

SÍFILIS CONGÊNITA EM SÃO JOÃO DE MERITI-RJ: CONHECER PARA INTERVIR

Hellen de Souza Neves¹, Emanuel Inocência Ribeiro da Silva¹, Paula Guidone Pereira
Sobreira¹, Adalgiza Mafra Moreno¹, Roberta Rodrigues Teixeira de Castro¹, Wallyson Luiz
Costa França².

1- Universidade Iguaçu – UNIG

2- UNINASSAU - Caruaru

Autor Correspondente:

E-mail: hellen.souzaneves@hotmail.com

RESUMO

A sífilis congênita é uma doença prevenível, entretanto, ainda persistem lacunas que precisam ser estudadas devido ao aumento progressivo no número de casos caracterizando-a como um grave problema de saúde pública, reemergente no Brasil. A análise das características socioeconômicas, da assistência realizada no pré-natal e no parto e das características do recém-nascido, tornam-se fundamentais para compreensão dos determinantes da situação epidemiológica desta doença e para o planejamento de ações capazes de minimizar a situação encontrada. Objetivo deste estudo foi descrever o cenário epidemiológico da sífilis congênita, no município de São João de Meriti, localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2017. Os resultados encontrados apontam para uma baixa qualidade da assistência realizada durante o pré-natal e parto, tanto para diagnóstico quanto para tratamento das gestantes e seus parceiros. O perfil das gestantes demonstrou condições de vulnerabilidade social e fragilidade de acesso aos serviços de saúde. Quanto aos recém-nascidos, a maioria foi submetida a testes não treponêmicos, que demonstraram a contaminação do mesmo no canal do parto, ou no período gestacional através da transmissão transplacentária.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Incidência

ABSTRACT

Congenital syphilis is a preventable disease, however, there are still gaps that need to be studied due to the progressive increase in the number of cases characterizing it as a serious public health problem, reemerging in Brazil. The analysis of socioeconomic characteristics, prenatal and childbirth care and the characteristics of the newborn become fundamental for understanding

the determinants of the epidemiological situation of this disease and for planning actions capable of minimizing the situation found. The objective of this study was to describe the epidemiological scenario of congenital syphilis in the municipality of São João de Meriti, located in the metropolitan region of Rio de Janeiro, from 2014 to 2017. The results found point to a low quality of care provided during the preoperative period, and delivery, both for diagnosis and treatment of pregnant women and their partners. The profile of pregnant women showed conditions of social vulnerability and fragile access to health services. As for newborns, most underwent non-treponemal tests, which showed contamination in the birth canal, or in the gestational period through transplacental transmission.

Keywords: Congenital Syphilis; incidence

1.INTRODUÇÃO

Apesar de várias décadas de experiência epidemiológica e clínica envolvendo a sífilis materna e congênita, ambas continuam sendo um problema importante de saúde pública no Brasil, uma vez que continua apresentando altas taxas de mortalidade fetal e neonatal (PAN AMERICAM HEALTH, 2017; BRASIL, 2016).

A sífilis possui agente etiológico conhecido, a bactéria *Treponema pallidum*, geralmente transmitida através do contato sexual e de forma vertical por contaminação feto placentária (de mãe para o filho), tendo como via de disseminação, a via hematogênica. Evolui lentamente em quatro estágios, e se caracteriza por lesões da pele e mucosas (BRASIL, 2016; DOMINGUES; SARACEN E LEAL, 2013).

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico Especial da Sífilis 2019, no Brasil, a taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 2,1 casos por 100.000 habitantes em 2010 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. Na Região Sudeste, foram detectados 71.842 casos de sífilis adquirida em 2018, o que representa 45,5% dos casos no Brasil. No Estado do Rio de Janeiro, foram detectados 15.537 casos de sífilis adquirida, 9,8% dos casos da Região Sudeste em 2018 (BRASIL, 2019).

Os estágios de evolução da sífilis são: sífilis primária que é adquirida por contato sexual direto com as lesões infecciosas de outra pessoa. No homem causa cancro no pênis e na mulher é mais comum no colo do útero. A sífilis secundária ocorre quando a sífilis primária não é tratada, apresenta erupções no tronco e nos membros. Na sífilis terciária a infecção ocorre entre 1 e 10 anos e caracteriza-se pela apresentação de gomas sífilíticas. A sífilis latente ocorre quando a pessoa é portadora de sífilis, mas não apresenta sintomas.

