**ESTUDO COMPARATIVO DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NOS MUNICÍPIOS DE CARAZINHO E PASSO FUNDO NOS ANOS DE 2015 E 2016**

Eduarda Prates da Cunha[[1]](#footnote-2)

Danusa Scarpin da Rocha[[2]](#footnote-3)

Gabriela dos Santos Hase[[3]](#footnote-4)

Ricardo Brito[[4]](#footnote-5)

Anelise Schell Almeida[[5]](#footnote-6)

**RESUMO**

A Sífilis é uma IST causada pela bactéria *Treponema pallidum* que pode também ser transmitida através da mãe infectada para o feto durante a gestação ou ao bebê no parto, ocasionando a Sífilis Congênita. O objetivo deste estudo foi de identificar e analisar a incidência de Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita nos municípios de Carazinho e Passo Fundo nos anos de 2015 e 2016. Estudo analítico ecológico de levantamento de dados através do DATASUS comparando os casos de Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita de 2015 e 2016 em Carazinho e Passo Fundo. Pode-se observar como resultados uma diminuição dos índices de Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita no município de Carazinho de 2015 para 2016. Já em Passo Fundo, pode-se observar um aumento nos casos dessas patologias.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Sífilis em Gestantes; Sífilis Congênita.

**INTRODUÇÃO**

Sífilis é uma infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria Treponema pallidum, podendo provocar várias manifestações clínicas tanto em homens como em mulheres. Sendo assim, pode ser transmitida por relação sexual sem proteção com uma pessoa infectada, ou da mãe infectada para a criança durante a gestação ou o parto, ocasionando a Sífilis Congênita. A Coordenação Estadual de DST ressalta a importância da realização de exames para sífilis, preferencialmente o teste rápido, para diagnóstico em toda população, principalmente as mulheres grávidas, orientando também a testagem de suas parcerias sexuais e o tratamento prioritário com penicilina como métodos para prevenir a transmissão vertical da sífilis.

Para (AVALLERAS, 2006) tem como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical para o feto durante o período de gestação de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente. Também pode ser transmitida por transfusão sanguínea. A apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável e complexa. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal.

Conforme o MS, a cobertura de assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal e alcança valores superiores a 90,0%, independentemente da região geográfica do País ou características maternas. As mulheres sem assistência pré-natal apresentaram a prevalência mais elevada de sífilis na gestação.

O início tardio da assistência pré-natal é uma das barreiras para o controle da sífilis na gestação, segundo a OMS.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo analítico ecológico de levantamento de dados e revisão de literatura de caráter exploratório, comparando o índice de casos confirmados de sífilis congênita encontrado nos municípios do norte do Rio Grande do Sul, Carazinho e Passo Fundo, no período de 2015 e 2016, baseado em artigos científicos disponibilizados na base de dados da SCIELO e BVS, e dados obtidos no sistema do Ministério da Saúde (DataSUS e SINAN). Foram utilizados casos notificados de Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita para fazer uma comparação das gestantes que fizeram o tratamento e não transmitiram o vírus para a criança.

**DISCUSSÃO**

A sífilis é uma doença conhecida há mais de 500 anos, que tem como principal meio de transmissão, a via sexual. Pode-se apresentar em três estágios, e ainda na forma congênita. Existe também a sífilis que ocorre sem as manifestações clínicas da doença, denominada sífilis latente, a qual se subdivide em precoce e tardia.

 Os sintomas na primeira fase caracterizam-se por aparecimento de lesão no lugar onde o agente se localiza e aumento dos linfonodos locais. Se não tratada, a lesão desaparece, mas volta no segundo estágio, após, em média, oito semanas, apresentando-se em forma de máculas na pele e órgãos internos. No terceiro estágio, as lesões, em forma de granulomas, desenvolvem-se na pele, mucosas, sistema cardiovascular e nervoso.

