CAPÍTULO 73

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

DOI 10.4322/978-65-995353-2-1.c73

Tamires Barbosa Bezerra¹, Thiáskara Ramile Caldas Leite², Josiliane Pâmela da Silva³, José Nairton Coelho da Silva⁴, Ewerton Pereira Lima⁵, Wellhington da Silva Mota⁶, Maria Nazaré Negreiros Uchôa⁷, Aline de Oliveira Caldeira⁸, Antonia Francielia de Aguiar Lima⁹, Aliciane Sobreira Lima¹⁰

¹ Universidade Regional do Cariri, (tbbtami@gmail.com)

² Faculdade de Juazeiro do Norte, (thiaskara@gmail.com)

³ Universidade Regional do Cariri, (josi-liane@hotmail.com)

⁴ Centro Universitário Dr Leão Sampaio, (nairton201515@yahoo.com.br)

⁵ Universidade Regional do Cariri, (ewrtonplima@gmail.com)

⁶ Universidade Regional do Cariri, (weliguatu@hotmail.com)

⁷ Universidade Regional do Cariri, (naza.uchoa@hotmail.com)

⁸ Universidade Regional do Cariri, (licaldeira89@gmail.com)

⁹ Faculdade Vale do Jaguaribe (francieli5@gmail.com)

¹⁰ Universidade Regional do Cariri, (aliciane.sobreira@hotmail.com)

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita na 18ª Região de Saúde do Ceará, de 2012 a 2016. **Método:** Pesquisa retrospectiva e descritiva com abordagem quantitativa e delineamento documental, realizada na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará. A população do estudo foi composta por todos os casos de sífilis congênita notificados de janeiro de 2012 a dezembro de 2016 nos dez municípios que compõem essa região de saúde. Os dados foram coletados de março a abril de 2017, através de um formulário baseado na ficha de notificação da doença. O tratamento e análise dos dados foram feitos com o *Software* SPSS 20.0 e expressos em tabelas de frequências absolutas e relativas. Foram atendidos os princípios éticos e legais da pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Foram incluídos no estudo, 24 casos notificados. As condições clínicas dos recém-nascidos apontaram que 75% nasceram assintomáticos; 83,3% tiveram VDRL reagente; 50% não realizaram teste confirmatório; 66,7% foram tratados com penicilina G procaína e 100% evoluíram vivos. **Conclusões:** É necessário que a assistência pré-natal seja realizada de maneira qualificada, a fim de concretizar as iniciativas e recomendações ministeriais voltadas ao comprometimento com a saúde materna e infantil.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Epidemiologia; Cuidado pré-natal.

Área Temática: Ciências da Saúde.

E-mail do autor principal: tbbtami@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É transmitida principalmente por meio do contato sexual, configurando a sífilis adquirida, que pode possuir uma classificação, dependendo dos sintomas e de seu estágio clínico (MELO; SANTOS, 2015).

A sua transmissão também pode ocorrer de forma vertical durante o período gravídico. Assim, aproximadamente 50% das gestantes infectadas que não recebem tratamento ou são inadequadamente tratadas podem transpassar a doença ao concepto (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A sífilis em gestantes pode causar graves consequências para o feto quando ocorre a transmissão vertical do *Treponema pallidum* através da placenta em qualquer fase da gestação, ocasionando a sífilis congênita, que é considerada o maior impacto para a saúde pública em virtude dos graves desfechos adversos que gera para a interface materna e infantil, tais como parto prematuro, óbito fetal e neonatal e infecções graves na criança acometida (ALMEIDA et al., 2015).

Para a diminuição desse agravo é determinante uma assistência pré-natal de qualidade, pois é o momento oportuno para a captação precoce e acompanhamento da gravidez, realização do diagnóstico e tratamento das gestantes infectadas e parcerias sexuais. O medicamento utilizado para o tratamento é a penicilina benzatina, que é custo-efetiva e fornecida às unidades de Atenção Primária à Saúde, para prevenção da transmissão da sífilis aos recém-nascidos (RN) (CARVALHO; BRITO, 2014).

Dessa forma, apesar da simplicidade diagnóstica e terapêutica, a sífilis congênita persiste como problema de saúde pública, revelando-se como um evento sentinela em que sua ocorrência indica fragilidade nos serviços de saúde, e por conta de sua gravidade, foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória do Brasil desde 1986 (ARAÚJO et al., 2012).

