Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL E CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

SPATIAL DISTRIBUTION AND CHARACTERIZATION OF CASES OF CONGENITAL SYPHILIS

DISTRIBUCIÓN ESPACIAL Y CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA

Mariane Signor[1], Lilian Moura de Lima Spagnolo[2], Jéssica Oliveira Tomberg[3], Mariangela Gobatto[4], Natália Sevilha Stofel[5]

RESUMO

***Objetivo*:** identificar a distribuição espacial da incidência de sífilis congênita e as características maternas e dos recém-nascidos acometidos. ***Método*:** quantitativo, documental, sendo analisadas as características maternas e do recém-nascido de 1.145 notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de casos de sífilis congênita e materna. Utilizou-se na coleta um formulário estruturado, na análise fez-se uso da estatística descritiva por meio do programa Microsoft Excel® 2010 e os dados são apresentados em tabelas e figuras. ***Resultados*:** a incidência e a letalidade foram maiores nos anos de 2012 (19/10.000 nascidos vivos) e 2007 (5,7/100 casos). Quanto às características maternas, 38,6% apresentaram baixa escolaridade, 70% estavam na faixa etária entre 20-39 anos, em 63,6% o diagnóstico foi realizado no pré-natal e em 69,4% o parceiro não realizou tratamento. No recém-nascido, em 95% dos casos o diagnóstico foi realizado em até 6 dias de vida e 93,9% evoluíram para cura. ***Conclusão*:** ocorreu um aumento progressivo de incidência de sífilis congênita até o ano de 2012, com maior taxa de letalidade no ano de 2007, as características maternas apontam para a baixa escolaridade e as características dos casos de sífilis congênita conferem que o diagnóstico foi feito em tempo oportuno. ***Descritores*:** Sífilis; Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Notificação de Doenças; Saúde Pública; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the spatial distribution of the incidence of congenital syphilis and maternal and newborn characteristics. ***Method:*** quantitative, documentary study, which analyzed the maternal and newborn characteristics of 1,145 notifications from the Reporting System of Cases of congenital and maternal syphilis. A structured form was used in the collection and descriptive statistics through the Microsoft Excel® 2010 program was used in the analysis. Data were presented in tables and figures. ***Results:*** incidence and lethality were higher in the years 2012 (19/10,000 live births) and 2007 (5.7/100 cases). Regarding maternal characteristics, 38.6% had low levels of schooling, 70% were between 20 and 39 years old, 63.6% had been diagnosed during prenatal care and in 69.4% of cases the partner had not performed treatment. In the newborn, in 95% of cases the diagnosis was made within 6 days of life and 93.9% evolved to cure. ***Conclusion:*** there was a progressive increase in the incidence of congenital syphilis until the year 2012, with a higher lethality rate in 2007. Maternal characteristics indicate low schooling and the characteristics of cases of congenital syphilis confirm that the diagnosis was made in time. ***Descritores*:** Syphilis; Congenital Syphilis; Prenatal Care; Notification of Diseases; Public Health; Health Services.

RESUMEN

Objetivo*:** identificar la distribución espacial de la incidencia de sífilis congénita y las características maternas y de los recién nacidos acometidos. ***Método*: cu**antitativo, documental, siendo analizadas las características maternas y del recién nacido de 1.145 notificaciones del Sistema de Información de Agravíos de Notificación de casos de sífilis congénita y materna. Se utilizó en la recolección un formulario estructurado, en el análisis se usa la estadística descriptiva por medio del programa Microsoft Excel® 2010 y los datos son presentados en planillas y figuras. ***Resultados*: l**a incidencia y la letalidad fueron mayores en los años de 2012 (19/10.000 nacidos vivos) y 2007 (5,7/100 casos). En las características maternas, 38,6% presentaron baja escolaridad, 70% tenían edad entre 20-39 años, en 63,6% el diagnóstico fue realizado en el prenatal y en 69,4% el compañero no realizó tratamiento. En el recién nacido, en 95% de los casos el diagnóstico fue realizado en hasta 6 días de vida y 93,9% se curaron. ***Conclusión: hubo un aumento progresivo de incidencia de sífilis congénita hasta el año de 2012, con mayor tasa de letalidad en el año de 2007, las características maternas apuntan para la baja escolaridad y las características de los casos de sífilis congénita muestran que el diagnóstico fue hecho en tiempo oportuno. ***Descriptores*:** Sífilis; Sífilis Congénita; Cuidado Prenatal; Notificación de Enfermedades; Salud Pública; Servicios de Salud.

