



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MARÍLIA-SP

GABRIELA BARBOSA AZEVEDO; CLÁUDIO JOSÉ RUBIRA

RESUMO

A Sífilis é uma IST- infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*, transmitida sexualmente, gestantes portadoras da doença podem transmiti-la verticalmente para o feto, a Sífilis é uma causa de abortamento e morbimortalidade materno-infantil, o aumento de sua prevalência na população indica falha no pré-natal e má qualidade de saúde; apesar de ser uma doença de Notificação Compulsória e seu rastreamento estar presente durante o pré-natal, nos últimos anos segundo boletins do Ministério da Saúde é notório o aumento dos casos de transmissão vertical. Sendo a Sífilis um problema de Saúde Pública é importante que sejam analisados os fatores que influenciam a transmissão, falhas no tratamento e detecção precoce, afim de que novas práticas sejam adotadas. Neste estudo buscou-se analisar a epidemiologia de Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita através de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) do município de Marília-SP, foram notificados 259 casos de Sífilis na Gestação e 300 casos de Sífilis Congênita no período de 2007 a 2017. O diagnóstico de Sífilis em Gestante ocorreu em 259 gestantes, aumento de 78% de 2016 a 2017, 6 casos em 2007 e 82 casos. A Taxa de Incidência anual de Sífilis Congênita no mesmo período foi de 6.78/1000 nascidos vivos, maior que os índices nacional.

Palavras-chave: análise documental; demográfica; casos; transmissão vertical; cidade média

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa transmitida sexualmente que pode ainda ser transmitida por via vertical, é causada pelo *Treponema pallidum*, atualmente nota-se o aumento significativo do número de casos, a incidência é considerável não somente em países emergentes e subdesenvolvidos como também da Europa, o aumento dos casos de Sífilis Congênita decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante diagnosticada com Sífilis não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, a idade gestacional e a classificação clínica da gestante tem relação direta com o risco de transmissão sendo assim quando a infecção é adquirida no 1º trimestre o conceito permanece maior tempo sob risco, no entanto a resposta inflamatória mais vigorosa ocorre entre a 18ª e 22ª semana de gestação, sendo este o período de maior risco, gestantes que apresentam Sífilis Primária representam maior risco para disseminação das espiroquetas do *T. pallidum*.

As formas de apresentação são Sífilis Primária, Secundária, Latente (muitas vezes assintomática), terciária, e ainda Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita que pode ser classificada em Precoce (acomete crianças até o 2º ano de vida) e tardia (quando as manifestações clínicas se evidenciam após 2 anos). O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30%. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção¹. Dentre os fatores de risco para as doenças está a baixa escolaridade, o não cumprimento do

acompanhamento pré-natal e o tratamento inadequado das gestantes e parceiros.

A Sífilis é uma doença de saúde pública e sua apresentação em recém-nascidos ou após os dois anos, precoce ou tardia é um indicativo de falta de conhecimento e familiaridade com relação aos protocolos nacionais de controle de sífilis e também da falta de efetividade e qualidade do pré-natal. É uma doença de notificação compulsória e em teoria deveria ter sido erradicada em 2015. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem como meta a eliminação da sífilis congênita, definida como ocorrência de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos, sendo essa meta adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro. A incidência de Sífilis congênita estimada por este estudo foi, portanto, mais de seis vezes superior à meta de eliminação proposta para o ano 2015. Este estudo buscou analisar a epidemiologia da Sífilis Gestacional e Congênita na cidade de Marília-SP, buscando identificar os fatores envolvidos na doença, através da caracterização sociodemográfica das mães; se estas realizaram pré-natal, em que momento se deu o diagnóstico e se foram adequadamente tratadas, caracterização dos casos e se houve o manejo adequado. Identificar os fatores de risco para contaminação materna e fetal evidenciando a importância da integralidade da atenção à saúde baseado em Equipes Multiprofissionais, portanto analisar a efetividade da assistência pré-natal e os fatores sociais envolvidos na Sífilis Congênita. Buscou realizar análise causal e caracterização das mães portadoras da doença, suas características epidemiológicas e fatores de risco, os agravos apresentados pelas puérperas e pelos nascidos quanto a morbimortalidade e sequelas, além de identificar possíveis inadequações no diagnóstico e tratamento das mães durante a realização do pré-natal. O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30%. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção. (STUART M. BERMAN, 2008, p2).

Os exames para detecção de doenças sexualmente transmissíveis são requeridos no primeiro trimestre da gestação no caso da Sífilis o tratamento pode ser realizado em gestantes usando Penicilina benzatina, oferecida pelo SUS.

A sífilis congênita constitui o mais grave desfecho adverso prevenível da gestação e responde por, aproximadamente, 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, quando não resulta em perda fetal e perinatal⁴. É uma doença atualmente diagnóstica e tratada; com sucesso elevado de tratamento, o protocolo e acolhimento correto da gestante previne os agravos que a doença pode causar principalmente em relação a diminuição do índice de morbimortalidade materno-fetal.

