

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PARÁ, BRASIL¹

Janaína Souza de Oliveira Queiroz²

Karen Carneiro da Silva³

Magda Bispo Paulino de Souza Fantinelli⁴

Orientador

Dr. Roberto Silva Almeida Junior⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO A sífilis é causada pela *bactéria Treponema pallidum*. No que diz respeito sobre a sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária. **OBJETIVO** conhecer o perfil epidemiológico das notificações compulsórias de sífilis congênita notificadas no município de Redenção, no período de 2011 a 2021. **METODOLOGIA** Estudo epidemiológico, descritivo, de coleta retrospectiva, com uso de dados anuais obtidos a partir da base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Sistema de Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde (DATASUS) dentre os períodos de 2011 a 2021, município de Redenção, no estado do Pará. As variáveis estudadas foram: faixa etária, sexo, raça/ cor, se realizou o pré-natal, o diagnóstico e evolução do agravo notificado. **RESULTADOS:** No período analisado foram registrados 83 casos de Sífilis Congênita (SC) no período analisado. Com base na faixa etária da criança, houve maior ocorrência 89,15% (n=74) corresponde a até 6 dias e observou-se que 80,7%(n=67) das mães realizaram o pré-natal corretamente, e 39,75% (n=33) das gestantes obtiveram o diagnóstico durante o pré-natal. Em relação à etnia, houve predomínio de pessoas pardas 93,4% (n=78), não houve diferença entre o sexo. Quanto a evolução, constatou-se que 96,39% (n=80) nasceram vivos. **DISCUSSÃO:** A distribuição espacial da sífilis congênita em uma região do sul do Pará, é possível observar que a sífilis congênita foi prevalente em lactentes até 6 dias de vida, de genitoras pardas, na qual realizaram o pré-natal regularmente e obtiveram o diagnóstico no rastreamento preconizado. **CONCLUSÃO:** É indispensável garantir diagnóstico e tratamento eficaz de gestantes e dos parceiros. Ademais, realizar o registro dos procedimentos na caderneta de pré-natal. Tais condutas contribuem para impedir que o recém-nascido seja submetido a intervenções desnecessárias.

PALAVRAS CHAVE: Sífilis congênita; Transmissão vertical; Cuidado Pré-Natal

Área temática: Saúde coletiva.

Data de aprovação 06/02/2023

¹Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida – FESAR. Ano 2022.

²Graduanda curso de medicina, Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida Afya,

drajaninaqueiroz@hotmail.com

³Graduanda curso de medicina, Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida Afya, karencarneiro@outlook.com

⁴Graduanda curso de medicina, Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida Afya, magda.bispo@hotmail.com

⁵Médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Santa Casa da Misericórdia do Pará (UEPA), robertojr4763@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sífilis é causada pela *bactéria Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. É uma doença de evolução lenta, considerada uma Infecção Sexualmente Transmitida (IST), ocorre principalmente por via sexual (oral, vaginal ou anal). Pode ser transmitida também verticalmente, com uma taxa de mortalidade fetal superior a 40% (FREITAS *et al.*, 2021).

Para o diagnóstico de sífilis, é necessário combinar dados clínicos, resultados de estes diagnósticos, histórico de infecções anteriores e investigação de recente exposição sexual de risco. Os testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos) são os mais comuns na prática clínica para rastreamento de pessoas assintomáticas e diagnóstico de sintomáticas (FREITAS *et al.*, 2021). A infecção pelo *Treponema pallidum* não confere imunidade permanente, por isso, é necessário diferenciar entre a persistência de exames reagentes (cicatriz sorológica) e a reinfecção pelo *T. pallidum*. (FREITAS *et al.*, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), quando não tratada, a sífilis alterna períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, divididas em três fases: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária. Não havendo tratamento após a sífilis secundária, existem dois períodos de latência: um recente, com menos de um ano, e outro de latência tardia, com mais de um ano de doença. No que diz respeito sobre a sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (transmissão vertical).

