



INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DO MUNICÍPIO DE VALENÇA

Marcelle Martins De Moraes Sanches¹, Vivian Lima Da Silva Naves¹ e
Natalia Barbosa Nunes Romaniel²

RESUMO

Introdução: A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão vertical do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. **Objetivos:** Identificar a incidência de sífilis congênita em uma unidade hospitalar do município de Valença-RJ, além de apontar as principais alterações detectadas ao nascimento associadas a Sífilis Congênita e correlacionar os casos positivos com o número de consultas de pré-natal realizadas pela mãe. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo da leitura dos prontuários de gestantes internadas no Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi no recorte temporal de 2016-2017, com análise de dados guiada por um roteiro pré-estruturado. **Resultado e conclusões:** nota-se a falta de notificação e dados mais substanciais. Também notamos uma baixa adesão das gestantes ao pré-natal, assim como a necessidade implementação de medidas que diminuam as taxas de incidência e da sífilis congênita no município de Valença, trabalhando a prevenção como condição determinante evitar os agravos ao recém-nascido.

Palavras-chave: Sífilis, sífilis congênita, pré-natal.

¹Discente do curso de graduação em Medicina – UNIFAA

²Docente do curso de graduação em Medicina – UNIFAA

INCIDENCE OF CONGENITAL SYPHILIS IN A HOSPITAL UNIT IN VALENÇA CITY

ABSTRACT

Introduction: Congenital syphilis is the result of the hematogenous spread of *Treponema pallidum*, from an untreated or inadequately treated infected pregnant woman, via the transplacental route. It is known that vertical transmission of *Treponema pallidum* can occur at any stage of pregnancy or clinical stage of maternal disease. The main factors that determine the probability of vertical transmission of *T. pallidum* are the stage of syphilis in the mother and the duration of exposure of the fetus in the uterus. **Objectives:** To identify the incidence of congenital syphilis in a hospital in the municipality of Valença-RJ, in addition to pointing out the main changes detected at birth associated with Congenital Syphilis and correlating positive cases with the number of prenatal consultations performed by the mother. **Materials and Methods:** Retrospective study of the reading of medical records of pregnant women admitted to Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi in the time frame of 2016-2017, with data analysis guided by a pre-structured script. **Result and conclusions:** there is a lack of notification and more substantial data. We also noticed a low adherence of pregnant women to prenatal care, as well as the need to implement measures to reduce the incidence rates and congenital syphilis in the municipality of Valença, working on prevention as a determining condition to prevent injuries to the newborn.

Keywords: Syphilis, congenital syphilis, prenatal.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica de *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Sabe-se que a transmissão vertical de *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical de *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero materno (BRASIL,2016).

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade (BRASIL, 2006).

A sífilis congênita é causa de importante de morbimortalidade fetal, apesar do baixo custo do seu tratamento e da disponibilidade de tecnologia para a sua prevenção (LAGUARDIA et al., 2004)

Acreditava-se que a infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorresse antes do 4º mês de gestação, entretanto, já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos, já a partir da 9ª semana de gestação. As alterações fisiopatogênicas observadas na gestante são as mesmas que ocorrem na não gestante. A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período (AVELLEIRA, 2006).

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto, porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes da gravidez ocorrer.

A qualidade da assistência à gestação e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiro, segundo Rodrigues, 2004.

Tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, os fatores de risco para a aquisição de sífilis por uma mulher em idade fértil são os seguintes: baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono da escola. Em relação à sífilis congênita, acrescentam-se como fatores de risco: ausência de assistência pré-natal e gestante adolescente e/ou sem parceiro fixo. Em todos os estudos, é constante o dado de que o principal fator de risco para a sífilis congênita consiste no acompanhamento pré-natal inadequado, responsável por cerca de 70 a 90% dos casos encontrados (SBP, 2010).