Frente ao número elevado de sífilis congênita no Ceará, questionou-se: qual o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita na 18ª Região de Saúde do Ceará, notificados no período de 2012 a 2016?

Embora a sífilis congênita venha assumindo um desafio de saúde pública, que gera graves sequelas para a saúde da criança, a mesma é uma doença evitável, com tratamento acessível, eficiente e de baixo custo e uma assistência pré-natal qualificada é capaz de identificar e controlar o seu surgimento.

Acredita-se que esta pesquisa aponta contribuições para a divulgação dos dados referentes ao cenário epidemiológico da sífilis congênita na 18ª Região de Saúde do Ceará e os desfechos dos casos nesse local, possibilitando conhecer se a sua incidência enquadra-se no padrão esperado para sua eliminação, informações estas de relevância científica e social, para a adoção de estratégias e ações voltadas para o controle desta adversidade.

2 MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de natureza retrospectiva e descritiva, com abordagem quantitativa e delineamento documental.

A pesquisa foi desenvolvida no departamento de vigilância epidemiológica da 18ª Região de Saúde do Ceará, órgão competente de representação da Secretaria Estadual de Saúde que está inserida na cidade de Iguatu/CE. A coleta dos dados ocorreu nos meses de março a abril de 2017.

A população do estudo foi composta por todos os casos de sífilis congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As informações que foram coletadas representam os casos ocorridos nos dez municípios que compõem a 18ª Região de Saúde do Ceará e são disponibilizadas pelo núcleo de vigilância epidemiológica dessa região.

Foram incluídos para compor o estudo somente os casos notificados de sífilis congênita no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016 e cujas fichas do SINAN estavam devidamente preenchidas de forma legível. Foram excluídas as fichas com informações incompletas.

Para a coleta dos dados, o instrumento utilizado foi um formulário, construído de acordo com as informações contidas nas fichas de notificação da sífilis congênita. As variáveis analisadas foram: número de casos notificados de sífilis congênita, diagnóstico clínico do recém-nascido, presença de sinais e sintomas, realização de testes não-treponêmicos e treponêmicos, esquema de tratamento e evolução do caso.

Os dados coletados foram organizados no *Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 20.0 e expressos por meio de tabelas de distribuição de frequências absolutas e relativas, e, em seguida confrontadas com os achados na literatura. Este estudo foi realizado cumprindo os preceitos éticos e legais durante todo o seu desenvolvimento, de

acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no qual foi necessária a assinatura do termo de anuência para a coleta de dados, e, obteve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Regional do Cariri, sob o número do parecer 2.218.480.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A **TABELA 1** apresenta a distribuição dos casos de acordo com o município de ocorrência e o ano de notificação.

TABELA 1– Distribuição dos casos de sífilis congênita na 18ª Região de Saúde do Ceará, de acordo com o município de ocorrência e o ano de notificação, de 2012 a 2016. Iguatu, 2017.

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	Frequência	%
Acopiara	0	0	0	1	3	4	16,7
Cariús	1	0	1	0	0	2	8,3
Catarina	0	0	0	0	0	0	0
Iguatu	0	0	0	5	6	11	45,8
Irapuan Pinheiro	2	1	0	0	0	3	12,5
Jucás	0	1	0	0	0	1	4,2
Mombaça	0	0	0	0	0	0	0
Piquet Carneio	1	0	0	0	0	1	4,2
Quixelô	0	0	0	2	0	2	8,3
Saboeiro	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	2	1	8	9	24	100

Fonte: SINAN. Iguatu/CE, 2017.

Foram notificados, nesse período, 24 casos de sífilis congênita. Quanto à distribuição, observa-se que entre os anos 2012 a 2014 ocorreu uma regressão dos casos; a partir do ano de 2015 houve um aumento expressivo; e em 2016, aconteceu o maior número de notificações. O ano com número de casos menor foi 2014, no entanto, vale destacar que em todos os anos selecionados, a doença sobreveio. A maior concentração de casos em Iguatu, possivelmente ocorreu por este ser o município mais populoso e ser o local de referência de atendimento aos demais municípios dessa região de saúde, o que favorece o maior número de partos e nascimentos, e, consequentemente mais detecções de casos.