[1]Enfermeira, Instituto Federal do Paraná/IFPR. Palmas (PR), Brasil. E-mail: mari.signor@hotmail.com ORCID iD: http://orcid.org/0000-0002-2161-7080; [2]Doutora, Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: lima.lilian@gmail.com ORCID iD: http://orcid.org/0000-0003-2070-6177; [3]Mestre, Universidade Federal de Pelotas/UFPel. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: jessicatomberg@hotmail.com ORCID iD: http://orcid.org/0000-0002-1194-9970; [4]Mestre, Instituto Federal do Paraná/IFPR, Palmas (PR), Brasil. E-mail: mariangela.gobatto@ifpr.edu.br ORCID iD: http://orcid.org/0000-0002-5427-7297; [51] Mestre, Universidade Federal do Pampa/Unipampa, Uruguaiana (RS), Brasil. E-mail: naty.stofel@gmail.com ORCID iD: http://orcid.org/0000-0002-5928-3477

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, que acomete a espécie humana há muitos anos. A transmissão ocorre por via sexual e vertical, ocasionando, respectivamente, a sífilis adquirida e a congênita. Estima-se que aproximadamente 12 milhões de pessoas no mundo apresentem sífilis a cada ano, sendo meio milhão de crianças, e meio milhão de abortos e natimortos resultantes da sífilis materna.[1]

A forma congênita atualmente é considerada um grande desafio para a saúde pública. A estratégia para o controle centra-se na prevenção da doença, a qual inicia-se durante o pré-natal, com a identificação precoce da sífilis materna, através de testes rápidos de sífilis e exames laboratoriais, o que permite diagnosticar a gestante e os parceiros, e iniciar o tratamento em tempo oportuno.[1-7] Apesar disso, a incidência da doença continua aumentando progressivamente.[1-3]

A taxa de incidência no Brasil para os anos de 2011, 2012 e 2013 foram 3,3/1.000 nascidos vivos; 4,0/1.000 nascidos vivos e 4,8/1.000 nascidos vivos, respectivamente.[3] Cabe destacar que, desde 1986 a sífilis congênita é considerada uma doença de notificação compulsória, para fins de vigilância epidemiológica, porém, a subnotificação no Brasil atinge até 67% dos casos ao ano.[3] Assim, estima-se que os indicadores da sífilis podem ser ainda maiores do que o notificado.

Há evidências científicas da ocorrência da sífilis congênita relacionada às fragilidades dos serviços de saúde quanto à cobertura e assistência do pré-natal na atenção básica.[4-7] Ademais, as características maternas também vêm se associando à ocorrência da sífilis congênita. Em estudo de base nacional foi identificado associação dos casos de sífilis congênita em mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, com a menor escolaridade, cor da pele preta, sem atividade remunerada, início tardio do pré-natal e menor número de consultas e exames sorológicos, tratamento inadequado. Além disso, a sífilis congênita configura-se como um fator de risco para a prematuridade, mortalidade fetal e frequência de internações hospitalares.[5]

Desse modo, verifica-se a relação da sífilis congênita com a vulnerabilidade social e a necessidade de caracterizar o cenário de ocorrência, para proporcionar elementos valiosos no planejamento das ações de controle pelos gestores e profissionais de saúde.

OBJETIVO

- Identificar a distribuição espacial da incidência de sífilis congênita e as características maternas e dos recém-nascidos acometidos.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo e documental, realizado entre os meses de outubro e novembro de 2016, com coleta de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), a respeito dos casos de sífilis congênita ocorridos no estado do Paraná, Brasil de 2007 a 2013.