No caso da sífilis congênita, a contaminação do feto pode ocasionar abortamento, óbito fetal e morte neonatal. Aproximadamente 50% das crianças infectadas podem não apresentar sintomas no nascimento, pois pode ocorrer a transmissão direta do *Treponema pallidum* pelo

contato do recém-nato com as lesões genitais maternas no canal do parto no momento do nascimento (BRASIL, 2017).

No Brasil, nos últimos cinco anos foram observados um aumento expressivo do número de casos de sífilis congênita e em gestantes, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos no período de 2010 a 2016. Ressalta-se que nos últimos dez anos foram identificados 200.253 casos de infecção por Sífilis em gestante, sendo o Estado do Rio de Janeiro, o que apresentou a maior proporção de casos de Sífilis Congênita, com a taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos (DOMINGUES; SARACEN E LEAL, 2013; BRASIL, 2017).

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce, que ocorre até o segundo ano de vida, e a tardia que surge após dois anos de vida. Cerca de 70% dos casos de sífilis congênita precoce é assintomática, porém nos demais casos, o recém-nascido pode apresentar alterações muco-cutâneas, no sistema reticulo-endotelial e hematológico, no sistema esquelético, no sistema nervoso central, além de outras manifestações de diferentes graus de gravidade, podendo inclusive serem fatais. Na sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são mais raras, podendo acometer vários órgãos (PORTO,2012).

Na década de 40 foi descoberta a penicilina, levando à diminuição da incidência de casos de sífilis. Porém, a partir da década de 80, tem-se observado com maior intensidade o aumento dos casos de sífilis congênita, tornando a referida doença um dos mais desafiadores problemas de saúde pública^{7,8}. Sua ocorrência pode revelar falhas na atenção à saúde da gestante em relação ao diagnóstico, tratamento, investigação e/ou notificação, além de ser um marcador da transmissão em adultos na comunidade (BRASIL,2015. BRASIL, 2011).

Para que a gestante com sífilis seja considerada adequadamente tratada, deve ser medicada com penicilina G benzatina, nas doses apropriadas à fase da infecção, ter finalizado o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, e ter o parceiro tratado com o mesmo esquema terapêutico. Não é considerado adequado o tratamento que seja realizado com outro medicamento que não seja a penicilina, ou realizado com a penicilina, porém de forma incompleta BRASIL,2015. BRASIL, 2011).

Para diminuir a incidência da sífilis torna-se necessário interromper a cadeia de transmissão e incentivar a prevenção nas Unidades de saúde e na comunidade, sendo necessária a reciclagem constante e continuada das equipes de saúde. A utilização do teste rápido é uma estratégia importante para investigar a presença de casos em gestantes, parceiros e pacientes. Em situações especiais, como aumento do número de casos, o tratamento profilático também poderá ser avaliado (BRASIL, 2011).

Por ser uma doença evitável, caracteriza-se como um evento sentinela, sendo de extrema importância o preenchimento completo e adequado, pelos profissionais de saúde, da

Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica, que alimentará o Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN). A investigação da sífilis congênita deve ser realizada em crianças nascidas de mãe com sífilis, diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério e nos indivíduos com menos de 13 anos de idade com suspeita clínica e/ou epidemiológica da referida doença. Para definição de caso os critérios são: toda criança, ou aborto (até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas), ou natimorto (após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas) de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste¹¹. Torna-se necessária a aproximação entre vigilância e assistência, para o avanço das ações de intervenção e de controle da sífilis congênita no Brasil (ARAÚJO, 2012; OLIVEIRA, 2018).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi descrever a situação epidemiológica da sífilis congênita, através da análise das características socioeconômicas da gestante, da assistência realizada no pré-natal e no parto e do manejo ao recém-nascido, no município de São João de Meriti, localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no período de 2014 a 2017.

2. MÉTODOS

Foi realizada pesquisa, com abordagem quantitativa, da incidência dos casos de sífilis congênita notificados e confirmados no SINAN, na cidade de São de Meriti – RJ, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017.