O aumento dos casos nos anos 2015 e 2016, também pode ter sido um reflexo da ampliação de acesso das gestantes à assistência pré-natal, devido à expansão das equipes de atenção primária, que impulsionou a identificação da doença, já que a atenção primária é o principal cenário onde ocorre o diagnóstico da sífilis gestacional, a notificação dos casos e a prevenção da sífilis congênita (SARACENI; MIRANDA, 2012). Contudo, também pode estar relacionado a um descontrole da frequência de casos por falha das medidas preventivas e assistenciais, ou denota avanços no processo de notificação.

Por outro lado, nos anos que registraram poucos casos, pode estar refletindo uma subnotificação da doença, visto que a subnotificação da sífilis congênita é uma situação frequente no Brasil, pois apesar de ser uma doença de notificação compulsória desde 1986, foi constatado que apenas 17,4% dos casos são devidamente notificados no país (CAMPOS et al., 2010).

Em relação aos aspectos clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita no período analisado, as informações estão descritas na **TABELA 2**.

TABELA 2 – Distribuição dos casos de sífilis congênita na 18ª Região de Saúde do Ceará, de 2012 a 2016, de acordo com os aspectos clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos. Iguatu, 2017.

Diagnóstico clínico	Frequência	%
Assintomático	18	75
Sintomático	3	12,5
Ignorado	3	12,5
Total	24	100
Teste não-treponêmico em sangue periférico	Frequência	%
Reagente	20	83,3
Não realizado	3	12,5
Ignorado	1	4,2
Total	24	100
Teste treponêmico após os 18 meses	Frequência	%
Reagente	1	4,2
Não realizado	12	50
Não se aplica	5	20,8
Ignorado	6	25
Total	24	100
Sinais e sintomas	Frequência	%
Icterícia	2	8,3
Lesões cutâneas	1	4,2

Sem sintomas	18	75
Ignorado	3	12,5
Total	24	100
Esquema de tratamento	Frequência	%
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias	4	16,7
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia por 10 dias	16	66,7
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia	1	4,2
Ignorado	1	4,2
Outro esquema	2	8,3
Total	24	100
Evolução dos casos	Frequência	%
Vivo	24	100

Fonte: SINAN. Iguatu/CE, 2017.

Nesta pesquisa, foi predominante o nascimento de crianças assintomáticas. Este achado está em conformidade com o Ministério da Saúde (MS), que afirma que o nascimento de crianças assintomáticas ocorre em mais da metade dos casos de sífilis congênita, e mesmo naquelas com expressão clínica da doença, os sintomas são inconclusivos ou pouco específicos, tornando o diagnóstico no RN um processo complexo (BRASIL, 2016).

Por outro lado, no que diz respeito aos casos sintomáticos, observa-se neste estudo, que 4,2% tiveram lesões cutâneas e 8,3% apresentaram icterícia, manifestando precocemente os efeitos da infecção adquirida pela mãe.

Manifestações clínicas graves em RN com sífilis foram encontradas por Boni e Pagliari (2016), que ao avaliarem cinco casos notificados em um município do Paraná, entre 2013 e 2014, verificaram que um destes RN teve diagnóstico de pneumotórax e derrame pleural e outro apresentou sinais de hidropsia fetal, indicando que as repercussões da sífilis congênita variam desde casos assintomáticos a complicações severas.

Em relação ao teste não-treponêmico, foi identificado que em apenas três RN o exame não foi realizado, sugerindo que as intervenções dos profissionais quanto à investigação laboratorial com VDRL foram adequadas na maioria das crianças expostas à infecção.

No entanto, metade dos RN notificados não realizou o teste confirmatório treponêmico após os 18 meses, tendo-se a informação de apenas um resultado reagente, já que os demais foram registrados como ignorado ou como um caso que não se aplica, o que denota negligência profissional tanto no acompanhamento clínico, como no esclarecimento das condutas realizadas na ficha de notificação.

O estudo de Mesquita et al., (2012), em que foi realizado uma análise do perfil dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará, diagnosticados entre os anos de 2007 a 2010, demonstra uma situação semelhante em relação à desconsideração do teste confirmatório treponêmico pelos profissionais, pois, foi verificado que todos os RN identificados, foram submetidos ao VDRL, enquanto que o teste treponêmico aos 18 meses não foi realizado em nenhuma criança.

