

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2016¹

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE PREGNANCY AND CONGENITAL SYPHILIS IN THE CITY OF SANTA MARIA FROM 2007 TO 2016

**Manuela da Silva Couto², Lidiani Sampaio da Costa³, Priscila Bolzan Dela Libera⁴,
Juliane Bolzan Dias⁴ e Louise Bertoldo Quatrin⁵**

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes e os casos em que ocorreram sífilis congênita na cidade Santa Maria/RS, no período de 2007 a 30 de junho de 2016. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa. O levantamento de dados foi realizado através do endereço eletrônico do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs. Foram confirmados e notificados 406 casos de sífilis em gestantes e 233 casos de sífilis congênita. Em relação às gestantes, 73,8% das mães realizaram o pré-natal e 60,9% foram diagnosticadas na gestação, a maioria se encontrava na faixa etária de 20-29 anos e possuía escolaridade da 5ª à 8ª série incompleta. Também foi observado que os parceiros sexuais de gestantes portadoras de sífilis não realizaram o tratamento, sendo estes 48,5% dos casos. Conclui-se que a atuação da Atenção Básica, porta de entrada dos serviços de saúde, é de extrema importância no combate à transmissão vertical da sífilis, tendo muito a colaborar para a mudança deste quadro epidemiológico.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, saúde pública, vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the epidemiological profile of syphilis cases in pregnant women and the cases in which congenital syphilis occurred in the city of Santa Maria, RS, from 2007 to 2016. It is a descriptive epidemiological study, with a quantitative approach. Data collection was done through the electronic address of the Department of Surveillance, Prevention and Control of STIs. 406 cases of syphilis in pregnant women and 233 cases of congenital syphilis were confirmed and reported. Regarding the pregnant women, 73.8% of the mothers underwent prenatal care and 60.9% were diagnosed during pregnancy, the majority were in the 20-29 age group and had incomplete schooling from the 5th to 8th grade. It was also observed that the sexual partners of pregnant women with syphilis did not perform the treatment, these being 48.5% of the cases. It is concluded that the action of Primary Care, a gateway to health services, is extremely important in the fight against the vertical transmission of syphilis, and it may also contribute for a change in this epidemiological situation.

Keywords: prenatal care, public health, epidemiological surveillance.

¹ Trabalho resultante da disciplina de Epidemiologia e Vigilância em Saúde Coletiva.

² Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia - Universidade Franciscana. E-mail: manuela_couto@outlook.com

³ Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia - Universidade Franciscana. E-mail: lidi.sampaio@hotmail.com

⁴ Biomédicas. Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia - Universidade Franciscana. E-mail: pribolzan@hotmail.com; julianebolzan@hotmail.com

⁵ Orientadora. Docente do curso de Fisioterapia - Universidade Franciscana. E-mail: louise_quatrin@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida através de relações sexuais desprotegidas, da mãe para bebê durante a gestação, no parto, por transfusão de sangue ou contato direto com sangue contaminado por materiais perfurocortantes. Os principais sinais clínicos no estágio primário da sífilis são feridas indolores nos órgãos genitais ou na região oral, com ausência de ardor ou pus. Na fase secundária, observam-se manchas no corpo, principalmente, nas palmas das mãos e plantas dos pés. Já, na terceira fase, ocorrem lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar ao óbito (BRASIL, 2015).

O diagnóstico de sífilis é evidenciado quando os exames de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e teste rápido treponêmico são reagentes. Esses testes apresentam elevada sensibilidade, mas necessitam de confirmação por um teste mais específico, como o FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorption). A confirmação da sífilis no pré-natal, no momento do parto ou na curetagem faz-se necessária por ambos os métodos. Preconiza-se ainda que o VDRL seja realizado no primeiro e terceiro trimestres da gestação a fim de prevenir a sífilis congênita (BRASIL, 2009).

Para diagnosticar a sífilis congênita pode-se realizar a pesquisa direta da bactéria *T. pallidum* na placenta ou cordão umbilical através da microscopia de campo escuro ou imunofluorescência (BENZAKEN et al., 2016).