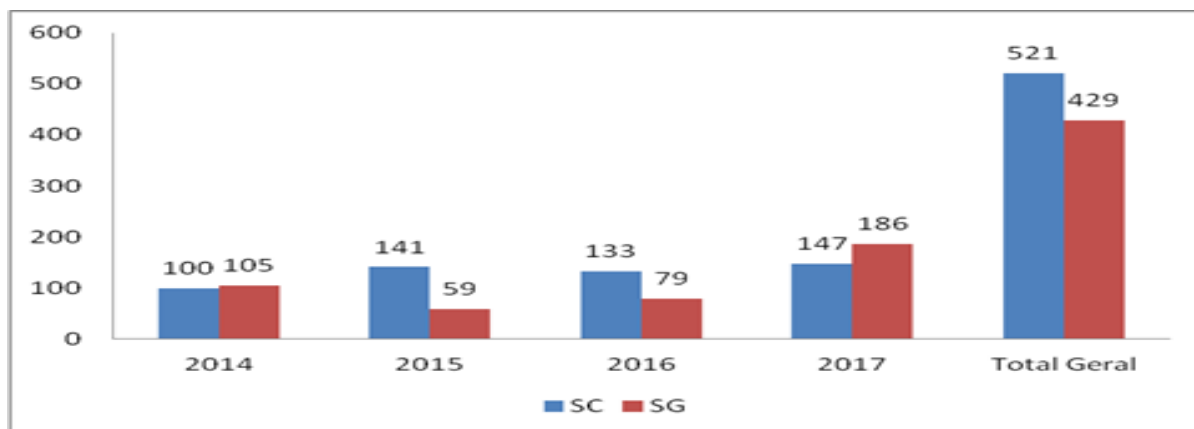
Os dados foram disponibilizados diretamente pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do referido município.

Para o tratamento dos dados empregou-se estatística descritiva, com utilização do Programa Microsoft Office Excel 2007.

3. RESULTADOS

O número de casos de sífilis congênita superou o número de casos de sífilis em gestantes nos anos de 2015 e 2016, ocorrendo o inverso nos anos de 2014 e 2017, conforme os dados apresentados no gráfico 1.

Gráfico 1 – Comparação da evolução anual dos casos de gestantes com sífilis (SG) e ocorrência de sífilis congênita (SC), São João do Meriti-RJ, 2014 a 2017.



Fonte: Sinan Online/Semus/Svea, Vigilância Epidemiológica Municipal de São João de Meriti/RJ. Dados sujeitos a revisão.

Entretanto, ao longo do período analisado, houve mais casos de sífilis congênita que casos de sífilis em gestantes, o que sugere falhas no diagnóstico precoce durante o pré-natal, impossibilitando o tratamento das gestantes e tornando os fetos vulneráveis à infecção pelo *treponema pallidum*.

O número de casos de sífilis congênita seguiu um padrão, sofrendo pequena oscilação ao longo dos quatro anos analisados. O ano de 2017 apresentou o maior número de casos nas duas formas da doença, chamando atenção o fato deste ano apresentar um número de casos da doença em gestantes cerca de 80% maior que em 2014, refletindo uma possível melhoria no diagnóstico precoce. Os casos de sífilis em gestantes sofreram redução no ano de 2014 para 2015, demonstrando a queda de notificações por redução do número de profissionais responsáveis por essa atividade no serviço de vigilância, voltando a crescer de 2016 para 2017.

Na tabela 1 está representada a evolução anual da taxa de incidência de sífilis congênita no município de 2014 a 2016.

Tabela 1 – Taxa de incidência de sífilis congênita, São João de Meriti, 2014 a 2016

Ano	Casos de Sífilis Congênita	Nascidos Vivos	Taxa de Incidência
2014	100	7.007	14,27
2015	141	7.009	20,12
2016	133	6.211	21,41

Fonte: Sinan Online/Semus/Svea, Vigilância Epidemiológica Municipal de São João de Meriti/RJ, MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Dados sujeitos a revisão.

Na tabela 2 estão descritas características demográficas das gestantes infectadas com sífilis de 2014 a 2017.

Tabela 2 – Dados demográficos das gestantes infectadas com sífilis, São João do Meriti-RJ, 2014 a 2017.