O estado do Paraná é dividido em 399 municípios e possui uma população total de 10.279.545 habitantes. A divisão do estado compõe 22 Regionais de Saúde: I Paranaguá, II Curitiba, III Ponta Grossa, IV Irati, V Guarapuava, VI União da Vitória, VII Pato Branco, VIII Francisco Beltrão, IX Foz do Iguaçu, X Cascavel, XI Campo Mourão, XII Umuarama, XIII Cianorte, XIV Paranavaí, XV Maringá, XVI Apucarana, XVII Londrina, XVIII Cornélio Procópio, XIX Jacarezinho, XX Toledo, XXI Telemaco Borba e XXII Ivaiporã.[8]

A população deste estudo constituiu-se dos registros de sífilis congênita incluídos no SINAN e SINASC, pelas 22 Regionais de Saúde do estado do Paraná, no período de 2007 a 2013, últimos registros disponíveis no sistema. Os dados foram coletados no sítio virtual do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), atualizados em 24 de setembro de 2014 e estão disponíveis no endereço eletrônico http://www.datasus.gov.br.[9-10] Eles foram coletados por meio de formulário, com base nos registros do SINAN de sífilis congênita (escolaridade, raça/cor, diagnóstico da sífilis materna, tratamento do parceiro, faixa etária da criança no diagnóstico, classificação final dos casos e evolução), sífilis em gestante (faixa etária da gestante e classificação da sífilis na gestante), e no SINASC foram coletados os registros de nascidos vivos no Paraná para o mesmo período.

As variáveis que compuseram o estudo foram agrupadas por características maternas, características do recém-nascido, distribuição temporal-espacial da taxa de incidência e taxa de letalidade. **Distribuição temporal-espacial:** incidência de sífilis congênita e sua letalidade ao longo dos anos e incidência dos casos registrados pelas 22 Regionais de Saúde a cada 10 mil nascidos vivos. **Características maternas:** escolaridade (analfabeto, ensino

fundamental incompleto, ensino médio e ensino superior) e raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), faixa etária materna (entre 10-14 anos, 15-19 anos, 20-39 anos, 40-59 anos), diagnóstico da sífilis materna (durante o pré-natal, parto/curetagem, após o parto e não realizado), classificação da sífilis na gestante (primária, secundária, terciária ou latente), tratamento do parceiro (sim ou não) e **Características do recém-nascido:** faixa etária da criança no diagnóstico (até 6 dias, 7-27 dias, 28 dias a <1ano, 2 e 4 anos), classificação final dos casos de sífilis congênita (sífilis congênita recente, sífilis congênita tardia, natimorto/aborto por sífilis e descartado) e evolução (vivo, óbito por sífilis congênita e óbito por outras causas).

As variáveis foram estratificadas por ano de ocorrência e por regional de saúde, com a distribuição da frequência absoluta e relativa utilizando recursos do programa Microsoft Excel® 2010 e do software ArcGIS 10.4.1 para a construção das figuras e tabelas.

O cálculo da incidência de casos de sífilis congênita foi realizado com base no número de nascidos vivos no SINASC e o número absoluto de casos de sífilis congênita coletado do SINAN, ambos para o mesmo período (2007-2013). Para tanto, utilizou-se a equação Incidência = (número de casos novos da doença/número de nascidos vivos no período)*10.000. A letalidade por sífilis congênita foi calculada utilizando-se a equação de Letalidade por sífilis congênita = (mortes por sífilis congênita/número de indivíduos com sífilis congênita)*100.[11]

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada por se tratar de um estudo a partir de banco de dados secundários e de domínio público, cujas informações são agregadas e não possibilitam a identificação individual.[12]

RESULTADOS

No período de 2007 a 2013, de acordo com dados do SINASC, no estado do Paraná, verificou-se um total de 1.062.519 nascidos vivos, dos quais 1.145 foram notificados com sífilis congênita. A incidência de sífilis congênita foi de 10,8 casos por 10.000 nascidos vivos, e a letalidade para o mesmo período foi de três óbitos/100 casos de sífilis congênita. Na Figura 1, verifica-se que a incidência de casos teve aumento progressivo, atingindo seu auge no ano de 2012, com 19 casos/10.000 nascidos vivos, já a taxa de letalidade teve maior ocorrência em 2007, com 5,7 óbitos/100 casos de sífilis congênita.

