

OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO BAIANO

Isabela Santos Andrade¹; Maricélia Maia de Lima²; Erenilde Marques de Cerqueira³ e Waldenize Maria Lima Mendes⁴

1. Bolsista PROPET-Saúde, Graduada em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: isabela.sand@hotmail.com
2. Orientadora, Mestra em Enfermagem, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: maricelia.pfa@ig.com.br
3. Tutora do PROPET-Saúde Vigilância em Saúde, Doutora em Medicina e Saúde, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: eremarques@fsonline.com.br
4. Preceptora do PROPET-Saúde Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, e-mail: waldenizelima@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: sífilis congênita, vigilância epidemiológica, pré-natal.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, que tem por agente etiológico o *Treponema pallidum*. Sua transmissão ocorre por via sexual, embora possa acontecer por transfusão sanguínea, contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e verticalmente, configurando-se a sífilis congênita (SC) (Brasil, 2005).

O risco de transmissão vertical da sífilis varia de acordo com a fase clínica da doença na gestante, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina, estimando que acarrete, em pelo menos 50% das gestações acometidas, a desfechos perinatais adversos (Campos, 2010; Magalhães et al, 2011).

Apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, continua sendo considerada o principal problema de saúde pública, com prevalência alarmante em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil.

O estadiamento da sífilis é baseado na clínica da doença, alternando períodos de latência e agudização: o primeiro estágio, sífilis primária ou cancro duro; o estágio secundário da sífilis e a sífilis terciária, que ocorre em média de quatro a doze anos após a sífilis secundária. A sífilis divide-se ainda em recente, quando diagnosticada até um ano depois da infecção, e tardia, após este período.

O diagnóstico deste agravo ocorre através de testes sorológicos treponêmicos e não-treponêmicos (principalmente o VDRL) e de sua combinação com critérios clínicos, radiográficos e microscópicos.

Historicamente, o melhor tratamento conhecido para a sífilis, é a penicilina, antibiótico β -lactâmico, capaz de agir em todos os estágios da sífilis, considerada a única eficaz no tratamento da sífilis materna e do feto (Avelleira; Bottino, 2006; Milanez; Amaral, 2008). Este tratamento é fase-dependente, determinado pelos sintomas e perfil sorológico, e a dose da penicilina também varia de acordo com a fase da doença.

A medida profilática da SC baseia-se no tratamento adequado das gestantes acometidas pela sífilis, preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro através da Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006 (Milanez; Amaral, 2008).

A trajetória da sífilis é marcada por aumentos e reduções no número de casos, entre a população em geral, reaparecendo atualmente no cenário mundial, em especial a sífilis congênita, mesmo depois de ter sofrido uma diminuição expressiva com o advento do uso da penicilina nos anos de 1940, possibilitando décadas depois planejar a sua erradicação até o ano 2000 (Avelleira; Bottino, 2006; Hildebrand, 2010).

Entretanto, a eliminação deste agravo ainda não foi alcançada, persistindo como um importante desafio para a saúde pública. Diante da magnitude da SC, o Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação da doença para fins de vigilância epidemiológica (VE) no Brasil a partir de 1986 (Brasil, 2001 apud Pires et al, 2007, p. 162).

Em face da complexa situação epidemiológica do nosso país, observa-se o subdiagnóstico e a subnotificação elevados da SC, além de um déficit no monitoramento sobre o acompanhamento da mulher e da criança infectadas.

Sendo assim, o presente estudo pretendeu obter informações que subsidiassem a avaliação da ocorrência de sífilis congênita no município de Feira de Santana-BA, tendo como objetivo geral: Identificar a ocorrência da sífilis congênita no município de Feira de Santana-BA no período de 2008 a 2012; e objetivos específicos: Descrever as características sociodemográficas (relativas à criança: idade e sexo; relativas à gestante/mãe: idade, ocupação e escolaridade), clínicas (sintomatologia, diagnóstico, tratamento e evolução do caso) e epidemiológicas (antecedentes maternos: realização de pré-natal, diagnóstico de sífilis materna, esquema de tratamento e tratamento concomitante de parceiros) de pacientes notificados com sífilis congênita, no município de Feira de Santana-BA no período de 2008 a 2012.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, através de técnica estatística descritiva, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O local escolhido para o estudo foi a Divisão de Controle Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no município de Feira de Santana. Os dados selecionados para o estudo foram analisados pelo programa Tab para Windows - tabwin, disponibilizado pelo MS, bem como o Microsoft Office Excel 2007, os quais permitiram o cruzamento e a análise das variáveis selecionadas, consolidados sob a forma de tabelas e gráficos representando, dessa maneira, os resultados observados na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de estudo foram confirmados 109 casos de sífilis congênita no município de Feira de Santana – BA, sendo que o ano de 2010 apresentou o maior número de casos (n=33, 30,3%). Diversos estudos apontam a Bahia como um dos estados brasileiros com as maiores taxas de incidência registradas da doença, podendo-se inferir falhas no atendimento pré-natal, entretanto evidenciam a subnotificação deste agravo no município.

Na análise das características sociodemográficas relativas à criança, pode ser observado, que todos os casos confirmados de sífilis congênita são de menores de um ano de idade; sendo 66 (60,55%) crianças do sexo feminino e 40 (36,70%) do sexo masculino, observando-se ainda um percentual importante de 21,40% (n=3) casos com este dado ignorado ou em branco.