2 METODOLOGIA

A Sífilis é um agravo de Notificação Compulsórias; desde 1986 a Sífilis Congênita é de Notificação Compulsória, tendo sido incluída no SINAN. A Sífilis na Gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS Nº 33, assinada em 14 de julho de 2005, as fichas são padrão do Ministério da Saúde e contém dezenas de itens, entre dados a respeito das mães, dos parceiros e das crianças assim como tratamento e evolução, além de observações dos casos. Um detalhe que atrapalhou a análise dos dados é que a maioria das fichas apresentava dados incompletos, sobretudo quanto aos dados socioeconômicos maternos e resultados de exames específicos como exame de Líquor.

Estudo seccional, descritivo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMAR (2.656.731).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300

mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças, segundo a OMS. A Sífilis provoca uma série de alterações estruturais, sendo elas ósseas, hematológicas e complicações perinatais que causam sequelas crônicas, algumas vezes de apresentação precoce e outras tardia; o diagnóstico muitas vezes é complicado pois depende de índices sorológicos maternos, fetais e exames inespecíficos; muitas vezes devido a fragilidade imunológica que a criança apresenta nos primeiros dias de nascida o diagnóstico se torna difícil; além disso nota-se que apesar de haver uma padronização na conduta diante do atendimento e seguimento dessas crianças, o último Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical de Sífilis, HIV e Hepatites Virais foi lançado 2018. Observa-se que os profissionais muitas vezes cometeram equívocos não solicitando exames necessários como titulação ascendente, exame radiológico de ossos longos, entre outros.

Em 2016, no Brasil, observou-se uma Taxa de Detecção de 12,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos taxa superada pelas regiões Sul (16,3 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos) e Sudeste (14,7 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos). Quanto a Sífilis Congênita em 2016, observou-se uma Taxa de Incidência de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil, tendo as Regiões Sul (7,7 casos/1.000 nascidos vivos), Sudeste (7,1 casos/1.000 nascidos vivos) e Nordeste (7,0 casos/1.000 nascidos vivos) apresentado as maiores taxas, todas acima da taxa nacional. As regiões Norte (5,4 casos/1.000 nascidos vivos) e Centro-Oeste (4,8 casos/1.000 nascidos vivos) apresentaram taxas de sífilis congênita abaixo da taxa do país, apesar de, assim como as outras, apresentarem tendência de aumento.

Com relação ao esquema de tratamento da gestante, 58,1% receberam tratamento inadequado, 26,5% não receberam tratamento e apenas 4,1% receberam tratamento adequado. Quanto ao tratamento dos parceiros, em 62,2% dos casos o parceiro não foi tratado, 15,2% fizeram tratamento e para 22,6% dos casos essa informação é ignorada/em branco. (Boletim Epidemiológico Sífilis 2017).

Os valores encontrados em Marília são superiores aos encontrados em estudo no Amazonas onde um total de 486 casos de sífilis congênita foram notificados ao SINAN de 2007 a 2009 dos quais 153 casos foram em 2007, ou uma taxa de incidência de 2,1 / 1.000 nascidos vivos. No mesmo estudo concluiu-se subnotificação de casos visto que aproximadamente 60% das mulheres diagnosticadas com sífilis na gravidez foram tratadas com dose única de penicilina G, considerada inadequada para o controle da sífilis congênita. Assim, pode-se esperar que 25% dessas mães transmitam a doença, com mais 100 casos de sífilis congênita durante o período. Enquanto isso, cerca de 50% das mães de casos de sífilis congênita não foram relatadas, o que poderia ter acrescentado 243 casos de sífilis na gravidez durante o período. (SOEIRO, ET AL, 2014, p 5).

Outro estudo sobre o impacto da Sífilis na mortalidade neonatal também foi importante na identificação de oportunidades clínicas perdidas para o tratamento de SC, bem como subnotificação de CS. Mais de 32% das crianças morreram. A menor assistência pré-natal foi associada a desfechos de óbito fetal ou infantil, bem como a alta proporção de mortalidade fetal entre mães que foram testadas apenas no momento do parto. (CARDOSO, ET AL, 2014, p 8).

Neste mesmo estudo foi observado que a SC associou-se à 373 óbitos perinatais entre 2007 e 2012, com uma taxa de mortalidade perinatal de 1,66 por 1.000 NV e uma taxa de natimortos de 1,34 por 1.000 NV. (CARDOSO, ET AL, 2014, p 6).

Enquanto em outro estudo realizado também na região nordeste, Ceará, em relação aos recém-nascidos com SC, foi possível constatar que, no âmbito hospitalar, a assistência ainda está aquém das necessidades, apesar de poder ser mais efetiva considerando a disponibilidade dos recursos tecnológicos ofertados. Observou-se que exame simples como o VDRL de sangue periférico não foi realizado por todos os RN (Recém-nascidos) e outros exames como o estudo

radiográfico de ossos longos e VDRL liquórico não foram realizados ou tinham a informação ignorada por mais de metade das crianças notificadas. (CARDOSO, ET AL, 2014, p 6).