No Brasil, a sífilis durante a gestação ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido uma ocorrência relevante de SC. Embora o Ministério da Saúde (MS) tenha lançado, em 1993, o Projeto de Eliminação da SC com o objetivo de reduzir sua incidência para um caso ou menos a cada 1.000 nascidos vivos, as metas governamentais não foram atingidas. (MILANEZ;AMARAL, 2008).

Segundo Avelleira e Bottino (2006), a sífilis congênita é resultante da disseminação hematogênica do agente T. pallidum pela gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o concepto por via transplacentária (transmissão vertical). A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Portanto, a transmissão será maior nas fases iniciais da doença, quando há mais espiroquetas na circulação. A taxa de transmissão é de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia.

A contaminação do feto pode ocasionar abortamento, óbito fetal e morte neonatal em 40% dos conceptos infectados ou o nascimento de crianças com sífilis. Aproximadamente 50% das crianças infectadas estão assintomáticas ao nascimento. Há possibilidade de transmissão direta do T. pallidum pelo contato da recém-nato com lesões genitais maternas no canal de parto.

Quando a sífilis se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada sífilis congênita precoce e, após os dois anos, de sífilis congênita tardia.As lesões cutâneo-mucosas da sífilis congênita precoce podem estar presentes desde o nascimento, e as mais comuns são exantema maculoso na face e extremidades, lesões bolhosas, condiloma latum, fissuras periorais e anais. A mucosa nasal apresenta rinite mucossangüinolenta.Nos outros órgãos observa-se hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondrite, periostite ou osteíte, anemia, hidropsia fetal.Na sífilis congênita tardia as lesões são irreversíveis, e as que mais se destacam são fronte olímpica, palato em ogiva, rágades periorais (fissuras), tíbia em sabre, dentes de Hutchinson e molares em formato de amora. E ainda ceratite, surdez e retardo mental. Em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso recomenda-se realizar exame do líquor. Radiografias de ossos longos são importantes porque existem casos de RN infectados assintomáticos cuja única alteração é o achado radiográfico.

O diagnóstico da sífilis congênita é confirmado por provas diretas com o achado do T. pallidum nas lesões, líquidos corporais ou tecidos. Testes sorológicos do sangue do cordão umbilical e sangue periférico do recém-nato podem ser feitos. O diagnóstico na ausência de lesões deverá considerar que anticorpos maternos podem passar ao feto sem infecção, e, nesse caso, é necessário realizar sorologia quantitativa periódica (negativação em média dentro de seis meses após o nascimento) ou o FTA-ABS-IgM, já que a molécula de IgM não ultrapassa a barreira placentária, sendo diagnóstica quando positiva. Em relação ao VDRL, o diagnóstico de sífilis congênita é feito quando os resultados do recém-nato são iguais a quatro ou mais vezes o título materno. (AVELLEIRA; AMARAL, 2008).

Para o tratamento da sífilis congênita, segundo Guinsburg e Santos (2010), a penicilina éa droga de escolha. Ela praticamente não apresenta efeitosadversos e mesmo a reação de *Jarisch-Herxheimer* ocorre com freqüência desprezível noperíodo neonatal. A penicilina cristalina ou procaína têm sido as drogas de escolha, embora umestudo recente mostre níveis liquóricos mais altos e constantes da penicilina cristalina,comparada à procaína. A penicilina benzatina tem pouca penetração liquórica, podendo nãoatingir ou manter níveis treponemicidas em nível de sistema nervoso central. Não há tambémexperiência nem indicação de qualquer outro antibiótico para a terapêutica da lues no períodoneonatal. Alguns autores sugerem o uso da ampicilina na sífilis congênita, por se tratar de umantibiótico treponemicida, capaz de atingir altas concentrações liquóricas, especialmente quando a penicilina cristalina não está disponível. Entretanto, ainda não existem dados na literatura quepermitam a sua recomendação plena como antibiótico de escolha ou como alternativa terapêutica.