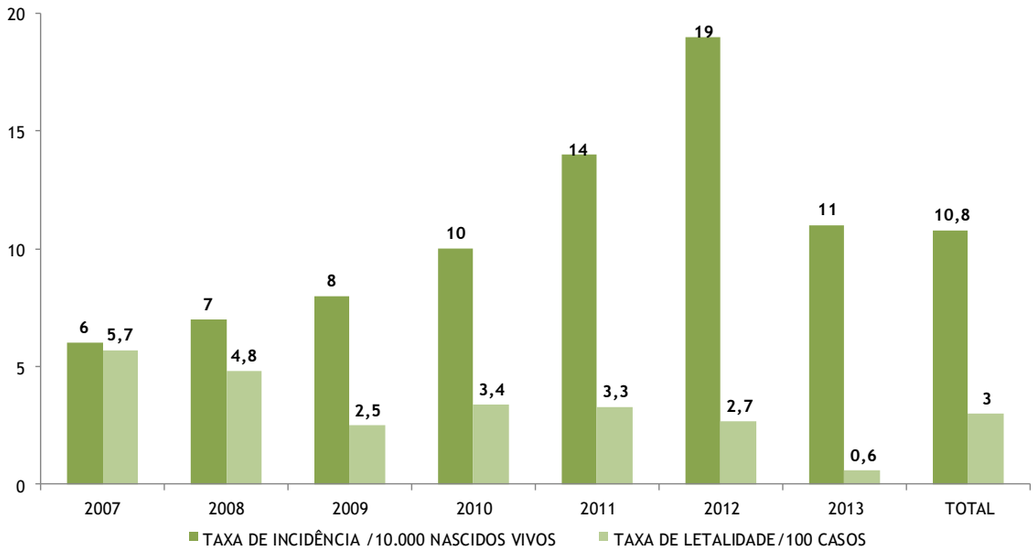

Figura 1. Incidência de sífilis congênita e a taxa de letalidade no estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2013.

Fonte: Ministério da Saúde (BR) - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2016; Ministério da Saúde (BR) – Sistema De informação Sobre Nascidos Vivos. Acesso em 06 de agosto de 2017.

Na Figura 2, observa-se a distribuição espacial da incidência de casos de sífilis congênita por regional de saúde. Verificou-se maior incidência na VII Regional de Saúde (Pato Branco), com 20,3 casos/10 mil nascidos vivos, seguida pela II Regional de Saúde (Curitiba), com 20,2 casos/10 mil nascidos vivos.

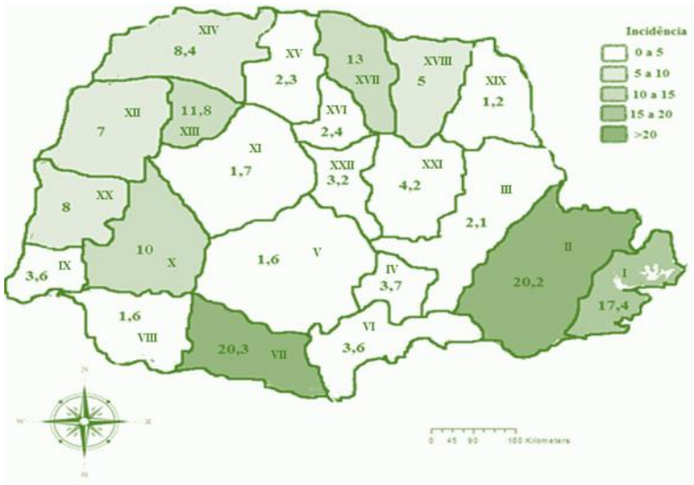

Figura 2. Distribuição espacial da incidência de sífilis congênita a cada 10.000 nascidos vivos, por região de saúde do estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2013.

Fonte: Ministério da Saúde (BR) - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2016; Ministério da Saúde (BR) – Sistema De informação Sobre Nascidos Vivos, 2016 [citado 10 agosto 2017].

Nas Tabelas 1 e 2, verificam-se as variáveis relacionadas às características maternas, havendo predomínio da escolaridade ensino fundamental incompleto (38,6%), faixa etária entre 20 e 39 anos (70%), raça/cor branca (72,9%), realização de pré-natal (86%), com o diagnóstico da sífilis gestacional durante o pré-natal (63,6%), na fase de sífilis primária (44,2%) e o não tratamento do parceiro (69,4%).

Tabela 1. Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo dados sociodemográficos maternos ocorridos no estado do Paraná, Brasil, entre 2007 a 2013.

