico precoce e seja estabelecido tratamento adequado para a gestante infectada e seus parceiros. Não obstante, esse aumento também pode representar melhoria nas notificações de casos ao longo dos anos, atribuída a avanços da vigilância epidemiológica e à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo.

O número ascendente de pré-natal realizado durante os anos, associado a uma elevação paralela no número de casos de sífilis congênita, encontrados nesse estudo é corroborado pelo trabalho de Campos et al. (2010). Observou-se que os percentuais referentes à realização do pré-natal mantiveram-se ascendentes, no entanto, aquém do que o Ministério da Saúde recomenda. A assistência pré-natal deve acolher a mulher desde o início da gravidez de forma qualificada e humanizada, realizar no mínimo seis consultas com intervenções oportunas e a ofertar exames laboratoriais básicos, com destaque para o VDRL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e a intervenção precoce. Dentre as mulheres que realizam as consultas de pré-natal e que possuem sorologia positiva para sífilis, existem as que não retornam para pegar os resultados dos exames, as que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez. Uma oportunidade extra para o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante é no



momento do parto, uma vez que cerca de 95% dos partos no Brasil ocorrem no ambiente hospitalar. Porém, vale salientar que muitas maternidades não oferecem como rotina o VDRL por ocasião do internamento para resolução do parto, voltando bebê e mãe para a comunidade com a possibilidade do agravo.

O acometimento da sífilis congênita em crianças nascidas de mães pertencentes a todas as idades reprodutivas demonstra, primeiramente, a prática do sexo desprotegido independente da faixa etária. Em consonância, a maior concentração de notificação de casos entre as mulheres de 20 a 39 anos se justifica pelo fato de ser este o auge da fase reprodutiva, o que implica em um maior número de gestações nessa faixa etária, resultado que corrobora estudos realizados em outras capitais brasileiras (XIMENES et al., 2008). Outro aspecto relevante é o elevado número de casos de sífilis entre gestantes adolescentes, situação que confirma a iniciação sexual precoce e desprotegida, remetendo à necessidade de educação e incentivo as práticas sexuais seguras.

Os dados referentes à escolaridade evidenciaram maior prevalência de mulheres com baixo nível instrucional. Porém, nesse quesito, o que mais chamaram a atenção foram o elevado subregistro dessa informação, que correspondeu a 20,88% dos casos, e a ocorrência de mães com 12 ou mais anos de escolaridade transmitindo o treponema durante a gravidez, uma vez que o esperado é que essa população tenha conhecimentos mínimos acerca das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e suas formas de prevenção, além da importância da realização de um pré-natal com qualidade.

O tratamento deve ser realizado durante a gestação, e é adequado quando feito com a penicilina G benzatina na dosagem total e na quantidade de aplicação segundo o estadiamento da infecção, devendo incluir também o tratamento do parceiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O elevado número de parceiros que não receberam tratamento adequado para sífilis encontrado no presente estudo evidencia a negligência dos serviços de saúde, haja visto a possibilidade de reexposição da gestante ao treponema, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical.

Destaca-se que é comum a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde, o que se deve ao seu atendimento pautado no enfoque materno-infantil e a preferência daqueles por serviços que respondam com maior rapidez a suas demandas de saúde, como farmácias e prontos-socorros. Por isso, recomenda-se a abordagem interdisciplinar das famílias, com a atuação dos profissionais de saúde nessa reestruturação.



CONCLUSÕES

Tendo em vista a simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, esta é considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal. No entanto, na prática, a assistência pré-natal encontra-se defasada, pois os profissionais de saúde não estão priorizando a sífilis congênita como um problema de saúde pública e as medidas de prevenção estão sendo ignoradas. Vale destacar também que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, enquanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005.

CAMPOS A.L.A.; ARAÚJO M.A.L.; MELO S.P.; GONÇALVES M.L.C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, 2010.

MILANEZ H.; AMARAL E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, 2008.

NORONHA A.C.C.; ISRAEL M.S.; ALMEIDA D.C.F.; MOREIRA G.M.; LOURENÇO S.Q.C.; DIAS E.P. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, 2006.

PAEZ M.; RIVEROS M.I.R. Situação epidemiológica da sífilis materna e congênita no setor público em todo país, Paraguai (200-2004). **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro, 2006

SARACENI V.; GUIMARÃES M.H.F.S.; THEME M.M.; LEAL M.C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo, 2005.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2008.

VALDERRAMA J.; ZACARÍAS F.; MAZIN R. Sífilis materna y sífilis congênita en América Latina: un problema grave de solución



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

sencilla. **Revista Panamericana de Salud Pública.** Chile, 2004.

XIMENES I. P. E.; MOURA E.R.F.; FREITAS G.L.; OLIVEIRA N. C. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** Fortaleza, 2008.

