

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA NA CIDADE DE SÃO LUÍS – MARANHÃO

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE CITY OF SÃO LUÍS- MARANHÃO

LAURANEY FERREIRA LEAL¹, NÁDIA ISABEL MELO TAVARES^{1*}, RAYANNE CHRISTINE SILVA SANTOS¹, DINAURA MARAMALDO CRUZ²

1. Acadêmico do curso de Biomedicina do Centro Universitário Estácio de São Luís; 2. Docente do curso de Biomedicina do Centro Universitário Estácio de São Luís

Rua do Aririzal, 97, bairro Cohama – São Luís, Maranhão - Brasil. CEP: 65067-197. nadiaisabel.ni71@gmail.com

Recebido em 14/04/2021. Aceito para publicação em xx/xx/2021

RESUMO

Introdução: A Sífilis congênita (SC) resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o seu conceito, por via transplacentária. **Objetivo:** analisar os aspectos epidemiológicos da SC na cidade de São Luís - MA entre 2009 e 2019. **Material e Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem descritiva, retrospectiva e quantitativa, com dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. **Resultados:** foram registrados 1162 casos de SC em menores de um ano de idade, com destaque ao ano de 2018 que apresentou 224 casos notificados com taxa de incidência de 9,3/1000 habitantes. A faixa etária predominante foi de 0 a 7 dias com média de 100 casos/ano percentual. Em mais da metade do período analisado (2009-2015) o diagnóstico materno foi realizado durante parto/curetagem (26%) e 89% dos diagnósticos foram feitos recentemente com evolução favorável (91%/vivos). Embora, seja uma doença de fácil prevenção, com tratamento disponibilizado pelo SUS e medicamento de baixo custo, ainda é considerado um problema de saúde pública. **Conclusão:** Os dados epidemiológicos estão bem acima do que aqueles preconizados pela OMS e os maiores casos de sífilis congênita foram diagnosticados em crianças de 0 a 7 dias de vida, em mães que em mais da metade do período estudado só foram diagnosticadas na hora do parto/curetagem, mas, com a maioria das crianças sendo diagnosticadas na fase recente e evoluindo positivamente. A demanda de muitas notificações por ano, porém, destaca-se ainda a baixa adesão ao tratamento adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita, perfil epidemiológico, pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: Congenital syphilis (SC) results from the hematogenous spread of *Treponema pallidum* from the infected pregnant woman to its concept, via transplacental route. **Objective:** to analyze the epidemiological aspects of the city of São Luís - MA between 2009 and 2019. **Material and Methods:** this is an epidemiological study with a descriptive, retrospective and quantitative approach, with data

collected in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) of the Ministry of Health. **Results:** 1162 cases of SC were registered in children under one year of age, with emphasis on the year 2018, which presented 224 cases with an incidence rate of 9.3 / 1000 inhabitants. The predominant age group was 0 to 7 days with an average of 100 cases / percentage year. In more than half of the analyzed period (2009-2015) the maternal diagnosis was made during delivery / curettage (26%) and 89% of the diagnoses were made recently with favorable evolution (91% / alive). Although it is an easily preventable disease, with treatment provided by SUS and low-cost medication, it is still considered a public health problem. **Conclusion:** The epidemiological data are well above those recommended by the WHO and the highest cases of congenital syphilis were diagnosed in children aged 0 to 7 days, in mothers who were diagnosed in more than half of the study period / curettage, but with most children being diagnosed in the recent stage and evolving positively. The demand for many notifications per year, however, highlights the low adherence to adequate treatment.

KEYWORDS: Congenital syphilis, epidemiological profile, prenatal care.

1. INTRODUÇÃO

A disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, tem como resultado a sífilis congênita (SC). Sabe-se que a transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. (BRASIL, 2006)

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano. Geralmente apresenta várias manifestações clínicas e diferentes a possibilidade de transmissão é mais comum nos estágios

primários. (BRASIL, 2017a). O agente etiológico responsável pela infecção, o *Treponema pallidum*, é uma bactéria gram-negativa, do grupo das espiroquetas, que tem forma espiral, com cerca de 5-20µm de comprimento e 0,1 a 0,2 µm de espessura. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

A sífilis congênita (SC) pode ser transmitida por uma gestante portadora de sífilis anterior à gravidez ou pela infecção contraída durante a mesma. A contaminação do feto tem como principais consequências abortamento espontâneo, óbito fetal, parto prematuro, morte neonatal em 40% dos conceptos infectados e também o nascimento de crianças portadoras da própria doença, onde 50% delas nascem assintomáticas. Outra possibilidade de infecção, é no contato direto do recém-nascido (RN) com lesões genitais no canal de parto. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; COSTA et al., 2010)