Raça	Total Geral									
	2014		2015		2016		2017		l	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parda	59	59,0	84	59,6	67	50,4	57	38,8	267	51,2
Preta	27	27,0	34	24,1	31	23,3	39	26,5	131	25,1
Branca	9	9,0	21	14,9	33	24,8	41	27,9	104	20,0
Ignorado	5	5,0	2	1,4	2	1,5	10	6,8	19	3,6

Faixa etária	Total Geral									
	2014		2015		2016		2017		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14-20	40	40,0	50	35,5	45	33,8	54	36,7	189	36,3
21-25	28	28,0	33	23,4	57	42,9	51	34,7	169	32,4
26-30	12	12,0	18	12,8	19	14,3	21	14,3	70	13,4
31-35	4	4,0	14	9,9	5	3,8	6	4,1	29	5,6
36-40	3	3,0	6	4,3	4	3,0	7	4,8	20	3,8
41-45	0	0,0	3	2,1	3	2,3	1	0,7	7	1,3
Sem informação	13	13,0	17	12,1	0	0,0	7	4,8	37	7,1

Escolaridade	Total Geral									
	2014		2015		2016		2017		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5ª a 8ª série do EF	29	29,0	30	21,3	34	25,6	38	25,9	131	25,1

Ignorado	30	30,0	43	30,5	22	16,5	27	18,4	122	23,4
Ensino médio incompleto	13	13,0	27	19,1	17	12,8	31	21,1	88	16,9
Ensino médio completo	10	10,0	13	9,2	28	21,1	19	12,9	70	13,4
EF completo	8	8,0	19	13,5	20	15,0	20	13,6	67	12,9
4ª serie completa do EF	6	6,0	6	4,3	8	6,0	3	2,0	23	4,4
1ª a 4ª serie do EF	1	1,0	2	1,4	3	2,3	5	3,4	11	2,1
Educação superior incompleta	2	2,0	0	0,0	0	0,0	4	2,7	6	1,2
Educação superior completa	1	1,0	1	0,7	1	0,8	0	0,0	3	0,6

	2014		2015		2016		2017		Total Geral	
Município de residência	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
São João de Meriti	100	45,0	141	44,6	133	48,9	147	45,8	521	46,1
Belford Roxo	45	20,3	60	19,0	70	25,7	80	24,9	255	22,5
Duque de Caxias	17	7,7	44	13,9	24	8,8	42	13,1	127	11,2
Nova Iguaçu	13	5,9	15	4,7	18	6,6	19	5,9	65	5,7
Rio de Janeiro	30	13,5	18	5,7	4	1,5	10	3,1	62	5,5
Queimados	10	4,5	15	4,7	7	2,6	10	3,1	42	3,7
Nilópolis	2	0,9	10	3,2	7	2,6	4	1,2	23	2,0
Mesquita	4	1,8	8	2,5	4	1,5	6	1,9	22	1,9
Japeri	0	0,0	3	0,9	2	0,7	1	0,3	6	0,5
Magé	0	0,0	1	0,3	2	0,7	1	0,3	4	0,4
Gonçalo	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Guapimirim	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,1

Niterói	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Paracambi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,1

Fonte: Sinan Online/Semus/Svea, Vigilância Epidemiológica Municipal de São João de Meriti/RJ. Dados sujeitos a revisão.

Verificou-se, que a maioria das gestantes era da raça parda (51,2%), seguida da raça negra (25,1%) na faixa etária dos 14 aos 25 anos de idade (68,7%), com ensino fundamental incompleto (25,1%) e residente no município de São João do Meriti (46,1%). Chama a atenção a incompletude dos dados para as variáveis apresentadas, que alcançou 23,4% na variável escolaridade.

Na tabela 3 são apresentados dados sobre a investigação e tratamento da gestante e do parceiro.

Tabela 3 – Investigação e tratamento da gestante e do parceiro, São João do Meriti-RJ, 2014 a 2017.

Realizou PN	2014		2015		2016		2017		Total	
	2014		2015		2016		2017		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	76	76,0	103	73,0	113	85,0	118	80,3	410	78,7
Não	18	18,0	33	23,4	19	14,3	24	16,3	94	18,0
Ignorado	6	6,0	5	3,5	1	0,8	5	3,4	17	3,3

Município onde realizou o PN	2014		2015		2016		2017		Total	
	2014		2015		2016		2017		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Informação	34	34,0	93	66,0	93	69,9	37	25,2	257	49,3
São João de Meriti	57	57,0	46	32,6	38	28,6	101	68,7	242	46,4
Duque de Caxias	6	6,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	8	1,5
Rio de Janeiro	1	1,0	1	0,7	0	0,0	4	2,7	6	1,2

Nova Iguaçu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,0	3	0,6
Magé	1	1,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	2	0,4
Mesquita	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,7	2	0,4
Belford Roxo	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2