Atualmente a ocorrência de sífilis congênita é um preocupante caso de saúde pública. Apesar de preconizar-se a realização dos testes sorológicos e todo o acompanhamento pré-natal, e sabendo-se que o tratamento adequado conduz à cura, são necessárias ações de educação e promoção de saúde intensiva a fim de evitar que as gestantes se exponham aos riscos de infecção ou reinfecção, evitando a transmissão vertical e sífilis congênita. Para isto, os profissionais de saúde precisam de uma formação ampliada, que permita olhar o sujeito de forma integral e humanizada, dentro do seu contexto social (DOMINGUES; LEAL, 2016).

A Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005, considera de notificação compulsória a sífilis congênita e a sífilis em gestante, o que é indispensável para o monitoramento da transmissão vertical, cujo controle é o objetivo do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado em 2007 (BRASIL, 2005).

Desde 2005 a junho de 2016, quando a sífilis em gestante passou a constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, registraram-se 169.656 mil casos de sífilis gestacional no território brasileiro e no Rio Grande do Sul foram notificados 8.717 mil casos (BRASIL, 2017). Lembrando que esse é um número inferior ao número estimado de casos, uma vez que existem dificuldades no diagnóstico e/ou na notificação.

Considerando a alta incidência de sífilis em gestante, a elevada taxa de transmissão vertical e as repercussões de morbimortalidade causadas por essa infecção, este estudo tem por objetivo traçar o

perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município de Santa Manta/RS, entre o ano de 2007 e 30 de junho de 2016, com base em informações disponíveis no Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa. A epidemiologia descritiva examina como a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

O levantamento de dados foi realizado em 2017, através do endereço eletrônico do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Este órgão dispõe de todas as informações referentes às ISTs e é responsável por toda a gestão do fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado desses agravos, bem como dos processos técnicos que envolvem laboratórios e suas inserções no diagnóstico, além de toda a gestão do aprimoramento e desenvolvimento da vigilância.

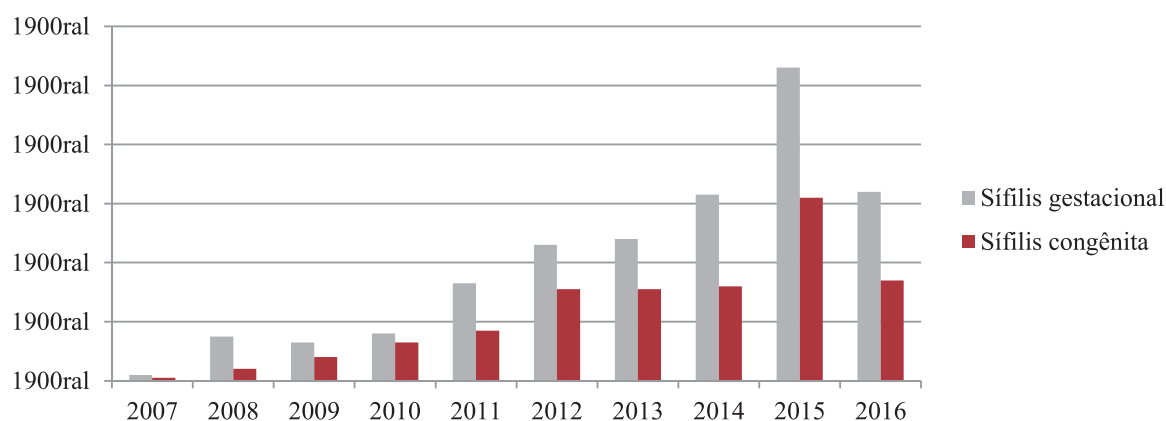
Para esta pesquisa são apresentados os dados referentes aos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorridos no período de 2007 a 30 de junho de 2016 no Município de Santa Maria/RS.

As informações sociodemográficas e clínicas foram analisadas a fim de verificar o perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis e os casos em que ocorreu sífilis congênita. Utilizou-se o programa Microsoft Excel para o cálculo absoluto das variáveis, que estão expostas em gráficos e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 ilustra a distribuição dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no período de 2007 a 2016, no Município de Santa Maria/RS.

Figura 1 - Distribuição de casos de sífilis gestacional e congênita por ano (2007 - 2016), no Município de Santa Maria/RS.



Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais.

Notas: Dados até 30/06/2016.

É possível perceber um crescente aumento no número de casos no município nos últimos nove anos (2007-2016), tendo sido confirmados e notificados 406 casos de sífilis em gestantes e 233 casos de sífilis congênita.

A realização da notificação dos casos pelos sistemas de saúde mostra-se essencial para avaliar o controle da ocorrência do agravo no município, e para que assim sejam identificadas lacunas no serviço de saúde e os fatores contribuintes para o aumento da prevalência da doença, possibilitando a implementação de novas estratégias de prevenção e controle do agravo.

A caracterização sociodemográfica e classificação clínica de gestantes diagnosticadas com sífilis entre 2007 e 2016 são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas de gestantes diagnosticadas com sífilis nos anos de 2007 a 2016. Santa Maria/RS.

| Variável | N | % |
|------------------------------|-----|------|
| Idade gestacional | | |
| 1º Trimestre | 91 | 22,4 |
| 2º Trimestre | 92 | 22,7 |
| 3º Trimestre | 202 | 49,8 |
| Idade gestacional ignorada | 21 | 5,2 |
| Faixa etária | | |
| 10 a 14 anos | 1 | 0,2 |
| 15 a 19 anos | 91 | 22,4 |
| 20 a 29 anos | 219 | 53,9 |
| 30 a 39 anos | 87 | 21,4 |
| 40 anos ou mais | 8 | 2,0 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 3 | 0,7 |
| 1ª à 4ª série incompleta | 13 | 3,2 |
| 4ª série | 10 | 2,5 |
| 5ª à 8ª série incompleta | 104 | 25,6 |
| Fundamental completo | 40 | 9,9 |
| Médio incompleto | 56 | 13,8 |
| Médio completo | 56 | 13,8 |
| Superior incompleto | 7 | 1,7 |
| Superior completo | 4 | 1,0 |
| Ignorado | 113 | 27,8 |
| Raça ou cor | | |
| Branca | 269 | 66,3 |
| Preta | 51 | 12,6 |
| Amarela | 2 | 0,5 |
| Parda | 71 | 17,5 |
| Ignorado | 13 | 3,2 |
| Classificação Clínica | | |
| Sífilis primária | 53 | 13,1 |
| Sífilis secundária | 29 | 7,1 |
| Sífilis terciária | 103 | 25,4 |
| Sífilis latente | 141 | 34,7 |
| Ignorado | 80 | 19,7 |

Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais.

Notas: (1). Dados até 30/06/2016.

O ano de 2015 apresentou o maior número de casos notificados de sífilis gestacional (n=106), significando um aumento de 10,5% (n=63) em relação ao ano anterior. A maioria das 406 gestantes com sífilis se encontrava na faixa etária de 20-29 anos (n=219, 53,9%), 66,3% (n=269) eram de cor da pele branca, e possuíam escolaridade da 5ª à 8ª série incompleta (n=104, 25,6%).

O estudo realizado por Domingues et al. (2013) aponta que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade social e reprodutiva, o que ocasiona um aumento na incidência da doença. Outros fatores como a raça, baixo nível de escolaridade, condições financeiras, início tardio do pré-natal e baixo número de consultas de rotina também estão associados.

Em relação à faixa etária, os dados levantados nesta pesquisa corroboram com os dados nacionais, que revelam que, no Brasil, do total de casos notificados, 53,5% estão nessa mesma faixa etária (BRASIL, 2010). Ambos os dados retratam o reforço à ideia de que ainda são necessárias melhorias nas estratégias de educação em saúde visando conscientizar sobre a prática sexual segura.

Trata-se de um problema de saúde pública, que evidencia a necessidade de qualificação do atendimento realizado no pré-natal. Tal ação pode acontecer por meio da capacitação dos profissionais de saúde, a fim de auxiliar na identificação precoce de gestantes infectadas, reduzindo o número de casos da doença e seus agravos (RODRIGUES; OLIVEIRA; AFONSO, 2017).