As características clínicas variam conforme a classificação da doença que pode ser precoce (antes dos dois anos de vida) e tardia (depois dos dois anos de vida). A sífilis congênita precoce apresenta: lesões cutaneomucosas, como placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais, condilomas planos ano-genitais e hepatoesplenomegalia como os principais sinais apresentados, ocorrendo em cerca de 70% dos casos. Enquanto isso, lesões ósseas, manifestadas por periostite e osteocondrite (ex. pseudo-paralisia de Parrot); lesões do sistema nervoso central (ex. convulsões, meningite); lesões do aparelho respiratório (pneumonia alba) e rinite sanguinolenta surgem em uma minoria dos casos. Já na SC tardia, os danos são irreversíveis, tendo destaque a fronte olímpica, palato em ogiva, rágades periorais, tibia em sabre, dentes de Hutchinson e molares em formato de amora, e nos casos mais comuns surdez, ceratite e retardo mental. (SONDA et al., 2013)

Os principais métodos diagnósticos ainda são os testes sorológicos não-treponêmicos (VDLR, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). Recomenda-se também o exame de líquido a todos os RN enquadrados no caso e radiografia dos ossos longos para aqueles suspeitos com quadro assintomático. (BRASIL, 2005)

A SC tornou-se uma doença de notificação compulsória, para fins de vigilância epidemiológica, por meio da portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986 e ainda hoje configura-se como um desafio de saúde pública, mesmo sendo uma doença de fácil prevenção, é tido como evento-sentinelas para monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS) pois sua ocorrência sugere falhas no funcionamento de atenção básica. (ARAÚJO et al., 2011; BRASIL, 2005)

De acordo com o Manual de bolso das Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita (2006, p.27), a definição de caso de sífilis em gestantes para fins de vigilância epidemiológica “trata-se de gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmicos positivo ou não realizado” reforçando a sífilis em gestantes na lista de agravos e notificação compulsória desde a portaria nº 33 de 14 de julho de

2005, destacando como objetivo:

“Controlar a transmissão vertical do Treponema pallidum; acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle. (BRASIL, 2006, p.27)”

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) mundialmente pelo menos 1,5 milhão de mulheres grávidas são infectadas por ano. De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) só em 2016 havia em torno de 661 mil casos de SC no mundo, onde houve mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais registrados. (SOUZA; BENITO, 2016; OPAS, 2019)

No Maranhão foram registrados 5284 casos no período citado acima (1998-2019), ficando em quarto lugar na classificação geral da região Nordeste – classificado atrás dos estados Pernambuco, Ceará e Bahia, respectivamente – sendo o terceiro com mais números de óbitos, com um total de 108 casos por 1000 nascidos vivos. E dentre todos os registros do estado, a capital São Luís detém o maior número de notificações. (BRASIL, 2019)

O controle da infecção permanece como um grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica. Muitas mulheres ainda são infectadas pela bactéria devido à falta de informação, acesso limitado aos cuidados de saúde (não realização do pré-natal), baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, gravidez na adolescência, história de nati-mortalidade, o não tratamento do parceiro infectado, existência de pessoas infectadas pela bactéria, porém assintomáticas, falta do uso de preservativo, uso de drogas, liberdade sexual, entre outras. (PIRES et al., 2014)

A SC mesmo sendo uma doença passível de prevenção ainda se destaca uma taxa de incidência elevada, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil com destaque nas regiões Norte e Nordeste (MOURA, 2019). Ressaltando a preocupação com tais índices, torna-se necessário um conhecimento local dos aspectos epidemiológicos para melhor monitoramento do crescimento de tal doença.

Dessa forma, essa pesquisa tem por objetivo analisar os aspectos epidemiológicos da SC na cidade de São Luís - MA entre 2009 e 2019 com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde visando elucidar dúvidas sobre números de casos e/ou possíveis causas para o crescimento dos últimos anos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de abordagem descritiva, retrospectiva e quantitativa, com dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, notificados entre os anos 2009 e 2019.

A amostragem constituiu-se de todos os casos com

notificação para sífilis congênita, no período analisado, sendo incluso número de crianças menores de um ano, abortos e natimortos. Os dados foram tabulados na planilha eletrônica Microsoft Office Excel e posteriormente, realizou-se a elaboração de Gráficos e Tabelas no Microsoft Word com cálculo de tendência média.

A incidência da SC foi calculada através dos dados coletados no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) em relação aos dados de casos do SINAN. O cálculo feito foi pela seguinte fórmula:

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Número de casos de SC por ano} \times 1000}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

Dados do Boletim Epidemiológico de outubro de 2019, registram que no Brasil do período de 1998 a junho de 2019 foram notificados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos e Notificação) 214.891 casos de SC em menores de um ano de idade, dos quais eram residentes da Região Sudeste 95.353 (44,4%), 64.991 (30,2%) no Nordeste, 24.343 (11,3%) no Sul, 18.119 (

Foram consideradas as seguintes variáveis: número de casos por ano, momento do diagnóstico da sífilis

materna (Durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto, não realizado e ignorado) casos segundo o diagnóstico final (recente, tardia, aborto e natimortos), faixa etária da criança (0 a 7 dias, 7 a 27 dias, 28 a 364 dias e 1 ano) e evolução da sífilis congênita (vivo, óbito por agravo, óbito por outra causa e ignorado/branco). Por se tratar de dados de domínio público retirados do sistema TABNET/DATASUS, este estudo não precisou de submissão ao comitê de ética pois não foram divulgados dados pessoais, seguindo em conformidade com as normas da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os dados do SINAN/DATASUS –MS/BR, entre 2009 e 2019, em São Luís foram registradas um total de 1162 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, com maior registro no ano de 2018 com 224 casos, seguidos dos anos 2015 com 165 casos e 2017 com 152 casos, tendo em 2019 apenas 76 registros (Figura 1).