Diagnóstico da Sífilis	Total									
	2014		2015		2016		2017		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Durante o PN	28	28,0	56	39,7	70	52,6	74	50,3	228	43,8
No momento do parto/curetagem	23	23,0	31	22,0	31	23,3	40	27,2	125	24,0
Após o parto	32	32,0	33	23,4	12	9,0	4	2,7	81	15,5
Ignorado	15	15,0	18	12,8	20	15,0	28	19,0	81	15,5
Não realizado	2	2,0	3	2,1		0,0	1	0,7	6	1,2

Esquema de tratamento	Total									
	2014		2015		2016		2017		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não realizado	47	47,0	64	45,4	83	62,4	60	40,8	254	48,8
Inadequado	27	27,0	37	26,2	28	21,1	48	32,7	140	26,9
Adequado	15	15,0	31	22,0	18	13,5	17	11,6	81	15,5
Ignorado	11	11,0	9	6,4	4	3,0	22	15,0	46	8,8

Parceiro tratado	Total									
	2014		2015		2016		2017		Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Não	66	66,0	91	64,5	102	76,7	100	68,0	359	68,9
Sim	16	16,0	40	28,4	25	18,8	21	14,3	102	19,6
Ignorado	18	18,0	10	7,1	6	4,5	26	17,7	60	11,5
	Total									
	2014		2015		2016		2017		Geral	
Unidade de Notificação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SES RJ Hospital da Mulher Heloneida Studart	64	64,0	114	80,9	103	77,4	82	55,8	363	69,7
Associação de Caridade Hospital São João de Meriti	32	32,0	17	12,1	1	0,8	18	12,2	68	13,1
Casa de Saúde e Maternidade Terezinha de Jesus Ltda	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Posto Médico Sanitário de Éden	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Posto Médico Sanitário Vila União	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,2

Fonte: Sinan Online/Semus/Svea, Vigilância Epidemiológica Municipal de São João de Meriti/RJ. Dados sujeitos a revisão.

Aproximadamente 80% (n=410) do total de gestantes realizaram o pré-natal. Destas, 46,4% foram atendidas no município de São João de Meriti, 43,8% receberam o diagnóstico de sífilis durante o próprio pré-natal e 24% no momento do parto/curetagem. O fato de 94 gestantes (18%) não terem realizado o PN demonstra, dentre outros fatores, a fragilidade da atenção à saúde disponibilizada a essa população.

Grande parte das gestantes (48,8%) não realizou tratamento ou realizou de forma inadequada (26,9%), já em relação aos parceiros 69,9% não recebeu tratamento. A maioria das gestantes investigadas foi atendida no Hospital Municipal Heloneida Studart, representando cerca de 70% do total de grávidas, o que demonstra que foram diagnosticadas apenas no terceiro trimestre da gestação, sugerindo falha na busca ativa e/ou no momento de notificação.

A tabela 4 apresenta informações sobre a investigação e tratamento dos recém-nascidos notificados com sífilis congênita.

Tabela 4 – Diagnóstico e tratamento de recém-nascidos notificados com sífilis congênita, São João do Meriti-RJ, 2014 a 2017.

	2014		2015		2016		2017		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste NT - Sangue periferico										
Reagente	85	85,0	104	73,8	94	70,7	115	78,2	398	76,4
Não Reagente	12	12,0	11	7,8	23	17,3	21	14,3	67	12,9
Ignorado	3	3,0	26	18,4	16	12,0	10	6,8	55	10,6
Não realizado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,2
	2014		2015		2016		2017		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste T Após 18 meses										
Não se aplica	38	38,0	39	27,7	84	63,2	55	37,4	216	41,5
Ignorado + vazio	28	28,0	78	55,3	28	21,1	59	40,1	193	37,0
Não realizado	33	33,0	24	17,0	13	9,8	31	21,1	101	19,4
Não Reagente	1	1,0	0	0,0	8	6,0	2	1,4	11	2,1
	2014		2015		2016		2017		Total Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste NT líquido										
Não reagente	54	54	87	61,7	109	82,0	114	77,6	364	69,9
Não realizado	35	35	25	17,7	6	4,5	21	14,3	87	16,7
Ignorado + Vazio	8	8	23	16,3	17	12,8	11	7,5	59	11,3