Dentre os problemas relacionados à sífilis congênita e ao atendimento pré-natal, destacam-se os seguintes: anamnese inadequada; sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres); interpretação inadequada da sorologia para sífilis; falha no reconhecimento dos sinais de sífilis maternos; falta de tratamento do parceiro sexual e falha na comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica, entre outros. Vale frisar que a sífilis congênita é um exemplo de doença que pode ser detectada e tratada durante o cuidado pré-natal, sendo a triagem para

presença da infecção materna altamente efetiva, mesmo em locais de baixa prevalência de sífilis na população (SBP, 2010).

Assim, é possível prevenir e evitar a sífilis congênita apenas quando o cuidado pré-natal é disponível e acessível para a população de maior risco, ou seja, mulheres jovens e adolescentes, sem parceiro fixo, com múltiplos parceiros e/ou que não utilizam proteção durante o ato sexual e as que pertencem a grupos desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico. A presença destes dois perfis de risco distintos vem sendo comprovada na população brasileira (SBP, 2010).

Nesse sentido, assistência pré-natal de qualidade é fundamental à saúde materno-infantil. Nesse período, devem ser desenvolvidas atividades relacionadas à promoção da saúde e identificação de riscos para a gestante e o concepto, permitindo assim a prevenção de inúmeras complicações, além de reduzir ou eliminar fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde (CAMPOS et al., 2010)

Para um dos perfis prevalece a situação socioeconômica, ou seja, a baixa renda familiar, associada à educação insuficiente, à ocupação não diferenciada e à pertinência a grupos mais desfavorecidos facilitam a aquisição de sífilis por mulheres jovens. Neste grupo, o acesso difícil ao cuidado pré-natal e um pré-natal de qualidade ruim favorecem a presença da sífilis congênita no concepto. Já, no outro perfil, semelhante ao relatado para a população de países mais desenvolvidos, é o fato da mulher apresentar comportamentos de risco, como a promiscuidade sexual e o uso de drogas, álcool e fumo, que acaba por facilitar a aquisição da sífilis. Ao engravidar, esta mulher é, por vezes, refratária ao serviço de saúde, o que compromete o atendimento pré-natal e propicia a transmissão vertical da sífilis (SBP, 2010).

Para Brasil (2011) a síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo.

Com base na literatura apresentada foi traçado como objetivo geral da pesquisa, identificar a incidência de sífilis congênita em uma unidade hospitalar do município de Valença-RJ e como objetivos específicos apontar as principais alterações detectadas ao nascimento associadas a Sífilis Congênita e correlacionar os casos positivos com o número de consultas de pré-natal realizadas pela mãe.

De acordo com Lorenzzi (2001) deve-se lembrar de que a sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, indicador da qualidade da assistência pré-natal de uma população.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo exploratório, utilizando-se o estudo retrospectivo para sustentar a busca de informação em documento e registros de eventos já acontecidos, de forma sistematizada num local e período determinados, que foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do curso de Medicina do Centro Universitário de Valença sob aprovação de Parecer Consubstanciado do CEP número 2.690.620, de 03 de Maio de 2018.

A amostra constou de recém-natos admitidos e internados no alojamento conjunto de um Hospital Escola localizado no município de Valença-RJ, que tenham sido diagnosticados com sífilis congênita.

A coleta de dados foi feita através da análise de prontuários dos recém-natos diagnosticados com sífilis congênita nos anos de 2016 e 2017, a partir de um roteiro com itens relacionados a número de consultas pré-natal, idade materna, idade gestacional ao nascimento, peso ao nascer, perímetro cefálico, realização de testes sorológicos específicos no pré-natal e na admissão na unidade hospitalar e presença de sinais de infecção congênita.

Após o levantamento, os dados foram organizados em tabelas e gráficos para que pudessem ser analisados a luz da literatura pertinente. A revisão literária foi realizada a respeito das Sífilis Congênita, incluindo artigos publicados em periódicos indexados. Assim, os dados das literaturas encontradas foram confrontados com os dados obtidos nas análises dos prontuários da unidade, visando evidenciar as principais formas de apresentação da sífilis e suas complicações.