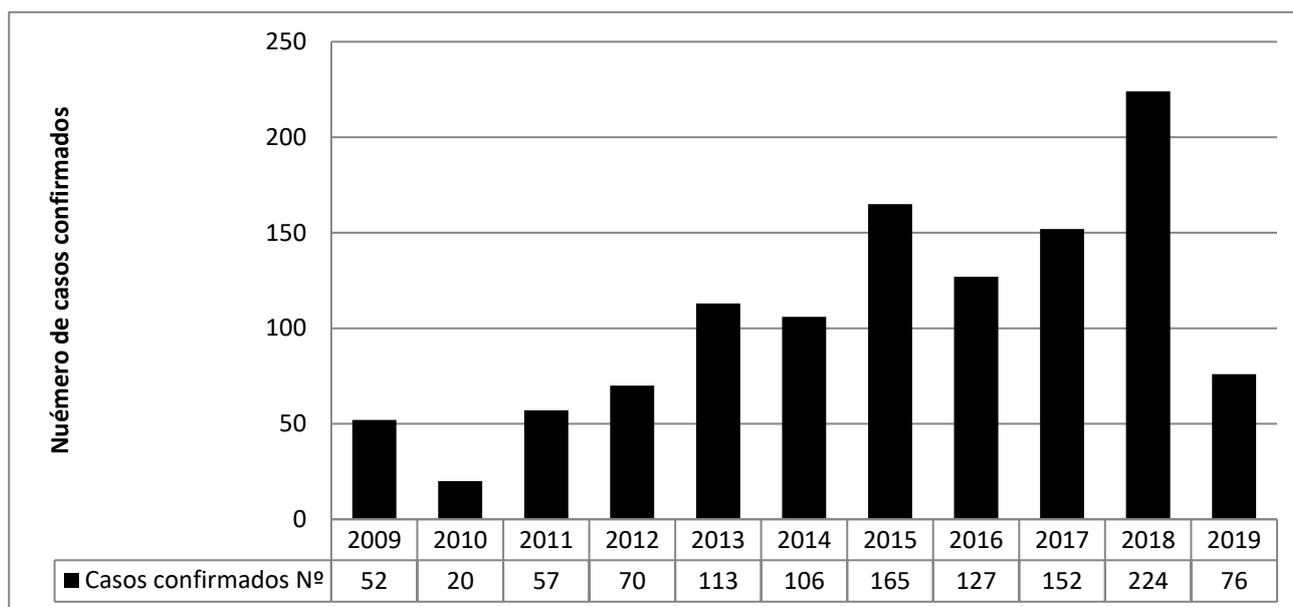


Figura 1: Casos confirmados de sífilis congênita em menos de um ano de idade por ano de diagnóstico na cidade de São Luís, no período de 2009 a 2019.

Fonte: Do autor, segundo o SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação TABNET /DATASUS – MS/BR Saúde, 2020.

Dados do Boletim Epidemiológico de outubro de 2019, registram que no Brasil do período de 1998 a junho de 2019 foram notificados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos e Notificação) 214.891 casos de SC em menores de um ano de idade, dos quais eram residentes da Região Sudeste 95.353 (44,4%), 64.991 (30,2%) no Nordeste, 24.343 (11,3%) no Sul, 18.119 (8,5%) no Norte e 11.979 (5,6%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2019).

Esses dados apresentados pelo Brasil, vem tendo aumento progressivo desde 2010, chegando a uma

média de 9,0 casos/ 1000 nascidos vivos. Na região Nordeste, o crescimento em 2018 apresentou a segunda maior taxa do país, 9,6 casos/1000 nascidos vivos, ficando acima da média nacional, destacando o Maranhão, como a segunda Unidade federativa (UF) que mais apresentou aumento nas taxas de incidência, 97,2%, nos anos de 2017 e 2018. (BRASIL, 2019)

Os resultados da taxa de incidência de SC em São Luís – Ma, revelaram no período de 2009 a 2019, taxas de 0,8% (2010), 5,1% (2014), 5,6% (2016) e 3,2%, (2019), entretanto 2017 e 2018 apresentaram

respectivamente incidência de 6,7 e 9,3; conforme a figura 2, a média entre esses resultados foi de 4,6 %, um número bem alto em relação a taxa de referência preconizada pela Organização Pan-Americana de

Saúde (OPAS) até o ano de 2015, que era diminuir a incidência a pelo menos 0,5 casos por 1000 nascidos vivos (incluindo natimortos) (OPAS, 2014).