A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase, um dos fatores agravantes que determinam a probabilidade de transmissão são: o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Desse modo, a chance de maior transmissão será durante as fases iniciais da doença (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Mundialmente, a sífilis ainda afeta um número elevado de gestantes. Estima-se que, em 2008, cerca de 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis ativa, com mais de meio milhão de desfechos negativos, representados por perdas fetais com 22 ou mais semanas gestacionais, óbitos neonatais, recém-natos prematuros ou com baixo peso ao nascer e recém-natos infectados (DOMINGUES; LEAL, 2016)

A sífilis é uma doença de notificação compulsória nacional e obrigatória. No Brasil a sífilis congênita vem sendo notificada desde 1986. Em gestantes, a notificação

iniciou-se em 2005 e a sífilis adquirida, em 2010. (MASCHIO-LIMA *et al.*, 2019). A eliminação da sífilis congênita é uma das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) prevista dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estipulando como taxa de incidência 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos. (MASCHIO-LIMA *et al.*, 2019)

A ocorrência de sífilis na gestação está associada à cor, ao baixo nível de escolaridade, às condições socioeconômicas, aos antecedentes de risco obstétrico, ao início tardio do acompanhamento pré-natal e ao número insuficiente de consultas. (DOMINGUES *et al.*, 2013). Diante desse cenário, a ineficácia do rastreamento de sífilis no pré-natal acarreta impactos a longo prazo, segundo Canto *et al.* (2021) o Brasil registrou 434.622 internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias em crianças menores de um ano e a SC foi responsável por 63.615 (14,6%) dessas hospitalizações, mesmo o tratamento sendo de baixo custo.

Desse modo, sífilis ainda é considerada um grave problema de saúde pública por sua alta prevalência. Logo, o objetivo dessa pesquisa é conhecer o perfil epidemiológico das notificações compulsórias de sífilis congênita notificadas no município de Redenção, no período de 2011 a 2021

METODOLOGIA

Trata-se de um levantamento epidemiológico, descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários da plataforma do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), órgão responsável por coletar informações sobre a saúde no Brasil (KISNER *et al.*, 2021), incluindo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) derivados das notificações compulsórias dos casos de crianças com sífilis congênita diagnosticadas e notificadas, residentes de Redenção/PA, no período de 2011 a 2021.

Considera-se Redenção um município localizado na mesorregião do sudeste paraense, ocupando uma área territorial de 3.823,809 km², com uma população estimada em 2021 de 86.326 habitantes. No tocante aos dados sociodemográficos foram abordadas as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, raça/ cor, se realizou o pré-natal, o diagnóstico (realização do pré-natal e quando foi feito o diagnóstico materno, pré-natal, parto ou após o parto); e evolução do agravo notificado.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados por meio da estatística descritiva. Os resultados são expressos em frequência relativa (porcentagem). O processamento e a análise dos dados foram feitos a partir dos softwares TabWin (DATASUS) e Excel (Microsoft®), cujos resultados receberam tratamento simples da estatística descritiva e foram apresentados em forma de figuras e tabelas.

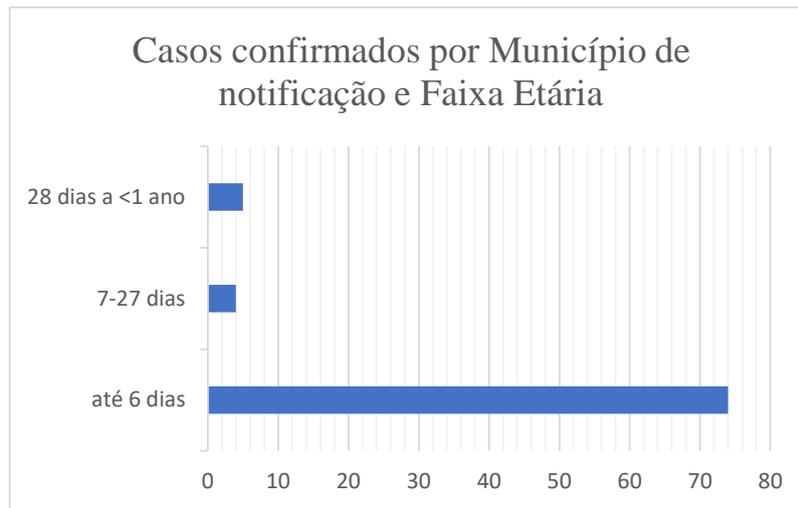
Por se tratar de estudo com dados secundários de livre acesso, não foi necessária a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa. Sendo assim, seguidas as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução CNS no 466, de 12 de dezembro de 2012 (KISNER *et al.*, 2021).