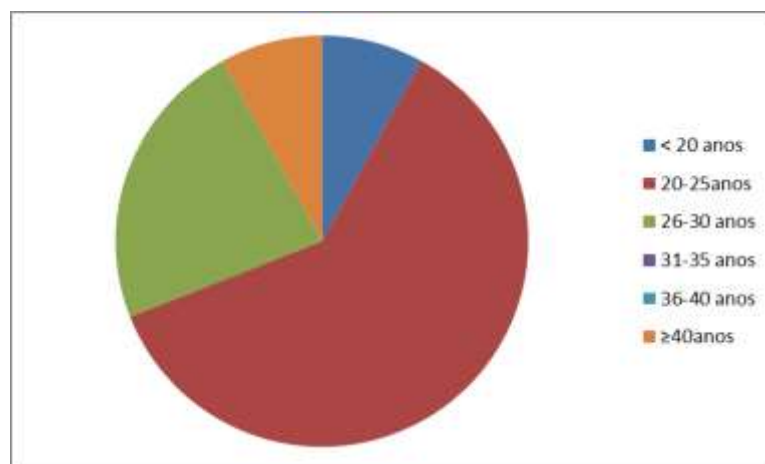
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados dos prontuários foi concluída com o levantamento sistemático dos prontuários previamente selecionados pela Instituição onde se realizou a pesquisa.

Foram realizadas no total, 17 coletas nos prontuários de gestantes internadas com sífilis, e destes cerca de 13 (75,6%) apresentavam as informações necessárias registradas para a coleta no instrumento elaborado.

Dados maternos

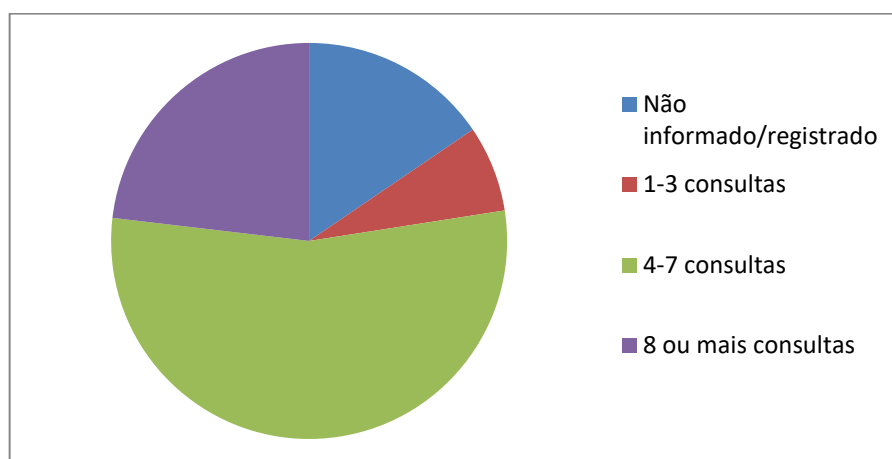
Gráfico1. Faixa etária das puérperas



Em relação ao número de gestações, cerca de 38% das mulheres eram primíparas as demais tiveram duas ou mais gestações.

Quanto ao pré-natal cerca de 61% das gestantes realizaram este seguimento, sendo que a maior parte delas o iniciaram por volta do segundo trimestre de gestação.

Gráfico 2. Número de consultas pré-natal



Um dado relevante foi de que apenas 46% das gestantes avaliadas durante o levantamento realizaram o teste diagnóstico para sífilis na gestação, apesar da cobertura do pré-natal estar sendo realizado com uma maior cobertura. Por outro lado

a realização do teste rápido para sífilis na admissão da maternidade ocorreu em 92% das gestantes.

Das mulheres que realizaram o tratamento para a Sífilis, 53% realizaram na gestação ou periparto, sendo o tratamento com penicilina benzatina a maior recomendação. Apenas 46% dos parceiros, levando em conta o total da amostra, também receberam o tratamento.