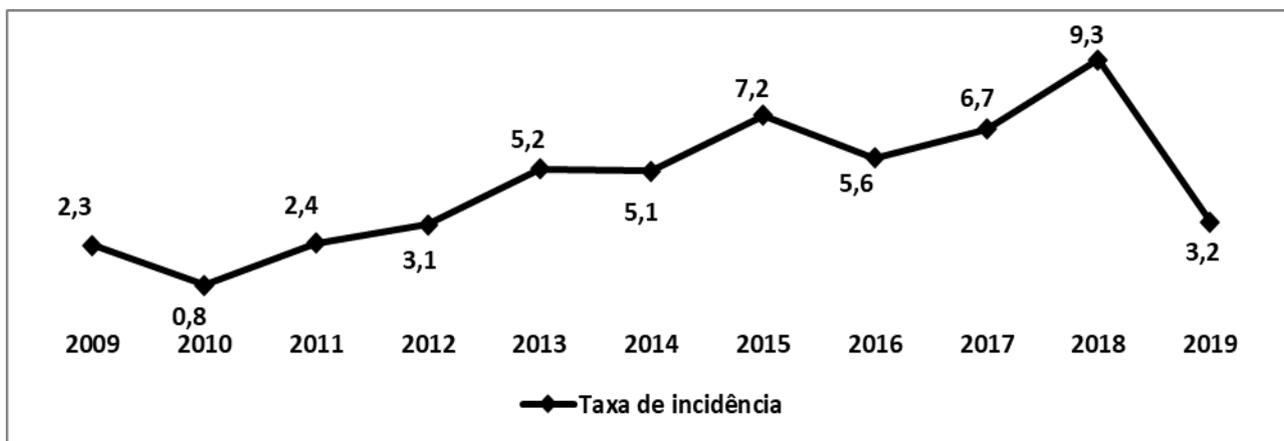


Figura 2: Taxa de incidência em relação ao número de nascidos vivos na cidade de São Luís – Ma, no período de 2009 a 2019.
Fonte: Do autor, segundo o SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação TABNET /DATASUS – MS/BR Saúde, 2020.

Segundo Guimarães et al., (2018) no estado do Maranhão, no período de 2009 a 2013, São Luís era o município que detinha o maior número de casos do estado, 23% em relação aos demais municípios, onde o mesmo ainda pressupõe que essa taxa elevada justificasse pelo fato de a cidade ter uma grande densidade demográfica (1320 habitantes/km²) demandando maior atenção por parte de seus gestores e profissionais na área da saúde no momento de divulgação de informações acerca da doença e distribuição de medidas preventivas.

Por outro lado, Motta et al., (2018) atribui o crescimento dos casos em parte ao aumento de cobertura de testagem e disponibilização dos testes rápidos das Unidades básicas de Saúde (UBS).

Em todos os anos analisados, a faixa etária de casos de sífilis congênita de 0 a 7 dias, apresentou tendência média de 100 casos diagnosticado por ano percentual; 2018 destaca-se com 216 casos e mantendo – se 2019 em média dos anos de 2009 a 2012 (figura 3).

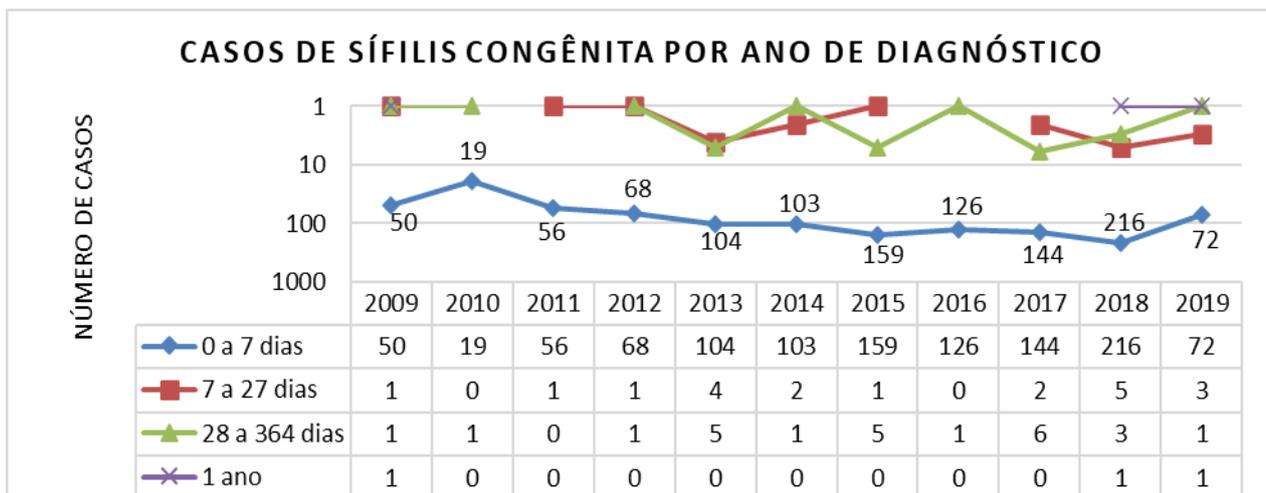


Figura 3: Número de casos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico na cidade de São Luís – Ma, no período de 2009 a 2019.
Fonte: Do autor, segundo o SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação TABNET /DATASUS – MS/BR Saúde, 2020.