O que se mostrou diferente é que em Marília observou-se que a maioria das mães são brancas e possuíam em sua maioria Ensino Médio completo o que se distancia dos fatores observados nos estudos onde se constata que a baixa escolaridade, cor não branca entre outros são os preponderantes nos casos, sem negá-los.

Ainda que o SUS tenha estratégias de pré-natal, nota-se que a Sífilis permanece um problema de saúde pública que merece ser discutido e tratado, através de capacitações de profissionais, quanto a triagem, tratamento e preenchimento das fichas corretamente, assim como da população quanto a prevenção da transmissão sexual da doença, e alertas quanto a falha do tratamento, para prevenção da transmissão vertical da Sífilis Congênita é preconizado o uso de penicilina G benzatina, em regimes longos.

Tratamento da Sífilis Latente tardia ou Latente com duração ignorada e Sífilis Terciária - Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas dose total de 7,2 milhões UI. A depender da situação clínico- laboratorial da mãe e manifestações do RN pode ser usado Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias, Penicilina cristalina, 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas durante 10 dias ou Penicilina G benzatina(c), na dose única de 50.000 UI/kg, IM.

O diagnóstico de Sífilis durante a gestação ocorreu em 259 gestantes, tendo aumentado 78% de 2016 a 2017, o aumento é maior se comparado ao ano 2007 quando ocorreram 6 casos enquanto que em 2017 foram 82 casos, 54% das gestantes foram diagnosticadas durante o 1º trimestre e 21% no terceiro, notando que neste último o feto permaneceu exposto durante toda a gestação. A maioria dessas gestantes tem o 1º grau completo (44%) e são da raça branca (55%), a maioria possuía Sífilis Latente (88%), a maioria foi tratada com Penicilina G benzantina 7.200.000 UI (90%), 49% dos parceiros não receberam tratamento principalmente por não possuírem testes reagentes (46%), mas também por não comparecerem para tratamento (38%) sinalizando uma falha do tratamento da gestante e maior risco de contaminação e má formações fetais, dentre os que receberam tratamento, a maioria dos parceiros (34%) realizou Penicilina G benzantina 2.400.000 UI dose menor que a administrada na maioria nas mães, para que o tratamento seja efetivo é necessário que a gestante e o parceiro recebam a mesma dose de Penicilina G benzatina a única com capacidade de exterminar as espiroquetas durante a gestação, como alternativa o Ceftriaxona 140mg ou 250 mg por 10 dias.

Embora a contaminação materna ofereça risco para contaminação fetal, não são todos os casos que evoluem para Sífilis Congênita, no mesmo período ocorreram 300 notificações por este agravo, de 2016 a 2017 houve aumento de 57% nos casos, 53% dos fetos são do sexo feminino, 45% das mães são brancas e a maioria (36%) têm 1º grau completo, 6% não realizou o pré-natal, 10% só obtiveram diagnóstico no momento do parto/curetagem, 51% teve esquema de tratamento inadequado e 15% nem realizou, em 57% dos casos o parceiro não foi tratado, houve 3 óbitos por outra causa, 8 abortos e 5 natimortos, nos vivos, a maioria foi tratada com Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias.

A amostra de Marília apresenta mulheres com 2º grau completo em sua maioria, um dos fatores contribuintes foi a falha no tratamento materno devido evasão do parceiro, seu não tratamento, ou tratamento inadequado de ambos, a ausência da Penicilina medicamento preconizado e também a incorreta conduta realizada pelo médico em alguns casos significou a evolução para Sífilis Congênita por má condução da gestante, assim como seguimento incorreto dos RN portadores, portanto faz se necessário ações educativas e capacitações entre profissionais e usuários, além de medidas que facilitem o tratamento e não impeçam o desabastecimento de Penicilina.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Taxa de Incidência anual de Sífilis Congênita entre 2007-2017 foi de 6.78/1000 nascidos vivos, maior que a meta nacional. O diagnóstico e tratamento da Sífilis é realizado durante o pré-natal, durante o qual são colhidos teste VDRL no início e ao final da gestação, nota-se neste estudo que a evasão do pré-natal, o não tratamento ou tratamento inadequado foram elevados, oferecendo elevado risco para os agravos estudados. Além disso nota-se necessidade de padronização nas condutas através do uso do Protocolo Nacional, a ausência de disponibilidade da droga necessária para o tratamento assim como dos recursos necessários para realização dos exames contribuiu negativamente para a situação.

REFERÊNCIAS

BERMAN, S M. MATERNAL Syphilis: pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ. 2004;82(6):433-8.

CARDOSO, ANA RITA PAULO; ET AL. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Fev 2018, Volume 23 Nº 2 Páginas 563 – 574. *Cad. Saúde Pública* 30.

CARDOSO, ANA RITA PAULO; ET AL. Subnotificação da Sífilis Congênita como Causa de Mortes Fetais e Infantis no Nordeste do Brasil. Publicado em dezembro de 2016 em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167255>.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira and LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo *Nascer no Brasil*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2016, vol.32, n.6, e00082415. Epub June 01, 2016. ISSN 0102-311X.

MAGALHÃES DMS ET AL. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S43-S54, 2011