RESULTADOS

Foram registrados 83 casos de Sífilis Congênita (SC) no período de 2011 a 2021 (figura 1). O número de casos manteve-se crescente entre os anos de 2013 a 2017. Os maiores números de casos ocorreram entre 2017 (n=15) e 2020 (n=20).



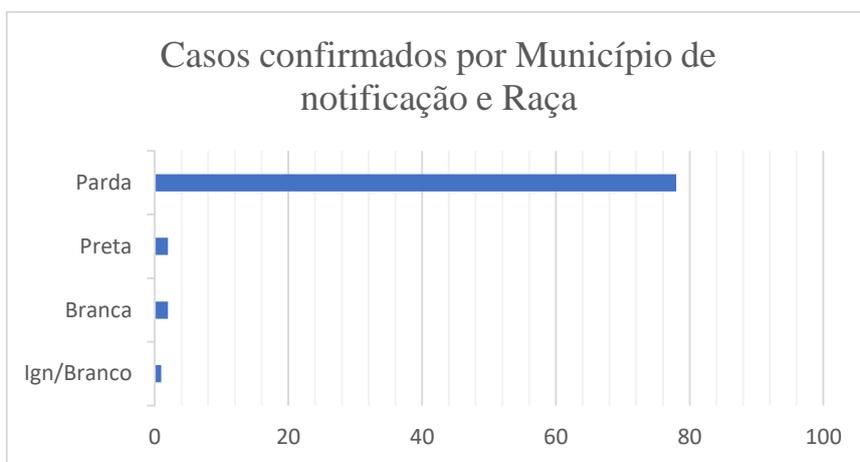
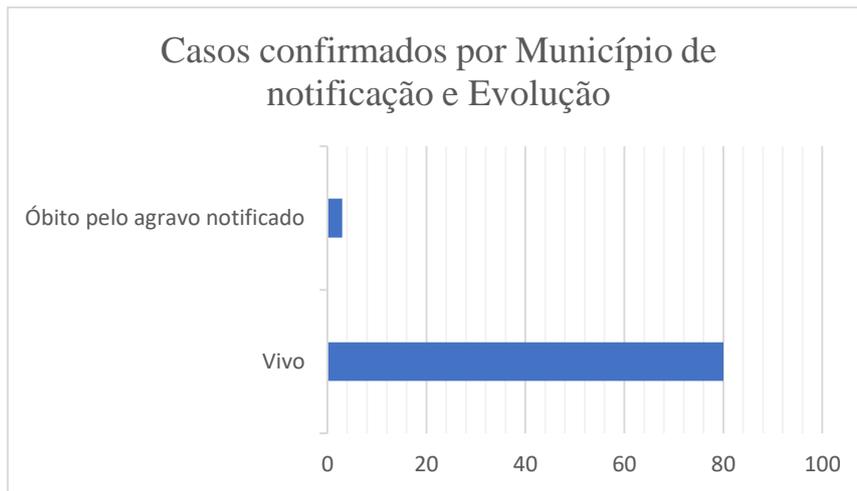
Foram considerados SC em menores de um ano aqueles casos notificados em crianças com idade de zero a 364 dias. Foram classificadas como SC precoce as notificações em crianças com idades no momento do diagnóstico de 0–6 dias e de 7–27 dias como SC tardia. Já aquelas diagnosticadas com SC entre 28 e 364 dias foram classificadas com SC pós-natal. Com base na faixa etária da criança, houve maior ocorrência 89,15% corresponde a até 6 dias (n=74) e a menor ocorrência foi entre 7-27 dias 0,04% (n=4).