Na tabela 1 são demonstrados casos quanto ao momento do diagnóstico e evolução da doença. Observou-se que no momento do diagnóstico da sífilis materna, entre 2009 e 2015, 26% dos casos foram detectados na hora do parto/curetagem e 12% durante pré-natal. Já nos últimos 4 anos (2016 a 2019), 31% dos

casos foram durante pré-natal e só 9,8% durante parto/curetagem, e dentre todos os anos, 5,6% foram diagnosticados após o parto e 15% não realizado/ignorado. Quanto a evolução dos casos diagnosticados nesse período de tempo, mesmo com 1,3% do total evoluírem para óbito pelo agravo

notificado, 1% para óbito por outra causa, e 5,8% registrados como ignorados e brancos, a maior

porcentagem ainda evoluiu positivamente, 91,7% foram registrados como vivos.

Tabela 1 - Número de casos segundo momento do diagnóstico e evolução da doença em São Luís – Ma, no período de 2009 a 2019.

Ano	MOMENTO DO DIAGNÓSTICO					EVOLUÇÃO DA DOENÇA			
	Pré-Natal	Durante o parto/curetagem	Após o parto	Não realizado	Ignorado	Vivo	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa	Ignorado/branco
2009	35,8%	58,5	5,7%	0	0	100%	-	-	-
2010	35%	50%	15%	0	0	95%	5%	-	-
2011	26,3%	66,7%	7%	0	0	87,5%	7,1%	5,3%	-
2012	12,7%	84,5%	1,4%	0	1,4%	96%	1,3%	1,3%	1,3%
2013	33,6%	54%	4,4%	1,8%	6,2%	96,6%	0,8%	0,8%	1,6%
2014	13,2%	35,8%	6,6%	1,9%	42,5%	66,3%	-	1,02%	32,6%
2015	23,6%	40,6%	6,7%	1,2%	27,9%	84,2%	1,8%	2,5%	11,3%
2016	44,8%	34,6%	9,4%	0,8%	10,2%	95,2%	1,5%	-	3,1%
2017	56,9%	22,9%	5,9%	0,7%	13,7%	97,4%	1,2%	-	1,2%
2018	70,7%	11,1%	4,4%	2,2%	11,6%	98,4%	-	0,5%	1%
2019	79,2%	14,3%	1,3%	0%	5,2%	-	-	-	-

Fonte: Do autor, segundo o SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação TABNET /DATASUS – MS/BR Saúde, 2020.

Preocupados com o número de diagnóstico que ainda tinha um grande percentual durante o parto/curetagem, o Ministério da Saúde em 2016, lançou uma campanha de combate a sífilis congênita que visava conscientizar os casais por todo o Brasil a realizarem o pré-natal e concomitantemente, os testes obrigatórios. Ao abrir o site do MS, frases como “Julia fez o teste de sífilis logo no início do pré-natal. Fabio também.” chamavam atenção para a leitura da matéria completa que continha todas as informações sobre a sífilis materna e congênita e o porquê de ser essencial o acompanhamento materno. Além de serem disponibilizados panfletos, banners, selo e o link de um filme feito, para que as pessoas não somente lessem sobre o assunto, mas ajudassem a divulgar as informações. (BRASIL, 2016a).

Os testes diagnósticos para Sífilis encontram-se divididos em duas categorias, os diretos com visualização do parasita, e os imunológicos através da detecção dos anticorpos, estes porém classificam-se como testes não treponêmicos e detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos do *T. pallidum* e os testes treponêmicos, por sua vez, detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum* (BRASIL, 2016b).

Se algum dos exames feitos der positivo, o tratamento tanto da gestante quanto do parceiro deve ter início imediato. Segundo Nota técnica que altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, em gestantes e congênita, aprovada em setembro de 2017 pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e Hepatites Virais o tratamento adequado é feito com penicilina benzatina, que é capaz de atravessar a barreira transplacentária e tratar mãe e feto ao mesmo tempo, com dose padrão de 2.400 UI administrados via intramuscular (IM), e deve ser iniciado até 30 dias antes do parto. (BRASIL, 2017;

MOREIRA et al., 2017; BASTOS NETO; SOUZA; SANTOS, 2020). No Maranhão, segundo Guimarães et al., (2018) testes rápidos para sífilis estão sendo mais bem distribuídos nas UBS, em um esforço contínuo no combate a sífilis na gestante e concomitantemente, da Sífilis congênita. Por isso, a real forma de se alcançar esse objetivo é com o esforço e conscientização de todos para melhores resultados no decorrer dos próximos anos.