Características maternas	n	%
Escolaridade		
Analfabeto	20	1,7
Ensino fundamental incompleto	442	38,6
Ensino fundamental completo	130	11,4
Ensino médio	215	18,8
Ensino superior	15	1,3
Ignorados	313	28,2
Faixa etária materna (2576*)		
10-14	34	1,3
15-19	654	25,4
20-39	1804	70,0
40-59	83	3,2
Ignorados	1	0,1
Raça/cor		
Branca	835	72,9
Preta	34	3,0
Parda	161	14,0
Amarela	3	0,3
Indígena	2	0,2
Ignorado	110	9,6

*Dados coletados dos registros de sífilis em gestante.

Fonte: Ministério da Saúde (BR) - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; 2016 [citado 10 out 2016].

Tabela 2. Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo dados clínicos maternos ocorridos no estado do Paraná, Brasil, entre 2007 a 2013.

Características maternas	n	%
Realização do pré-natal		
Sim	984	86,0
Não	148	12,9
Ignorados	13	1,1
Diagnóstico da sífilis materna		
Durante o pré-natal	728	63,6
Parto/curetagem	264	23,1
Após o parto	118	10,3
Não realizado	14	1,2
Ignorados	21	1,8
Classificação da sífilis materna	2576*	
Primária	1140	44,2
Secundária	161	6,3
Terciária	119	4,6
Latente	642	24,9
Ignorados	514	20
Tratamento do parceiro		
Sim	181	15,8
Não	795	69,4
Ignorados	169	14,8

*Dados coletados dos registros de sífilis em gestante

Fonte: Ministério da Saúde (BR) - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; 2016 [citado 10 out 2016].

Na Tabela 3, verifica-se a distribuição das variáveis referentes ao recém-nascido, destacando-se a realização do diagnóstico dos casos de sífilis congênita prioritariamente até seis dias de vida (94,8%), com a classificação final recente (87,9%) e evolução vivo (93,9%).

Tabela 3. Características do recém-nascido com sífilis congênita. Paraná, Brasil, 2007 a 2013.

Variáveis clínico-epidemiológicas	n	%
Faixa etária no diagnóstico		
Até 6 dias	1085	94,8
7 – 27 dias	21	1,8
28 dias a < 1 ano	38	3,3
1 ano a < 2 anos	0	0
2 a 4 anos	1	0,1
5 a 12 anos	0	0
Classificação final dos casos		
Sífilis congênita recente	1007	87,9
Sífilis Congênita tardia	8	0,7
Natimorto/aborto por sífilis	23	2,0
Descartado	72	6,3
Ignorado/branco	35	3,1
Evolução do caso		
Vivo	1013	93,9
Óbito por sífilis congênita	34	3,1
Óbito por outras causas	13	1,2
Ignorado/branco	19	1,8

Fonte: Ministério da Saúde (BR) - Sistema de Informação de Agravos de Notificação; 2016 [citado 10 out 2016].

DISCUSSÃO

Identificou-se, nos resultados, aumento progressivo de incidência de sífilis congênita até o ano de 2012, com maior taxa de letalidade no ano de 2007. Resultado semelhante foi identificado em estudo realizado em Rondônia em 2015, o qual identificou a notificação de 325 casos de sífilis congênita entre os anos de 2009 e 2014, com a elevação crescente do número de casos ao longo do período observado.[13] Ambos corroboram com o aumento progressivo das taxas de incidência de sífilis congênita no Brasil, no ano de 2015, houve uma maior incidência nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, com 6,9 casos/mil nascidos vivos.[4]

Destaca-se que, no Brasil, na última década, por meio da implementação da notificação compulsória da sífilis gestacional, instituída por meio da Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005, e dos testes rápidos em gestantes, a partir da política de saúde intitulada Rede Cegonha, ampliou-se o acesso ao diagnóstico em gestantes a partir de 2011.[4] Desta forma, melhorias no sistema de vigilância epidemiológica, bem como melhor aporte financeiro para a atenção a sífilis, podem ter permitido a notificação de um maior número de casos de sífilis congênita no ano de 2012.