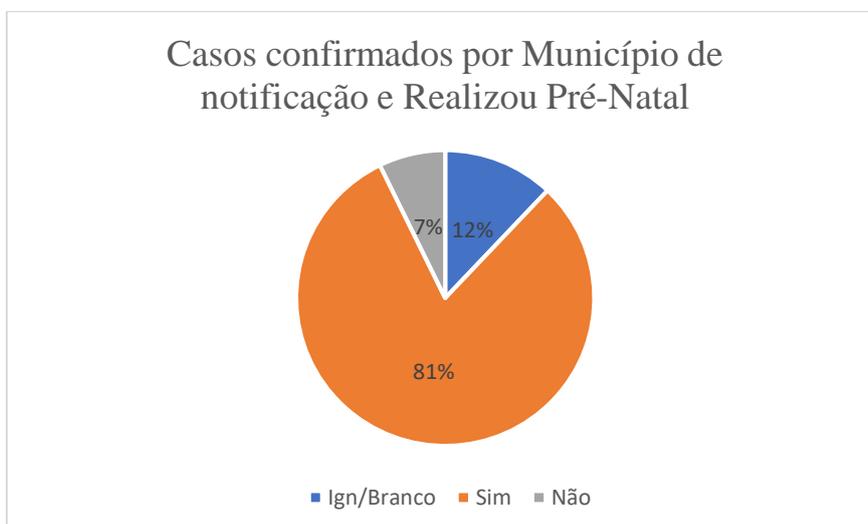
Não houve diferença significativa entre os sexos: 51,81% (n=43) do sexo masculino e 48,19% (n=40) do sexo feminino.

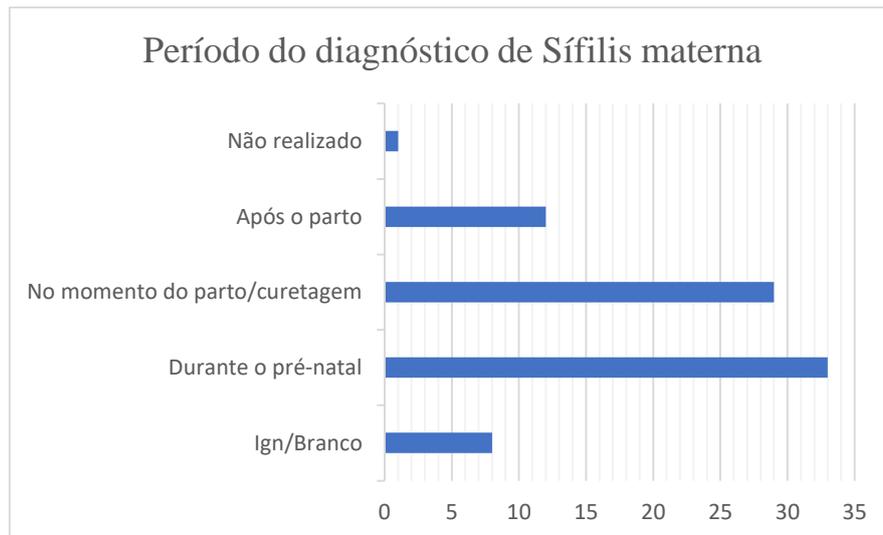


Quanto a evolução, constatou-se que 96,39% (n=80) nasceram vivos e apenas 3,61% (n=3) evoluíram para o óbito pelo agravo notificado. Em relação à etnia, houve predomínio de pessoas pardas 93,4% (n=78).



Observou-se que 80,7% (n=67) das mães realizaram o pré-natal corretamente. Ao tocante do diagnóstico (realização do pré-natal e quando foi feito o diagnóstico materno, pré-natal, parto ou após o parto), evidenciou que 39,75% das gestantes obtiveram o diagnóstico durante o pré-natal (n=33). Já no momento do parto/curetagem foram cerca de 34,9% (n=29)





DISCUSSÃO

Este estudo epidemiológico foi realizado com 83 casos de Sífilis Congênita (SC) no período de 2011 a 2021 no município de Redenção, no estado do Pará, notificados pelo SINAN. Com base na faixa etária da criança, houve maior ocorrência 89,15% corresponde a até 6 dias e observou-se que 80,7% das mães realizaram o pré-natal corretamente, e 39,75% das gestantes obtiveram o diagnóstico durante o pré-natal.