O boletim epidemiológico de 2019 sobre sífilis, demonstra que o percentual de desfechos desfavoráveis vem reduzindo a nível nacional, e mesmo o ano de 2018, que demonstrou ter sido um ano de muitas notificações em todo o Brasil, de 26.308 casos, 88,6% das crianças com SC estavam vivas e só 11,4% apresentaram desfechos desfavoráveis. (BRASIL, 2019)

Branco et al., (2020) em sua pesquisa no estado do Acre no período de 2009 a 2018 mostrou que a grande maioria das mães, 42,1%, foram diagnosticadas no momento do parto ou durante a curetagem e somente 41,3% na realização do pré-natal. Já Monteiro et al., (2019) identificou no município de Estância, Sergipe, que entre 2015 e 2018 a prevalência na cidade foram de mulheres diagnosticadas durante o pré-natal, com uma porcentagem de 66,1%, enquanto 28,2% foram durante parto/curetagem.

Tais dados apresentam semelhança em relação aos resultados desta pesquisa, mostrando que até o ano de 2018 ainda existia uma certa dificuldade no diagnóstico durante a fase de pré-natal, mesmo com a comparação de resultados de todo um estado ao de meras cidades, ressaltando mais ainda o quanto o acesso a informações é falho.

O Ministério da Saúde por meio da portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, instituiu no âmbito do Sistema único de saúde (SUS), a Rede cegonha que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o

direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A partir desta mesma portaria o acesso a realização de pré-natal é garantida a toda mulher que procurar o SUS e todos os exames devem ser feitos e repassados à paciente em tempo oportuno, principalmente em casos de risco comprovado na gravidez (BRASIL, 2011). Mesmo com direito garantido, a teórica baixa de diagnósticos nessa fase dá-se muitas vezes por falta de informação ou simples falhas na assistência primária, que é a possível causa de tais dados nessas pesquisas, as falhas em relação a realização do pré-natal, um processo indispensável para diagnosticar a sífilis na gestante e assim poder começar o tratamento de forma correta. (MONTEIRO et al., 2019).

O diagnóstico da SC pode dar-se precoce ou tardiamente, o diagnóstico precoce pode acontecer até o 2º ano de vida e ainda é um processo um tanto complexo. Mais da metade das crianças que nascem, são assintomáticas ou suas manifestações clínicas podem ser discretas ou pouco específicos, além de não existir uma avaliação complementar para melhor precisão de diagnóstico. A sífilis tardia surge depois do segundo ano de vida e deve ser avaliado juntando aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, além de considerar a possibilidade da exposição da criança a bactéria por via sexual. (BRASIL, 2006)

Na Tabela 2, demonstra-se que aproximadamente 89% dos casos totais do período estudado tiveram diagnóstico recente, apenas 0,2% foram diagnosticadas tardiamente, 1 caso de aborto no ano de 2016 e um pouco mais de 21 casos, 1,8% nasceram mortos.

Tabela 2 - Número de casos segundo diagnóstico final da doença em São Luís – Ma, no período de 2009 a 2019.

Ano	Diagnóstico final N (%)				Total
	Recente	Tardia	Aborto	Natimorto	
2009	50	1	0	2	53
2010	20	0	0	0	20
2011	56	0	0	1	57
2012	69	1	0	1	71
2013	110	0	0	3	113
2014	99	0	0	7	106
2015	161	0	0	4	165
2016	126	0	1	0	127
2017	151	1	0	1	152
2018	223	0	0	2	225
2019	93	0	0	0	93
					1182

Fonte: Do autor, segundo o SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação TABNET /DATASUS – MS/BR Saúde, 2020.

Embora a realização do diagnóstico final precoce ser de suma importância para tratamento e erradicação da SC, o quadro ainda demonstra muitas notificações por ano. No ano de 2016 o Ministério da saúde deu início a elaboração de uma agenda de ações estratégicas para redução de sífilis congênita no Brasil, que foi finalizado em outubro de 2017 e estabelecia o melhoramento da atenção à saúde para prevenção, tratamento e vigilância da sífilis, que deveria entrar em vigor no mesmo ano e agir nos 2 anos posteriores (2018/2019), porém, os dados desta pesquisa mostraram que o ano de 2018 foi o de maior número de notificações e diagnósticos registrados no período. Com a queda de número de casos no ano seguinte, torna-se evidente a necessidade do acompanhamento de dados para se determinar o impacto real de ações como esta. (BRASIL, 2017b)

Alguns autores citam a subnotificação como explicação para baixo números de casos que apesar de a SC ser uma doença de notificação compulsória é difícil ter real noção de sua demanda. Saraceni et al., (2017), Bastos Neto, Souza e Santos (2020) e Conceição et al., (2020) afirmam que a vigilância dos dados é realmente necessária para uma avaliação local da doença e reconhecer a enfermidade como problema de saúde

pública, por isso a coleta de dados confiáveis é afetada pela questão da subnotificação principalmente se tratando de dados secundários.