A sífilis em gestantes, quando inadequadamente tratada, pode levar a desfechos adversos para o concepto como abortamento, prematuridade e óbito. Estudo retrospectivo com puérperas VDRL reagentes e que tiveram o óbito fetal como desfecho da gestação apontou que a presença da sífilis materna como a principal causa dessas ocorrências. (NASCIMENTO; CUNHA, 2012).O principal fator de falha no tratamento da gestante foi a falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro, fato que se assemelha aos achados em outros estudos. A inclusão do parceiro no pré-natal tem sido uma importante estratégia para a abordagem do problema e é determinante para a cura eficaz da mãe e, consequentemente, para o fim do agravo.Uma assistência pré-natal deficiente leva à ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis e decorrentemente pode resultar em um aumento no número de casos da sífilis congênita. Tratamento No Período Neonatal: - (A) Recém-nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independente do resultado do teste VenerealDiseasesResearchLaboratories (VDRL) do recém-nascido:

- (A1) se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas: penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg/dose, EV, de 12/12 h (nos primeiros sete dias de vida) e de 8/8 h (após sete dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/kg/dia, intramuscular, durante 10 dias;

- (A2) se houver alteração liquórica (neurossífi lis): penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg/dose, EV, de 12/12 hs (nos primeiros sete dias de vida) e de 8/8 h (após sete dias de vida), durante 10 dias;

- (A3) se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia for negativa no recém-nascido e garantia de acompanhamento da criança: penicilina G benzatina por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/kg. Na impossibilidade em garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

- (B) RN de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém nascido; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do líquido cefalorraquidiano:

- (B1) Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

- (B2) Se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

- (C) Recém-nascido de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido.

- (C1) Se for assintomático e o VDRL não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento deve-se proceder ao tratamento com penicilina G benzatina, intramuscular, na dose única de 50.000 UI/kg.

- (C2) Se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1(sem alterações liquóricas) ou A2 (se houver alterações liquóricas). No Período Pós-Neonatal (após 28º dia de vida) Crianças com quadro clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas com exame de líquor, obedecendo-se à rotina referida anteriormente. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de a cada 4 h, e para a penicilina G procaína, a cada 12 h, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados. Após o tratamento deverá ser realizado o seguimento de controle e cura dos casos:

• Seguimento ambulatorial mensal até o sexto mês de vida e bimensal do sexto ao 12º mês; • Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo a realização do teste quando este apresentar dois resultados repetidamente negativos;

• Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto anteriormente;

 • Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negativação até os 18 meses de idade, investigar novamente o paciente e proceder ao tratamento; • Realizar teste treponêmico (hemoaglutinação indireta - TPHA ou sorológico -FTA-Abs ou ELISA) para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;

 • Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos;

• Nos casos em que o líquido cefalorraquidiano mostrou-se alterado, deve ser realizada uma reavaliação liquórica a cada seis meses até a normalização do mesmo; alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;

• Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliaçãoclínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.Sendo uma doença de notificação compulsória, todos os casos detectados devem ser reportados ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). É dever de todo cidadão e obrigatório a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde informar qualquer agravo de notificação compulsória (Lei nº 6.259). Atualmente, para fins de vigilância epidemiológica, é utilizada a definição de caso de sífilis congênita elaborada em 2004 e assim deverá ser notificado.A vigilância epidemiológica da sífilis na gestação tem como objetivo controlar a transmissão vertical do Treponema pallidum, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle.

**RESULTADOS**

Após coletado os dados, pode-se observar uma diminuição nos índices de Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita no município de Carazinho de 2015 para 2016. Já em Passo Fundo, pode-se observar um aumento nos casos dessas patologias.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cidade/ Ano | 2015 | 2016 |
| Carazinho | 28 | 11 |
| Passo Fundo | 201 | 207 |

**Número de casos de sífilis em gestantes**

Fonte: TabNet (2018)

**Número de Casos de sífilis congênita**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cidade/ Ano | 2015 | 2016 |
| Carazinho | 15 | 9 |
| Passo Fundo | 1 | 148 |

Fonte: TabNet (2018)

A incidência de uma doença é o número de casos novosda doença surgidos no mesmo local e período. Denota aintensidade com que acontece uma doença numapopulação e mede a frequência ou probabilidade deocorrência de casos novos de doença na população.