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Geralmente, a transmissão vertical ocorre a partir da 9ª semana de gestação, entretanto é mais frequente entre a 16ª e 28ª semanas, este fato reforça que o diagnóstico e tratamento precoce é essencial para barrar o aumento das taxas de incidência da sífilis congênita (KISNER *et al.*, 2021).

De acordo com o Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis (2020), as gestantes de baixo risco devem ser testadas para sífilis em três momentos: no primeiro trimestre, preferencialmente na primeira consulta de pré-natal; no início do terceiro trimestre e na internação para o parto. Entretanto, em caso de abortamento, ou natimortalidade, ou história de exposição de risco, ou violência sexual. O monitoramento clínico-laboratorial com teste não treponêmico deve ser mensal durante a gestação.

Em um estudo Costa *et al.* (2020) analisou a tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita em uma região da Amazônia brasileira e pôde observar que a sífilis foi prevalente entre mães de 20 a 29 anos, com baixa escolaridade e de cor parda.

É indispensável garantir diagnóstico e tratamento de gestantes e parcerias sexuais, além de realizar o registro dos procedimentos na caderneta de pré-natal. Tais condutas contribuem para impedir que o recém-nascido seja submetido a intervenções desnecessárias. (FREITAS *et al.*, 2021).

No que tange essa esfera, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como local privilegiado para realização do pré-natal e, logicamente, fonte da notificação compulsória de sífilis em gestante. Acoplando diagnóstico com o tratamento adequado da sífilis na gestante e no parceiro, a ESF é instrumento primordial para a eliminação da sífilis congênita no Brasil (SARACENI; MIRANDA, 2012). Também é importante estimular a participação de pai ou parceria durante todo o processo de pré-natal, para o fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis (SARACENI; MIRANDA, 2012).

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 (DOMINGUES; LEAL, 2016). Desse modo, a ação da ESF pode promover a expansão da cobertura e cuidado de qualidade que são essenciais para o alcance para a eliminação da sífilis congênita.

Ademais, as limitações encontradas neste estudo estão relacionadas a possibilidade de subnotificação, podem subestimar a real situação epidemiológica da sífilis congênita. Outra limitação a ser mencionada é a inferência na análise dos dados, pois as variáveis devem ser interpretadas de forma agrupada.

CONCLUSÃO

É indeclinável o adequado preenchimento do cartão da gestante, a busca ativa das gestantes faltosas, o diagnóstico precoce, a captação do parceiro para tratamento e a construção de um fluxo de notificação em todas as unidades de saúde (SOARES *et al.*, 2020). Ademais, a intersetorialidade de políticas públicas sobre determinantes sociais é primordial para alcançar a meta de eliminação da SC proposta pela OMS (HERINGER *et al.*, 2020).

Desse modo, é necessária a capacitação dos profissionais de saúde para o manejo da sífilis gestacional, principalmente em populações socialmente vulneráveis, e a realização de trabalho educativo com usuários dos serviços de saúde, principalmente os adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Y Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s. l.], v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.
2. CANTO, Surama Valena Elarrat et al. Hospitalization costs for congenital syphilis in the state of Ceará. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 311-318, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000100016>.
3. COSTA, Bianca Alessandra Gomes da *et al.* Sífilis congênita em região da amazônia brasileira: análise temporal e espacial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 22, p. 1-9, 29 dez. 2020. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v22.62349>.
4. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela em saúde. **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.
5. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 6, p. 1-13, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00082415>.
6. FREITAS, Francisca Lidiane Sampaio *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 1-11, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100004.esp1>.
7. HERINGER, Andressa Lohan dos Santos et al. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. v. 44 [Acessado 31 Outubro 2022] , e8. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>>. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>.
8. KISNER, João Gabriel Muniz *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita no município de Porto Velho entre os anos de 2010 a 2020. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 6, p. 1-8, 15 jun. 2021. *Revista Eletronica Acervo Saude*. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e7953.2021>.
9. MASCHIO-LIMA, Taiza *et al.* Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo,

Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 865-872, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>

10. SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 490-496, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000300009>.
11. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB)
12. SOARES, Karllian Kerlen Simonelli *et al.* Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-15, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100018>.