Conceição et al., (2020), Oliveira Júnior et al., (2020), Monteiro et al., (2019), Bastos Neto, Souza e Santos (2020) e Mota et al., (2020) que fizeram pesquisas recentes sobre a mesma temática, destacam que as maiores dificuldades de se erradicar a SC no país é a falha da assistência pré-natal, que interfere no diagnóstico, no tratamento e no melhoramento da vida das crianças infectadas.

Os mesmos autores ainda enfatizam, que para uma melhor eficácia no controle e detecção da sífilis congênita medidas mais efetivas precisam ser corretamente aplicadas, além de melhor capacitação e atualização para os profissionais de saúde no manejo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) uma vez que o precoce diagnóstico e tratamento aliviam as futuras complicações da SC para o bebê. (CONCEIÇÃO et al., 2020; OLIVEIRA JUNIOR et al., 2020; MONTEIRO et al., 2019; BASTOS NETO; SOUZA; SANTOS, 2020; MOTA et al., 2020)

A prevenção da SC é realizada pelo pré-natal, e suas ações preventivas estão ligadas ao fato do

acompanhamento da gestante e os cuidados tomados durante as consultas de pré-natal, com a realização de testes sorológicos, tratamento apropriado da infecção diagnosticada o mais precoce possível tanto na gestante quanto no seu parceiro (MARASCHIN et al., 2019). A alta na taxa de incidência pode ser relacionada a não realização dos testes diagnósticos em relação a mãe e ainda, da não aceitação e comparecimento do parceiro e uma vez não tratados, podem voltar a infectar suas parceiras. (FAREVO et al., 2019)

Em São Luís, 75,8% de gestantes realizaram tratamento inadequado entre 2009/2019, demonstrando com isso, a dificuldade que as gestantes ainda têm de aceitação, busca e repasse de informações sobre o riscos e consequências da sífilis na gestação, principalmente quando seus parceiros não aderem ao tratamento, muitas vezes por não aceitarem o fato de terem a doença, aumentando o risco de reinfecção da gestante e consequentemente o aumento da incidência da sífilis congênita. (COSTA et al., 2013; LAFETÁ et al., 2016; SINAN, 2020)

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde (2018):

“Evidências atuais estimam que, na ausência de tratamento eficaz, 25% das gestações das mulheres infectadas não tratadas adequadamente resultarão em abortos no segundo trimestre ou óbito fetal; 11%, em morte fetal a termo; 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RN que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (BRASIL, 2018, p.175).”

Não é de hoje que se tenta ajustar os pontos que podem reduzir os casos de SC no Brasil, em 2002 foi divulgado o programa de humanização do parto que enfatizava que para um bom acompanhamento da gestante e do seu concepto, deve ser realizado a primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gestação e no mínimo seis consultas de acompanhamento, após o parto realizar consulta do RN até quarenta e dois dias após o nascimento e realizar imprescindivelmente o teste de VDRL na gestante, um na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação. (BRASIL, 2002)

Em relação ao tratamento da criança com SC, se consideram dois momentos: período neonatal (até 28 dias de vida) e o período pós-natal (após 28 dias de vida). No período neonatal deve-se avaliar a situação clínica-laboratorial da mãe, porém quase sempre se usa penicilina cristalina na dose de 50.000UI/kg/dose. Nos período pós-natal, se o quadro clínico e imunológico for sugestivo, prosseguir com investigação mais apurada (exames radiológicos e líquido), só então se houver alterações é que se deve prosseguir com o tratamento (penicilina/procaína) (BRASIL, 2015).

4. CONCLUSÃO

Em São Luís, capital do estado do Maranhão, o crescimento de casos de SC tem se tornado visível ano após ano, com uma incidência média de 4,6/ano. Os dados epidemiológicos estão bem acima do que aqueles preconizados pela OMS e os maiores casos de sífilis congênita foram diagnosticados em crianças de 0 a 7 dias de vida, em mães que em mais da metade do período estudado só foram diagnosticadas na hora do parto/curetagem, mas, com a maioria das crianças sendo diagnosticadas na fase recente e evoluindo positivamente.

A demanda de muitas notificações por ano, porém destaca-se ainda a baixa adesão ao tratamento adequado. Convém aqui ressaltar, que apesar de a sífilis ser uma doença conhecida a séculos, com agente etiológico e forma de detecção bem definida, ainda é um grave problema de saúde pública se fazendo ainda bastante preocupante, mesmo com tratamento de baixo custo e com cobertura de todos os gastos pelo SUS.