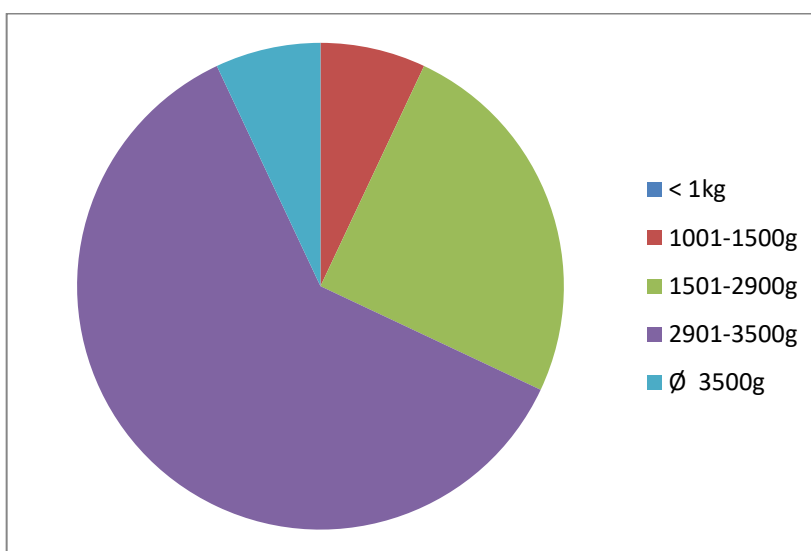
Dados do Recém-nato (Rn):

Do total de 13 Rns, 06 eram do sexo masculino, 06 do sexo feminino e 01 não foi informado.

Tabela 1. Idade gestacional ao nascer

30-34 sem mais 6d	7%	01
35-38 sem mais 6d	47%	06
39-40 sem mais 6d	38%	05
Maior 41 sem	7%	01

Gráfico 3. Peso ao nascer



Do total de recém-nascidos, apenas 7% apresentaram sinais de infecção congênita por sífilis. Não foram encontrados relatos de hepatomegalia, esplenomegalia e crescimento intrauterino restrito.

Quanto ao tratamento utilizado, 02 RN fizeram ampicilina + gentamicina, 10 usaram penicilina cristalina e 01 penicilina procaína.

DISCUSSÃO

Durante a análise dos dados nota-se que a maioria das gestantes apresentava faixa etária de 14 a 39 anos, muitas destas não realizaram o exame sorológico no decorrer do pré-natal, seja por início tardio do acompanhamento ou por não ter realizado número de consultas suficientes para leitura dos resultados. Entre os diversos fatores a serem considerados diante deste dado, poderíamos apontar uma baixa adesão a Atenção Básica, a falta de vínculo com os profissionais assistentes ou ainda uma falta de busca ativa microrregional. Outro dado relevante foi uma incompatibilidade entre o número de gestantes que realizaram o pré-natal e aquelas que realizaram o teste para pesquisa da sífilis durante este seguimento. Toda gestante deve ser testada para sífilis logo após o diagnóstico da gravidez. É recomendada a realização do teste na entrada do Pré Natal, idealmente no primeiro trimestre, no segundo e terceiro trimestres de gestação e na admissão para o parto ou curetagem por abortamento, independentemente dos exames terem sido realizados durante o Pré Natal (SP, 2016).

Para alcançar as metas propostas pelo Ministério da Saúde, várias estratégias e ações vêm sendo desenvolvidas, principalmente na atenção pré-natal, com ênfase no diagnóstico, assistência e vigilância da doença. Essas estratégias e ações são importantes para a obtenção do melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce, bem como para a prevenção dos casos, mas ainda não são suficientes para o alcance da meta de eliminação. A dificuldade de prevenção da transmissão vertical permanece no entrave do diagnóstico e do tratamento precoce e adequado (ARAÚJO, 2010).

Maiores esforços devem ser aplicados na qualidade dessa assistência, com ampla cobertura na oferta de testes para sífilis em gestantes, retorno dos resultados

em tempo hábil, tratamento adequado, inclusão do parceiro sexual, orientação para prática sexual segura e planejamento reprodutivo (SOPESP, 2017).