Quanto à distribuição espacial dos casos, destaca-se a concentração da doença entre as regionais de Pato Branco e Curitiba, as quais possuem características sociais e populacionais distintas entre si. A Regional de Saúde de Pato Branco possui 15 municípios, com população estimada em 2010 de 249.793 mil habitantes, com renda média per capita de R$ 724,44, e 29% da população com renda menor que meio salário mínimo (salário mínimo de R$ 510,00 no ano de 2010) e taxa de analfabetismo de 7%. A cobertura dos serviços de Atenção Básica, no ano de 2009, para esta regional, era de 76%.[8,12-4] Já a Regional de Saúde de Curitiba possui 29 municípios com população estimada, em 2010, de 3.213.754 habitantes com renda média per capita de R$ 1.149,72, 15% da população com renda menor que meio salário mínimo e taxa de analfabetismo de 3%. A cobertura dos serviços de Atenção Básica, no ano de 2009, era de 74%.[8,14-5]

Mesmo com melhor cobertura nas regionais de saúde de Pato Branco e Curitiba, pelos serviços de atenção básica, pressupõe-se que podem haver insuficiências destes nas condutas adotadas durante a realização do pré-natal, corroborando para a elevada incidência de sífilis congênita. Quanto às características populacionais, percebe-se que a regional de Curitiba possui um melhor índice socioeconômico com menor taxa de analfabetismo, porém, apresenta maior aglomerado populacional e incidência de sífilis congênita semelhante a regional de Pato Branco.

Considerando os resultados relativos às características maternas, verificou-se predomínio de casos entre as gestantes com escolaridade entre 0 e 8 anos e cor da pele branca. Estudo no município de Monte Carlo, Minas Gerais, entre os anos de 2007 e 2013, identificou o predomínio de sífilis em gestantes com escolaridade superior a 8 anos, o que difere dos dados encontrados no estado do Paraná.[16] Resultado semelhante ao Paraná foi do estudo de base populacional realizado no Brasil entre os anos de 2003 e 2008, no qual se associa a maior incidência de sífilis congênita às camadas sociais que possuem menor escolaridade e desfavorecimento socioeconômico.[17]

Quanto à raça/cor das mulheres com sífilis congênita, em um estudo de base populacional no Brasil, identificou-se predomínio da raça/cor parda[17], o que difere de dados encontrados neste estudo. As características aqui encontradas mostram que a ocorrência da sífilis não apresenta um perfil definido da população e varia conforme a região do Brasil. No Paraná, a partir dos dados encontrados, salienta-se a importância de ações preventivas com maior atenção para mulheres com baixa escolaridade.

A idade materna verificada no presente estudo foi de 20 a 39 anos, o que corrobora com resultado de outros estudos.[5,13,18-9] A concentração nesta faixa etária pode ser justificada pelo fato de esta idade ser o auge da fase reprodutiva.[4] Destaca-se a relevância da realização de ações de educação em saúde, incentivando as práticas sexuais seguras, com instrução para o uso do preservativo, tanto para evitar gestações não planejadas quanto para evitar a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, independentemente da faixa etária em que as mulheres se encontram.

No presente estudo, houve predomínio de casos de sífilis congênita em recém-nascidos de gestantes com pré-natal e diagnóstico de sífilis durante esta fase. O mesmo foi encontrado em outro estudo, no qual 57% das mães de crianças com sífilis congênita haviam realizado o pré-natal, sugerindo falhas no funcionamento das redes de atenção básica ou integração destas com o sistema de saúde, constituindo-se um evento sentinela.[15] A ocorrência da sífilis congênita em recém-nascidos de mulheres diagnosticadas durante o pré-natal aponta para as fragilidades dos serviços de saúde em realizar as medidas de controle da doença, seja pela negligência do tratamento por parte da equipe de profissionais ou pela não adesão por parte da gestante e seu parceiro[2-3], sendo evidenciado no presente estudo que não houve implementação do tratamento do parceiro em 69,4% dos casos.