Os dados referentes à escolaridade evidenciam um desafio, uma vez que a compreensão adequada sobre a patologia, tratamento e a prevenção são essenciais para o acompanhamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis. Embora o percentual de dados ignorados seja alto (27,8%), grande parte das mulheres possuía o ensino fundamental incompleto ou completo (41,2). Este estudo vai ao encontro da pesquisa realizada em Brasília, que avaliou a escolaridade de 67 gestantes com sífilis congênita, dentre elas, 64,2% tinham apenas o ensino fundamental (MAGALHÃES et al., 2013).

Quanto à idade gestacional em que ocorreu o diagnóstico de sífilis, para 49,8% (n=202) foi no 3º trimestre de gestação, e segundo classificação clínica 34,7% (n=141) dos casos estavam no estágio clínico de sífilis latente.

Na tabela 2 são apresentadas as informações acerca das variáveis sociodemográficas e clínicas da mãe e da criança.

De 2007 a 2016, a taxa de incidência anual de sífilis congênita elevou-se de 0,3 para 18,1 casos por 1.000 nascidos vivos. A partir dos dados apresentados na tabela 2, identificou-se que, entre as mães dos casos que preencheram os critérios de definição para sífilis congênita, predominaram mulheres brancas com 66,5% dos casos (n=155), na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo estas 48,5% (n=113), e 35,2% (n=82) das mulheres tinham escolaridade da 5ª à 8ª série incompleta.

Do total de casos de sífilis congênita, 73,8% (n=172) das mães realizaram o pré-natal na gestação, 60,9% (n=142) foram diagnosticadas com sífilis no pré-natal e 48,5% (n=113) não tiveram seus parceiros tratados.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas dos casos de sífilis congênita nos anos de 2007 a 2016. Santa Maria/RS.

| Variável | n | % |
|--|-----|------|
| Faixa etária da mãe | | |
| 10 a 14 anos | 0 | 0,0 |
| 15 a 19 anos | 44 | 18,9 |
| 20 a 29 anos | 113 | 48,5 |
| 30 a 39 anos | 49 | 21,0 |
| 40 anos ou mais | 6 | 2,6 |
| Ignorado | 21 | 9,0 |
| Escolaridade da mãe | | |
| Analfabeto | 2 | 0,9 |
| 1ª à 4ª série incompleta | 10 | 4,3 |
| 4ª série | 5 | 2,1 |
| 5ª à 8ª série incompleta | 82 | 35,2 |
| Fundamental completo | 26 | 11,2 |
| Médio incompleto | 22 | 9,4 |
| Médio completo | 26 | 11,2 |
| Superior incompleto | 5 | 2,1 |
| Superior completo | 2 | 0,9 |
| Ignorado | 52 | 22,3 |
| Não se aplica | 1 | 0,4 |
| Raça ou cor | | |
| Branca | 155 | 66,5 |
| Preta | 27 | 11,6 |
| Amarela | 0 | 0,0 |
| Parda | 46 | 19,7 |
| Ignorado | 5 | 2,1 |
| Realização do pré-natal | | |
| Sim | 172 | 73,8 |
| Não | 54 | 23,2 |
| Ignorado | 7 | 3,0 |
| Momento do diagnóstico da sífilis materna | | |
| Durante o pré-natal | 142 | 60,9 |
| Parto/curetagem | 70 | 30,9 |
| Após o parto | 16 | 6,9 |
| Não realizado | 3 | 1,3 |
| Ignorado | 2 | 0,9 |
| Tratamento materno | | |
| Adequado | 14 | 6,0 |
| Inadequado | 167 | 71,7 |
| Não realizado | 42 | 18,0 |
| Ignorado | 10 | 4,3 |
| Parceiro tratado | | |
| Sim | 97 | 41,6 |
| Não | 113 | 48,5 |
| Ignorado | 23 | 9,9 |
| Diagnóstico final | | |
| Sífilis congênita recente | 213 | 91,4 |
| Aborto por sífilis | 6 | 2,6 |
| Natimorto por sífilis | 14 | 6,0 |

Fonte: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais.

Notas: (1). Dados até 30/06/2016.