Quanto às características maternas, os dados revelaram um predomínio de mães entre 20 e 34 anos (67,89%, n=74), um percentual relativamente significativo de 26 (23,85%) adolescentes entre 15 e 19 anos. Cerca de 30,30% (n=33) das mães possuíam o ensino fundamental incompleto e em 22% (n=24) dos casos houve o sub-registro desta informação, 19,30% (n=21) eram estudantes e 42,20% (n=46) donas de casa.

Percebemos a ocorrência considerável de sífilis durante adolescência, o baixo nível de instrução e renda das mães e a importância do registro da variável escolaridade para a caracterização da SC. Corroborando com Araújo et al (2012), a distribuição de SC reflete desigualdades sociais em saúde e fortalece a hipótese de que as desigualdades no acesso e na qualidade do pré-natal justificariam uma maior exposição destas crianças ao risco de contraírem SC.

Em relação às características epidemiológicas, aproximadamente 70,7% (n=77) das mulheres haviam realizado o pré-natal, sendo oportuno o diagnóstico de sífilis materna em 35,8% (n=39) dos casos. Outras 40 (36,7%) mulheres apenas foram diagnosticadas com sífilis

no momento do parto/curetagem, sendo que em 69,7% (n=76) dos casos o esquema de tratamento foi considerado inadequado e apenas 12,8% (n=14) dos parceiros foram tratados.

A análise desses dados reforça a urgência na vigilância oportuna de agravos de transmissão vertical como a sífilis, ou seja, esta deve ser realizada durante o pré-natal, período em que a intervenção ainda é possível, e superar o desafio de tratar concomitantemente o parceiro desta mulher, permitindo o diagnóstico e o tratamento adequados para a diminuição da transmissão e da ocorrência de desfechos perinatais adversos relacionados a esta doença (Saraceni et al, 2007).

Quanto às características clínicas, conforme a tabela 1, 89% (n=97) das crianças foram diagnosticadas com SC recente, em relação à evolução dos casos 88,1% (n=96) foram classificados como vivos, havendo ainda dois óbitos (1,8%) por SC durante o período de estudo. Em 64,2% (n=70) dos casos, as crianças apresentaram-se assintomáticas, correlacionando-se com estudos anteriores ao evidenciar que a SC pode ser inaparente ao nascimento. Este mesmo percentual foi encontrado quanto à maior ocorrência de utilização de esquema de tratamento dos casos: Penicilina G cristalina (100.000 a 150.000 UI/Kg/dia/10dd), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 1. Distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita, segundo características relativas à criança, Feira de Santana – BA, 2008 a 2012.

Característica	N	%
Diagnóstico final		
Sífilis congênita recente	97	89
Sífilis congênita tardia	1	0,9
Natimorto	5	4,6
Descartado	3	2,75
Ignorado	3	2,75
Evolução do caso		
Vivo	96	88,1
Óbito por SC	2	1,8
Natimorto	5	4,6
Ignorado	6	5,5
Diagnóstico clínico		
Assintomático	70	64,2
Sintomático	10	9,2
Não se aplica	6	5,5
Ignorado/em branco	23	21,1
Sinais e sintomas		
Icterícia	8	7,3
Anemia	1	0,9
Esplenomegalia	1	0,9
Hepatomegalia	2	1,8
Osteocondrite	1	0,9
Lesões cutâneas	1	0,9
Pseudoparalisia	1	0,9

Fonte: SINAN/VE/SMS/FSA-BA.

Houve limitações para a análise da sintomatologia, devido à frequência constante de dados ignorados ou em branco relativos aos campos de diagnóstico clínico e presença de sinais e sintomas. Isto pode ser justificado pela postura dos profissionais de saúde frente ao preenchimento da ficha de notificação e às mudanças ocorridas nas versões de ficha utilizadas durante o período de estudo que resultou na perda destes dados, especialmente no ano de 2008

quando a ficha, apesar de trazer a classificação do diagnóstico clínico, não apresentava campos especificando os sinais e sintomas para casos sintomáticos do agravo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou limitações características das pesquisas que utilizam dados secundários provenientes de bancos de dados oficiais, sugerindo sub-registros, subnotificações e baixa qualidade das informações registradas. Os resultados apresentados constaram a fragilidade do atendimento pré-natal quanto ao controle da SC no município de Feira de Santana, retratando uma realidade nacional. A incidência de sífilis congênita é um dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde do SUS, relacionado à prioridade traçada pelo MS para a redução da mortalidade infantil e materna, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação e também durante o parto (Brasil, 2011). “Para avançar no cumprimento do objetivo de eliminar a doença enquanto problema de saúde pública até 2015, o Ministério da Saúde conta também com a implantação da Rede Cegonha, visando ampliar a oferta do teste rápido de sífilis no pré-natal” (Sífilis, 2013).

REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Boletim Epidemiológico de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Ano XIV, n. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, set. 2010.
- HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros**. 2010. 74f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007.
- MAGALHÃES, D. M. S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comum Ciênc Saúde**, v. 22, n. 1, p. 43-54, 2011.
- MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 7, p. 325-7, 2008.
- PIRES, O. et al. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n 3-4, p. 162-5, 2007.
- SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 16, n. 2, p. 103-111, 2007.
- SÍFILIS: aumenta em 34% notificação de casos**. Disponível em: <<http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/sifilis-aumenta-em-34-notificacao-de-casos/>>. Acesso em: 19 set. 2013.