A gestante é considerada adequadamente tratada, diminuindo as chances da transmissão vertical quando for medicada com doses de penicilina apropriada à fase da infecção, finalizando o tratamento em até 30 dias antes do parto, com tratamento do parceiro concomitantemente com o mesmo esquema. O

parceiro da gestante com sífilis deverá ser chamado para realização do tratamento, devendo ser objeto de busca ativa da vigilância epidemiológica e da unidade de saúde da família da área pertencente, devendo ser considerado portador da mesma doença e receber tratamento, mesmo que não apresente sintoma clínico.[19]

Há uma resistência dos profissionais das equipes da atenção básica na realização do tratamento para sífilis nas unidades, que apontam falta de condições técnicas para o manejo dos casos de anafilaxia após a administração de penicilina, porém, a baixíssima incidência de reações anafiláticas não justifica o custo social que a não administração da medicação representa.[17] Para o controle da doença, deve-se ter o diagnóstico precoce associado ao tratamento imediato, o qual não está sendo realizado em tempo oportuno conforme verificou-se nos resultados do presente estudo, onde 86% das gestantes realizaram o pré-natal e 63,6% tiveram o diagnóstico de sífilis ainda durante a assistência pré-natal, apresentando desfecho de sífilis congênita.

A inclusão dos parceiros nas atividades educativas durante o pré-natal é condição para o alcance do controle da sífilis congênita. Os motivos do não tratamento dos parceiros são desconhecidos devido ao estudo ser realizado a partir de dados secundários. A participação do parceiro nesse processo deve ser garantida, sendo prevista na política Nacional do Homem, com ênfase na importância da realização do pré-natal do homem concomitantemente. A gestação deve ser um espaço para o acolhimento de ambos os envolvidos, buscando qualidade na atenção pré-natal, onde a orientação do parceiro quanto ao tratamento é de suma importância para evitar a reinfecção da mulher.[3,20]

Destaca-se a necessidade da elaboração de uma linha de cuidado que contemple o adequado manejo da sífilis, mediante a continuidade dos cuidados iniciados durante o pré-natal, na atenção básica, até o parto e seguimento do recém-nascido, no ambiente hospitalar. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, o tratamento da gestante deverá ser iniciado logo após um teste reagente, seja treponêmico ou não treponêmico, não aguardando o resultado do segundo teste, realizando o mais breve possível a testagem do parceiro, seguida de tratamento. Considera-se como gestantes inadequadamente tratadas caso a parceria sexual apresente sintomas ou testes positivos, sem tratamento ou inadequadamente tratado.[21]

Quanto à fase da sífilis no momento do diagnóstico, identificou-se predomínio da sífilis primária, evidenciando infecções recentes, com maior número de espiroquetas de *Treponema pallidum,* elevando o risco de transmissão vertical. Alerta-se para a necessidade do tratamento da gestante e do parceiro o mais prontamente possível. Resultado semelhante foi encontrado, em referência à população do Brasil no ano de 2015, salientando-se que há possibilidade de erros de classificação no diagnóstico, onde, no caso de impossibilidade de estabelecer a fase da doença, deve ser adotada a conduta terapêutica para sífilis latente, de duração ignorada, e tratada com três doses de penicilina benzatina.[4] Estes dados mostram que devido a falhas na classificação da sífilis na gestante, o tratamento poderá não ser realizado adequadamente, contribuindo para a ocorrência da sífilis congênita, demonstrando a importância de avaliar criteriosamente para diagnosticar a fase da doença.

Já no diagnóstico de sífilis congênita do recém-nascido, percebeu-se que este foi feito em tempo oportuno, até os 6 dias de vida, permitindo assim a possibilidade de início do tratamento precocemente. A classificação dos casos foi, prioritariamente, para sífilis congênita recente, com maior evolução dos casos para cura, mostrando que o tratamento realizado foi eficaz, entretanto, através de uma assistência adequada durante o pré-natal, o desfecho de sífilis congênita com necessidade de internação poderia ser evitado, reduzindo o sofrimento de ambos os envolvidos.

A vivência das puérperas em relação ao tratamento da sífilis congênita é envolvido por sentimentos de medo, sofrimentos e culpabilização ao presenciarem os procedimentos que os filhos são submetidos.[22] A assistência pré-natal adequada contribui para a prevenção dos diversos desfechos adversos possíveis na gestação, além da redução dos gastos com a assistência ao recém-nascido, principalmente quando se trata de sífilis em gestantes que podem contribuir para a ocorrência de diversas sequelas no recém-nascido.[20]

CONCLUSÃO

A incidência de sífilis congênita teve um aumento progressivo até o ano de 2012, com maior taxa de letalidade no ano de 2007. A incidência na regional de Pato Branco apresentou-se superior a taxa estadual com

20,3/10.000 nascidos vivos. A sífilis materna foi predominante nas mulheres com baixa escolaridade, faixa etária entre 20-39 anos, o diagnóstico de sífilis realizado no pré-natal, com a infecção em fase primária. Quanto ao recém-nascido o diagnóstico foi realizado até o sexto dia de vida e houve evolução para cura.