Para que se possa prevenir a sífilis congênita é preciso uma captação precoce da gestante para iniciar o pré-natal e no mínimo seis consultas, realização do VDRL no primeiro trimestre de gestação, preferencialmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana (BRASIL, 2006). Contudo, as medidas de controle devem abranger também outros momentos, como durante a admissão na maternidade, seja para a realização do parto, curetagem pós-aborto, ou por qualquer outra intercorrência durante a gravidez. Além disso, oferecer informação a respeito das doenças sexualmente transmissíveis, instruir sobre a importância do tratamento, as consequências que a doença pode trazer para o conceito e os seguimentos adequados para a gestante e seu parceiro devem acontecer.

Em relação ao tratamento materno, 71,7% foram considerados como inadequados (n=167), parte importante não realizou o tratamento (n=42, 18,0%) e somente 6% das gestantes realizaram tratamento adequado ao longo da série histórica (n=14). De acordo com Magalhães et al. (2011), a alta incidência de casos de infecções durante o período gestacional é decorrente de falhas no Programa de IST/AIDS, já que o pré-natal inclui testes de baixo custo capazes de diagnosticar e tratar a sífilis precocemente, impedindo a transmissão da doença para o bebê.

Os dados indicam a necessidade eminente de melhorias, uma vez que mais da metade dos casos notificados apresentaram tratamento inadequado, caracterizado como: qualquer tratamento que não seja feito com a penicilina, ou que não esteja de acordo com o estágio da doença, realizado no período de 30 dias antes do parto, não apresentar redução nos títulos da sorologia, ou que tenha seu parceiro não tratado ou tratado inadequadamente (BRASIL, 2006).

Ao se analisar o diagnóstico final dos casos de sífilis congênita, observou-se: 91,4% (n=213) foram diagnosticados com sífilis congênita recente, em 2,6% (n=6) ocorreu aborto e 6% (n=14) dos casos foram de natimorto por sífilis.

O estudo de Silveira (2017) traz que gestantes não tratadas apresentam, em aproximadamente 40% das vezes, aborto espontâneo, fetos natimortos ou morte perinatal. Além dos seus efeitos em termos de prematuridade, baixo peso ao nascerem, complicações agudas, deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas (ARAÚJO et al., 2012).

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou um aumento significativo de casos de sífilis gestacional e congênita no município estudado, apontando possíveis falhas quanto ao diagnóstico precoce e tratamento adequado das gestantes, apesar de o pré-natal ter sido realizado por grande parte das mulheres.

A atuação da Atenção Básica é de extrema importância no combate à transmissão materna fetal da sífilis, considerando-se que ela é a porta de entrada dos serviços de saúde e a equipe é a ligação mais próxima com o paciente, tendo muito a colaborar para a mudança no quadro epidemiológico da sífilis.

Sugere-se que os resultados desta pesquisa colaborem para alertar os profissionais de saúde e órgãos governamentais acerca da necessidade de qualificar o atendimento pré-natal. Ainda, ressalta-se a necessidade de investimentos em programas de aperfeiçoamento dos profissionais a respeito das ISTs e suas consequências, contribuindo tanto para a prevenção, quanto para o tratamento adequado da doença.

REFERÊNCIAS

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

BENZAKEN, A. S. et al. **Manual técnico para o diagnóstico da sífilis**. 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2PeIbzH>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005**. Secretaria de vigilância em saúde. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2DsLqgu>>. Acesso em: 24 set. 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/ AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2Gx9xwl>>. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, ano V, 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: Evento Sentinela da Qualidade da Assistência Pré-Natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/5hp9tk>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

DOMINGUES, R. M. S.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 12, 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

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

MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comun. ciênc. saúde**, v. 22, n. sup. esp. 1, p. 43-54, 2011.

RODRIGUES, V. L. R.; DE OLIVEIRA, F. M.; AFONSO, T. M. Sífilis congênita na perspectiva de um desafio para a Saúde Pública. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. v. 1, n. 1, 2017, Aracajú. **Anais**. CIE: Unit, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2zE1A2C>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

SILVEIRA, S. L. A. da. **Estudo epidemiológico da sífilis congênita**: a realidade de um hospital universitário terciário. 2017. 54f. Dissertação (Mestrado Profissional Associado a Residência Médica - MEPAREM) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, 2017.