No Brasil, nos últimos cinco anos, de acordo com os últimos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (BRASIL, 2017). A elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A sífilis adquirida teve sua notificação compulsória implantada em 2010 (BRASIL, 2017)

Para Brasil, 2011, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados, porém os dados levantados no município de estudo não corroboram o cenário nacional, devendo-se rever algumas estratégias de cobertura principalmente na Atenção Básica.

Além dos indicadores de impacto para cada um dos agravos, devem ser levados em consideração pelos municípios os seguintes indicadores de processo quando da solicitação de habilitação: (a) cobertura de pré-natal (pelo menos uma consulta) $\geq 95\%$; (b) cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$; (c) cobertura de tratamento com antirretrovirais (ARV) em gestantes HIV+ $\geq 95\%$; e (d) cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$. Dado o cenário epidemiológico de aumento de casos de sífilis, aliado à subnotificação de casos, o país ainda não iniciou o processo de certificação de eliminação de sua transmissão vertical (BRASIL, 2017).

Neste contexto de repensar as estratégias de políticas públicas para doenças infecto contagiosas, estabeleceram-se seis eixos de atuação: certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV, comunicação em saúde, educação permanente em saúde, qualificação das informações estratégicas, fortalecimento da parceria do MS com outros atores e ampliação dos comitês de investigação da transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2016).

Apenas quando os tais propósitos forem aceitos, quando se tornar realidade estaremos começando a cumprir as resoluções de 1948 da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS e, de fato, melhorando a saúde das mulheres e das crianças. O tratamento adequado da sífilis na gestação é a única maneira de impedir a transmissão vertical e, por consequência, a infecção congênita. (LA CALLEN, 2013)

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o exame de VDRL deve ser realizado logo no início da assistência pré-natal, repetido no terceiro trimestre gestacional e no momento do parto. Os dois primeiros visam garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança (SARACENI; MIRANDA, 2012).

CONCLUSÃO

O estudo indica, pelo momento, que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante não é suficiente para garantir o controle da sífilis congênita e manter a baixa incidência da doença como meta; e que a conduta inicial para detecção e tratamento da sífilis congênita não está de acordo com as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A qualidade da assistência à gestação e parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros.

Somente por meio de um esforço unificado, com assistência pré-natal de qualidade, exames laboratoriais em tempo hábil, tratamento do casal e conscientização de todos envolvidos, será possível alcançar o objetivo almejado de controle dessa infecção.

A Estratégia Saúde da Família deve ser utilizada como elo, como forma de aproximação da população, conhecendo que é uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde, e dos agentes comunitários de saúde para busca ativa às gestantes, assim investindo na educação continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, C. L. Incidência da Sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2010.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. *An. Bras. Dermatol.* [online]. 2006, vol.81, n.2 [cited 2020-11-10], pp.111-126. Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita** - Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** - Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Testes de Sensibilidade à Penicilina** - Manual - Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília; Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita. Manual de Bolso**. Brasília, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis** ISSN online 2358-9450. Volume 48, n 36 2017.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-55, Set 2010.

COSTA, C. C.; FREITAS, L. V. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Esc. Enfermagem USP** 2013, 47.

FERREIRA, A. W.; ÁVILA, S. L. M. **Diagnóstico Laboratorial das Principais Doenças Infecciosas e Auto-Imunes**. Editora Guanabara Koogan, 1996.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 13, p. 135-46, 2004.

LEITÃO, E. J. L. et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. **Com. Ciências Saúde**. v. 20, n. 4, p. 307-14, 2009.

LORENZI, DRS. Sífilis congênita como indicador de Assistência Pré Natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, 2001.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Pública** 2004

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST e Aids. Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids. **Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. 2nd ed. São Paulo: SES-SP; 2016.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-96, Mar 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. Documento Científico** – Departamento de Neonatologia, 2010.

SOCIEDADE PEDIÁTRICA DE SÃO PAULO, SOPESP. **Pediatra Atualize-se**. ISSN 2448-4466 v. 2, n. 5. Set 2017.