Incidência de Sífilis Congênita nos municípios de Carazinho e Passo Fundo

Sífilis congênita em 2015 no município de Carazinho: 15x100 = 1,62%

 921

Sífilis congênita em 2016 no município de Carazinho: 9x100 = 1,08%

 829

Sífilis congênita em 2015 no município de Passo Fundo: 1x100 = 0,03%

 2.925

Sífilis congênita em 2016 no município de Passo Fundo:148x100 = 5,14%

2.876

 **Incidência de Sífilis Congênita**

 **Incidência de sífilis congênita em gestante com sífilis em Carazinho.**

Carazinho 2015: 53,5% dos casos de sífilis em gestantes resultaram em sífilis congênita.

Carazinho 2016: 81,8% dos casos de sífilis em gestantes resultaram em sífilis congênita.

 **Incidência de sífilis congênita em gestante com sífilis em Passo Fundo.**

Passo Fundo 2015: 0,4% dos casos de sífilis em gestantes resultaram em sífilis congênita.

Passo Fundo 2016: 71,4% dos casos de sífilis em gestantes resultaram em sífilis congênita.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a análise dos dados, pode-se observar que houve um declínio no índice de casos confirmados de Sífilis em gestantes, mas um aumento de sífilis congênita no município de Carazinho. Já na cidade de Passo Fundo, houve um aumento de ambos os casos. É importante que a realização do teste rápido seja feita nos três trimestres da gravidez, durante o pré-natal, e caso detectada a doença, a mãe e o seu parceiro sejam tratados o mais rápido possível para a prevenção da transmissão da sífilis ao feto e uma nova contaminação. O enfermeiro do ESF tem uma grande atuação frente a estes casos, pois muitas vezes é o primeiro a entrar em contato com a gestante contaminada durante a realização do pré-natal, e tem a responsabilidade de encaminhá-la a um tratamento eficaz e realizar a notificação da ocorrência da doença, para quantificar os casos e fazer as intervenções necessárias nos municípios para sua prevenção.

**REFERÊNCIAS**

AMARAL, Eliana. **Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro. v. 34, n. 2, p. 52-55. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0100-72032012000200002&lng=en&nrm=iso>.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi. BOTTINO, Giuliana.**Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.**Anais Brasileiros de Dermatologia. Vol. 2. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002>>.

GUINSBURG, Ruth. **Critérios Diagnósticos e Tratamento de Sífilis Congênita.** Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf>>.

MILANEZ, Helaine; AMARAL, Eliana. **Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?**Divisão de Obstetrícia/ Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. São Paulo. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a01v30n7>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.**SÍFILIS Estratégias para Diagnóstico no Brasil.** 2010. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf>>.

NASCIMENTO, Maria Isabel do et al . **Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro . v. 34, n. 2, p. 56-62. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0100-72032012000200003&lng=en&nrm=iso>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SESP-SP. **Sífilis congênita e sífilis na gestação.** Rev. Saúde Pública, São Paulo. v. 42, n. 4, p. 768-772. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en&nrm=iso>.

TABNET. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>.

1. Acadêmica do Curso de Enfermagem /ULBRA Carazinho. duudacunha\_@hotmail.com [↑](#footnote-ref-2)
2. Acadêmica do Curso de Enfermagem /ULBRA Carazinho. danusa.scarpin@yahoo.com.br [↑](#footnote-ref-3)
3. Acadêmica do Curso de Enfermagem /ULBRA Carazinho. gaby\_hase@hotmail.com [↑](#footnote-ref-4)
4. Acadêmico do Curso de Enfermagem ULBRA/Carazinho. ricardobrito56@gmail.com [↑](#footnote-ref-5)
5. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da ULBRA Carazinho. Orientadora. anelisealmeidafw@yahoo.com.br [↑](#footnote-ref-6)