Como a maior parcela de crianças com sífilis são assintomáticas ao nascimento, é imprescindível que os testes sorológicos sejam realizados em todos os RN de forma precisa para nortear a conduta clínica e assistencial subsequente. Inclusive, o acompanhamento da criança por pelo menos dois anos é indispensável, e, aos 18 meses deve-se verificar se há anticorpos treponêmicos no sangue, para confirmação diagnóstica da sífilis congênita, pois nesta idade não se pode mais associar a positividade do teste à transmissão passiva dos anticorpos maternos pela placenta (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

Com relação ao tratamento, percebe-se que a maior parte dos RN notificados foi submetida à terapia medicamentosa de acordo com as recomendações do MS. Porém, a presença de informações ignoradas também foi encontrada nesse item, dificultando o conhecimento acerca do seguimento terapêutico de 4,2% dos neonatos.

Os casos de sífilis congênita identificados neste estudo evoluíram com RN vivos. Borba e Traebert (2014), ao investigarem os casos de sífilis congênita no Estado de Santa Catarina no ano de 2009, também não identificaram nenhum óbito por sífilis congênita.

Embora haja a perspectiva de restabelecer a saúde dos RN afetados por esta infecção, o tratamento da sífilis congênita é mais complexo em comparação ao da sífilis materna, e envolve o prolongamento da internação hospitalar e exames mais dispendiosos ao RN, culminando em danos individuais, familiares e custos adicionais para os serviços de saúde (MAGALHÃES et al., 2013).

Porém, ressalta-se que todas essas consequências advindas da sífilis congênita podem ser evitadas, se as intervenções necessárias para o impedimento da transmissão vertical da sífilis forem executadas com êxito através de uma assistência pré-natal de alta qualidade (COOPER et al., 2016).

4 CONCLUSÃO

Os resultados expostos viabilizaram a compreensão dos pontos fortes e fragilidades da assistência direcionada à saúde materna e infantil no contexto da prevenção, controle e tratamento do agravo na região investigada e a apresentação dos aspectos clínicos e

laboratoriais de crianças com sífilis foi substancial para determinar as características de vulnerabilidade intrínsecas à população de risco.

A maioria dos RN infectados nasceu assintomáticos, e quanto aos casos sintomáticos, a icterícia foi a manifestação clínica mais presente. Teve destaque o resultado do teste não treponêmico em sangue periférico reagente e a não realização do teste confirmatório aos 18 meses. O principal tratamento utilizado foi com penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia por 10 dias, e todas as crianças evoluíram vivas.

Sugere-se que no âmbito da atenção primária, sejam realizadas ações de educação em saúde voltadas a comunidade atendida, principalmente às mulheres em idade reprodutiva, tanto durante as consultas de planejamento reprodutivo, como no atendimento pré-natal com as gestantes, de modo a informar acerca dos fatores causais da transmissão da sífilis e das demais Infecções Sexualmente Transmissíveis, bem como os métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento existentes, atentando para a inclusão das parcerias sexuais nesse processo.

As informações apresentadas neste estudo não devem ser negligenciadas e precisam ser divulgadas para gestores, acadêmicos e profissionais da saúde, bem como para a população em geral, haja vista que o conhecimento dos percalços que circundam a permanência desse dilema, dos grupos mais suscetíveis, e os comportamentos de risco são indispensáveis para impulsionar as políticas públicas voltadas para a eliminação da sífilis congênita, assim como poderá incitar a adoção das estratégias de enfrentamento da doença referidas ao longo desse estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.D et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 62-70, 2015.

ARAÚJO, C.L et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2012.

BONI, S.M.; PAGLIARI, P.B. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 517-524, 2016.

BORBA, K.B.; TRAEBERT, J. Carga de doença por sífilis congênita em Santa Catarina, 2009. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 761-766, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, A.L.A et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.

COOPER, J.M et al. A persistência da sífilis congênita no Brasil: mais avanços são necessários! **Revista Paulista de Pediatria**, v.34, n. 3, p. 251-253, 2016.

FEITOSA, J.A.S.; ROCHA, C.H.R.; COSTA, F.S. Sífilis congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 2, p. 286-97, 2016.

MAGALHÃES, D.M.S et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MESQUITA, K.O et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para a assistência pré-natal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.

NONATO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis em Belo Horizonte – MG, 2010-2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.