

Prevalência de sífilis congênita no Brasil: uma revisão integrada

**BRUNA BRITTO DA CRUZ¹; FERNANDA KUBASKI²; JOSÉ RICARDO
GUIMARÃES DOS SANTOS JUNIOR³; MILA RODRIGUES CONQUEIRA
CORREIA LIMA⁴; RENATA VERNETTI GIUSTI⁵; STEFANIE GRIEBELER
OLIVEIRA⁶**

¹Universidade Federal de Pelotas – brunabrittodacruz@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – nandakubaski229@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – josericardog_jr@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – milacorreialima@gmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – renatavernettiigiusti@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A sífilis congênita é uma condição decorrente da disseminação hematogênica da bactéria *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, sendo também possível a transmissão direta no canal do parto. Ocorrendo a contaminação, cerca de aproximadamente metade dos casos podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal (VELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce (até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após o segundo ano de vida), em que a maior parte dos casos precoce é assintomática (cerca de 70%), porém o recém-nascido pode apresentar baixo peso, prematuridade, hepatoesplenomegalia, entre outros. Entretanto, nos casos de sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, como a condição da Síndrome de *Hutchinson* (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2008).

Embora a sífilis congênita seja uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986, a transmissão vertical da sífilis é um grande problema de saúde pública no país. No período de 2004 a 2007, em que foi implementado o monitoramento para sífilis e hepatite B, registraram 10.147 gestantes com a sífilis, em que 9.922 dos casos, os bebês nasceram vivos, 152 abortados e 65 natimortos (KUPEK; OLIVEIRA, 2012). Frente aos altos índices registrados, surge um questionamento, no que diz respeito aos desafios do tratamento desta.

Diante dos fatos expostos, o presente trabalho visa à revisão integrada da prevalência de sífilis congênita nos últimos anos e o tratamento da doença, no Brasil.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa, realizada através da consulta na base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e biblioteca virtual SCIELO (Scientific Electronic Library Online), no mês de junho de 2015. Para a identificação dos estudos, utilizamos os descritores: Sífilis, Diagnóstico e Saúde. Após, para uma seleção mais direcionada, adotamos como critérios de inclusão para a pesquisa: artigos com resumos publicados em português, que envolviam sífilis e com até cinco anos de publicação.

Na busca inicial, foram encontrados 20 artigos no *Scielo* e 27 no LILACS, totalizando 47, desses, conforme os critérios de inclusão foram pré-selecionados 35 os quais sofreram leitura criteriosa. Os artigos encontrados foram tabelados contendo os dados, como título do estudo, objetivo, metodologia, número de sujeitos, ano das publicações, resultados, discussão e conclusão. Assim, analisamos os selecionados, excluimos os que eram idênticos e ao perceber a fragilidade a respeito das publicações sobre sífilis congênita, selecionamos os 12 que abordam esse enfoque.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos estudos analisados que relacionaram as gestantes à variável nível socioeconômico mostraram que a baixa escolaridade e baixa renda geraram uma maior prevalência de sífilis em gestantes. Isso demonstra que esta variável pode ser um marcador importante de acesso restrito aos serviços de saúde (MAGALHÃES, 2013). Ademais, estudos demonstram que coberturas mais baixas do pré-natal na região Norte em mulheres indígenas de baixa escolaridade com a mais alta incidência de sífilis congênita no estado do Amapá (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014). Além disso, em relação aos anos de publicação, a maior parte dos estudos indicou que a incidência da doença apresentou uma tendência crescente no período de 2001 à 2008, tanto em BH como em outras cidades do Brasil, ressaltando que esse aumento nos sujeitos acometidos, foi devido à mudança na definição da Sífilis congênita que ocorreu no ano de 2004 e a introdução do VDRL como obrigatório no momento do parto em hospitais do SUS (PEREIRA *et al.*, 2015; ROSSO; SAKAE, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014; MAGALHÃES, 2013; GALATOIRE.; ROSSO; SAKAE, 2012; KUPEK; OLIVEIRA, 2010).

A persistência da alta incidência da Sífilis Congênita evidenciada nos estudos mostra que mesmo com o aumento da cobertura da assistência pré-natal, a qualidade do serviço oferecido ainda não é satisfatória. Além disso, mesmo com o diagnóstico e tratamento simples, há uma dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis no período da gravidez e um desconhecimento da dimensão dos danos que essas doenças podem causar à saúde da mulher e do bebê pelos profissionais da saúde e pela população (DOMINGUES *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2012; CAVALCANTE *et al.*, 2012.).O que reflete na incidência da doença, no período entre 2007 e 2008, que era seis vezes superior à meta de eliminação da doença proposta pelo Ministério da Saúde (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Entretanto, o diagnóstico e tratamento das gestantes ainda enfrentam dificuldades, enquanto a solicitação de Anti-HIV dá-se na assistência pré-natal, o VDRL ainda deixa de ser solicitado para quase 30% das gestantes (SILVA, 2010). Além disso, o diagnóstico de uma DST, no caso o da sífilis, para a maioria das mulheres, resulta em sentimentos negativos e receio de ser alvo de preconceito por parte do parceiro sexual e da sociedade, levando-as a deixar de buscar tratamento (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