Dessa forma, a necessidade de medidas preventivas mais eficazes, melhor assistência pré-natal, testagem para sífilis de forma correta com diagnóstico e tratamento adequados e eficientes para a mãe e parceiro, evitando assim casos de reinfecção, e melhor monitoramento dos dados para evitar subnotificações, tornam-se essenciais e urgentes quando o assunto é a erradicação da SC.

5. REFERÊNCIAS

- [1]ARAÚJO CL, SHMIZU HE, SOUSA AIA, et. al. Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.479-486, 2012. Disponível em:
- [3]BASTOS NETO, B. C.; SOUZA, I. M.; SANTOS, SOUZA, L. P. Análise temporal da incidência de Sífilis congênita no Brasil. **Arq. Med. Fac Cien Med**, São Paulo, 2020. Disponível em:
- [5]BRASIL. Ministério da Saúde. Combate à Sífilis Congênita. Portal do Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: [RRS-FESGO | Vol.04, n.1,pp.61-69 \(Jan – Jul 2021\) \(ISSN online: 2596-3457\)](https://portalquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/index.ht ml. Acesso em: 6 dez. 2020.</p>
</div>
<div data-bbox=)

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 27 nov. 2020.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 2 SEI de 19 de setembro de 2017. Altera os critérios de casos para notificação de Sífilis adquirida, Sífilis em gestantes e Sífilis congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em: 5 nov. 2020.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/rede-cegonha/>. Acesso em: 5 nov. 2020.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do parto humanização do pré-natal e nascimento. Secretária Executiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 2 de novembro de 2020. Acesso em: 12 nov. 2020.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, sífilis e Hepatites virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 5 nov. 2020.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>. Acesso em: 12 nov. 2020.

[12] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/pag_e/pc_transmissao_hiv_sifilis_hepatites_virais.pdf. Acesso em: 2 de novembro de 2020.

[13] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

[14] 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, DF: Ministério da Saúde;2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bo_lso.pdf. Acesso em: 3 out. 2020.

[15] BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>. Acesso em: 3 out. 2020.

[16] BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis-2>. Acesso em: 3 out. 2020.

[17] CONCEIÇÃO, W. M. et al. Casos notificados de sífilis congênita e seus impactos no sistema hospitalar em Salvador: 2010 – 2016. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n.5, p. 11659 – 11669, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16091>. Acesso em: 13 out. 2020.

[18] COSTA, M. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 767-785, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S036505962010000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 out. 2020.

[19] GUIMARÃES, T. A. et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.25, n.2, p.24-30, 2018. Disponível em: <http://www.cienciasdaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1023>. Acesso em: 2 out. 2020.

[20] MARASCHIN, M. S. et al. Sífilis materna e sífilis congênita notificados em um hospital de ensino. **Revista Nursing**, 2019; 22(257): 3209-3219. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026088>. Acesso: 20 nov. 2020.

[21] MONTEIRO, V. C. F. et al. Sífilis Congênita e seu perfil epidemiológico no município de Estância, Sergipe, do período de 2015 a 2018. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2; JORNADA DE ENFERMAGEM DA UNIT, 13. Aracajú, 2019. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/11686/4535>. Acesso: 22 out. 2020.

[22] MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 48949, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949>. Acesso: 6 out. 2020.

[23] MOTA, A. C. C. et al. Sífilis congênita no Pará: O panorama de uma década na região metropolitana de Belém. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8568-8580 jul./ago. 2020. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13426/11272>. Acesso em: 12 nov. 2020.

[24] MOURA, M. C. L. Sífilis Congênita no Piauí: Um agravo sem controle. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 26, n.3, p.29-35, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190504_114215.pdf. Acesso em: 3 out. 2020.

[25] OLIVEIRA JÚNIOR, W. V. et al. Investigação de Sífilis no município de Lagoa da Prata - MG: Análise da incidência de Sífilis congênita e efetividade do tratamento de gestantes portadoras de Sífilis. **Revista Conexão Ciência I** Vol. 15 I N° 2 I 2020. Disponível em: <https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/ojs/index.php/conexaociencia/article/view/1156>. Acesso em: 12 nov. 2020.

[26] OPAS - Pan American Health Organization. Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington: Pan American Health Organization; 2014. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6080/index.pdf?sequence=1>. Acesso em 12 nov. 2020.

[27] OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita. Brasília (DF); 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. Acesso em: 5 out. 2020.

[28] PIRES, A. C. S. et al. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de Transmissão da doença no Brasil da atualidade - revisão de literatura. **Revista Uningá**, Maringá, v. 19, n.1, p.58-64, 2014. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1522>. Acesso em: 12 nov. 2020.

[29] SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2017;41:e44. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44>. Acesso em: 12 out. 2020.

[30] SONDA, E. C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Rev Epidemiol Control Infect**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/228508345.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

[31] SOUZA, W. N.; BENITO, L. A. O. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 97-104, 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3811>. Acesso em: 12 nov. 2020.