Diante dos resultados, pode-se concluir que a elevada incidência de sífilis congênita, no Paraná, associada às características maternas e do recém-nascido, evidenciaram a existência de falhas na realização do pré-natal e da efetivação das medidas preventivas. Assim, pretende-se oferecer subsídios para o planejamento em saúde, sugerindo-se a realização de novos estudos para uma investigação detalhada das causas da alta incidência de sífilis congênita, no estado do Paraná, além de investimentos da gestão estadual e municipal em ações de capacitação dos profissionais para sensibilização, quanto às ações de educação em saúde, e a realização do pré-natal de qualidade, com inclusão da parceria sexual para o alcance da integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2017 Aug 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43782/1/9789241595858_eng.pdf.

2. Wijesooriya NS, Rochat RW, Kamb ML, Turlapati P, Temmerman M, Broutet N, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. Lancet Glob Health. 2016;4(8): e525-e33. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30135-8

3. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis–United States, 2012–2014. MMWR [internet]. 2015 Nov [cited 2017 Sept 3];64(44):1241-5. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6444.pdf

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2017 Aug 18]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicao2_pdf_51905.pdf

5. Domingues RM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study. Cad Saúde Pública. 2016;32(6): e00082415. 10.1590/0102-311X00082415

6. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC (2015). Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015 Oct/Dec; 24(4):681-94. Doi: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010

7. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira SF, Araújo AKF, Souza FS. Factors associated to the notification of congenital syphilis: an indicator of quality of prenatal care. Rev RENE. 2015 May/June;16(3):374-81 Doi: 10.15253/2175-6783.2015000300010

8. Paraná (Estado), Secretária de Estado da Saúde. Regionais de Saúde. [Internet]. Curitiba: SES; 2016 [cited 2017 July 17]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752.

9. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2016 Dec 10]. Available from: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153.

10. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2016 Dec 10]. Available from: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv

11. Gordis L. Epidemiologia. 4th ed. São Paulo: Revinter; 2010.

12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 510 de 07 de abril de 2016: dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2017 Dec 26]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf

13. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Profile of notified cases of congenital syphilis. Cogitare Enferm. 2017;22(2):e48949. Doi: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.48949

14. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Brasil. Paraná. População [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [cited 2016 Dec 29]. Available from:

http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr

15. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2017 Oct 1]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm

16. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. Rev Bras Epidemiol. 2016 Jan/Mar;19(1):63-74. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010006

17. Cunha ARC, Merchan-Hamann E. Syphilis in parturient women in Brazil: prevalence and associated factors, 2010 to 2011. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 26];38(6):479–86. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n6/v38n6a07.pdf

18. Niama RF, Bongolo NCL, Kombo ESB, Yengo R, Mayengue PI, Kosso EBM, et al. Syphilis and HIV infections among pregnant womwn attending atenatal clinics in Republic of Congo. Pan Afr Med J. 2017 ;28(8). Doi: 10.11604/pamj.2017.28.8.13097

19. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Maternal and congenital syphilis: a persistent challenge. Cad Saúde Pública. 2013 June;29(6):1109.Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008

20. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. Rev RENE. 2015;16(3):354-54. Doi: http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i3.2789

21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Sept 18]. Available from: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv

22. Lima VC, Mororó RM, Feijão DM, Frota MVV, Martins MA, Ribeiro SM, et al. Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu concepto. Espaç saúde (Online). 2016 Dec; 17(2):118-25. Doi: http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p118

Submissão: 23/10/2017
Aceito: 03/01/2018
Publicado: 01/02/2018

Correspondência

Jéssica Oliveira Tomberg
Rua Gomes Carneiro, 647
Bairro Centro
CEP: 96010-610 – Pelotas (RS), Brasil