A maioria dos estudos apresentaram três principais empecilhos no controle da Sífilis Congênita: o início tardio do pré-natal, o tratamento incorreto nos casos diagnosticados e a ausência de tratamento dos parceiros sexuais (DOMINGUES *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014). Também, foi encontrada grande quantidade de dados em branco nos bancos de dados de notificação obrigatória (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012). A falta de

documentação terapêutica do pré-natal obriga a realização de novo tratamento na maternidade (MAGALHÃES, 2013)

O tratamento da gestante e do seu parceiro é essencial, uma vez que todas que não receberam tratamento adequado na gestação transmitiram sífilis aos seus filhos, semelhante àquelas cujos parceiros não foram tratados. Enquanto quando houve tratamento dos parceiros a transmissão vertical da doença foi oito vezes menor (KUPEK; OLIVEIRA, 2010).

Porém, a maioria das gestantes não comparece ao número de consultas preconizadas, o que impede o diagnóstico e o tratamento, além da metade dos seus parceiros com sífilis não realizarem tratamento. Um dos motivos que pode levar a isso é a dificuldade dos profissionais que atendem as gestantes em abordá-las sobre o modo de transmissão da doença e em conversar sobre e com seus parceiros (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012).

Como fatores que podem gerar vieses aos estudos foram considerados o não descarte dos testes falso-positivos, o que pode gerar um número de casos notificados maior que o número dos considerados casos; por outro lado, estudo realizado com enfermeiros em Fortaleza revelou que quase 10% dos entrevistados desconheciam que a sífilis congênita e a sífilis em gestantes são doenças de notificação compulsória, o que pode levar à subnotificação (ANDRADE *et al.*, 2011)

4. CONCLUSÕES

Após a análise dos artigos, aponta-se a necessidade de melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, do desenvolvimento de estratégias inovadoras qualificação dos recursos humanos e manutenção de um número de profissionais suficiente para prestar uma assistência pré-natal integral, já que há altos índices de transmissão vertical de Sífilis congênita, pois ainda há falha no diagnóstico que deveria ocorrer nas consultas de pré-natal e na dificuldade relacionada ao tratamento dos parceiros sexuais dessas.

Com isso, torna-se importante que existam ações para reduzir as iniquidades sociais em saúde no Brasil, já que as determinantes sociais contribuem para o risco de sífilis congênita de forma independente da realização de pré-natal. Também, é imprescindível ressaltar a importância de um maior número de estudos acerca do assunto, a fim de esclarecer e atualizar os dados a respeito da doença.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, R.F; LIMA, N. B.; ARAÚJO, M.A; SILVA, D.M.; MELO, S.P. Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL reagente. **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. Ceará, v.23, n 4, 2011.

CAMPOS, A.L.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO S.P.; ANDRADE, R.F.V.; GONÇALVES, M. L. C. . Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira Ginecológica Obstétrica**. Ceará, v.34 n.9, 2012.

CAVALCANTE, A.E. ; SILVA, M.A.; RODRIGUES, A. R.; NETTO, J. J. M.; MOREIRA, A. C.; GOYANNA, N. F.. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral,

Ceará. **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. Ceará, v.24, n 4, 2012.

CAMPOS, A.L.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO S.P.; GONÇALVES, M. L. C.. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.9, 2010.

DOMINGUES, M.S.M; SZWARCWARDLL, C.L; JUNIOR-SOUZA, P.R.B; LEAL, M.C.. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.5, 2014.

DOMINGUES, R.M.S.; SARACEN, V.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C.. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, 2013.

KUPEK, E.; OLIVEIRA, J. F.. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Revista brasileira de epidemiologia**, vol.15, n.3, 2012.

MAGALHÃES, D.M.S; KAWAGUCHI, I.A.L ; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P.. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, 2013.

PIRES, M.C.G.; OLIVEIRA, C. N. T.; SOUZA, C.L.; OLIVEIRA, M.V.. Prevalência de sífilis e fatores associados em pacientes atendidos no laboratório da Fundação de Saúde de Vitória da Conquista. **Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. Bahia, v.25, n 4, 2013.

PEREIRA, D.A.P; MAIA, B.P ; SETO, I.I.C; BICHARA, C.N.C.. Infecção congênita em pacientes matriculados em programa de referência materno infantil. **Revista Paraense de Medicina** , Brasília, v.29, n.1, 2015.

GALATOIRE, P.S.A.; ROSSO, J.A.; SAKAE, T. M.. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Revista da associação Catarinense de medicina**. Santa Catarina, v.41, n 2, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol.42, n.4, 2008.

SILVA, F.F.A.. **Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, 2007/2008**. 2010.90p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública com vistas à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

VELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G.. Sífilis. Diagnóstico, tratamento e controle. **Anual Brasileiro de Dermatologia**. São Paulo, v.81, n.2, 2006.