Reagente	3	3	6	4,3	1	0,8	1	0,7	11	2,1
	Total									
	2014		2015		2016		2017		Geral	
Alteração Liquórica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	56	56,0	81	57,4	106	79,7	106	72,1	349	67,0
Não realizado	34	34,0	26	18,4	4	3,0	21	14,3	85	16,3
Ignorado + vazio	5	5,0	21	14,9	12	9,0	13	8,8	51	9,8
Sim	5	5,0	13	9,2	11	8,3	7	4,8	36	6,9
	Total									
	2014		2015		2016		2017		Geral	
Alteração no exame de ossos longos	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	63	63	98	69,5	115	86,5	112	76,2	388	74,5
Ignorado	4	4	21	14,9	14	10,5	30	20,4	69	13,2
Não realizado	29	29	19	13,5	1	0,8	3	2,0	52	10,0
Sim	4	4	3	2,1	3	2,3	2	1,4	12	2,3
	Total									
	2014		2015		2016		2017		Geral	
Esquema de tratamento	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Penicilina G cristalina 100000 a 150000 UI/KG/dia - 10 dias	54	54,0	86	61,0	40	30,1	102	69,4	282	54,1
Penicilina G procaína 50000 UI/KG/dia - 10 dias	39	39,0	25	17,7	59	44,4	4	2,7	127	24,4

Ignorado + vazio	4	4,0	20	14,2	18	13,5	16	10,9	58	11,1
Outro esquema	2	2,0	9	6,4	14	10,5	23	15,6	48	9,2
Penicilina G Benzatina 50000 UI/KG/dia	1	1,0	1	0,7	2	1,5	2	1,4	6	1,2
										Total
										Geral
Evolução	2014		2015		2016		2017			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vivo	99	99,0	140	99,3	122	91,7	99	67,3	460	88,3
Ignorado	0	0,0	0	0,0	11	8,3	47	32,0	58	11,1
Óbito por SC	1	1,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Aborto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,2

Fonte: Sinan Online/Semus/Svea, Vigilância Epidemiológica Municipal de São João de Meriti/RJ. Dados sujeitos a revisão.

A maioria dos testes NT (Não Treponêmicos) do sangue periférico foram reagentes (76,4%), referindo a contaminação do recém-nascido no canal do parto ou no período gestacional através da transmissão transplacentária. O teste T (Treponêmico) após 18 meses parece ter sido pouco realizado, uma vez que 37% dos casos foram considerados ignorados/vazios. Apenas 2,1% se apresentaram não reagente, podendo este baixo percentual estar relacionado ao fato do tratamento adequado ter sido realizado no momento de detecção da doença. A maioria dos testes NT do líquido não foi reagente (69,9%) e não foram detectadas alterações líquóricas (67%) e nem em ossos longos (74,5%) na maioria dos pacientes.

O esquema de tratamento mais utilizado foi com Penicilina G cristalina 100000 a 150000 UI/KG/dia por 10 dias (54,1%), sendo este o tratamento indicado objetivando tratar a doença e evitar sequelas. Cerca de 90% das pacientes sobreviveu à infecção por sífilis congênita, demonstrando que o tratamento proposto pelo Ministério da Saúde é eficaz.

4. DISCUSSÃO

A sífilis congênita é uma patologia contagiosa de alcance global, que embora facilmente previsível e potencialmente tratável, apresentou uma tendência de crescimento durante o

período analisado. O ano de 2017 apresentou o maior número de casos de sífilis congênita (186 casos), representando 2,9% do total de 6.313 nascidos vivos em São João do Meriti-RJ.

Quanto às características demográficas das gestantes com diagnóstico de sífilis do estudo em questão, a raça parda foi a mais prevalente, resultado semelhante ao encontrado no Ceará, Anápolis-GO, e em uma maternidade de Manaus-AM (DIAS, 2018; SOBACK, 2019).

Nesta pesquisa, a faixa etária mais acometida encontrava-se entre 14 e 20 anos de idade. Em estudos realizados no Ceará eram entre 20 e 29 anos, em Anápolis-GO entre 20 e 24 anos, em Manhuaçu-MG entre 20 e 34 anos e em uma maternidade de Manaus-AM entre 21 e 30 anos (DIAS, 2018; TONELLI, 2018; SANDES, 2019; SOBACK, 2019; SOUZA, 2018; MOTTA, 2018). Todos os achados apresentam casos de sífilis em mulheres em idade reprodutiva, resultando em maior quantidade de gestações de risco tendo em vista práticas sexuais de risco assumidas por jovens e adolescentes.

O nível de escolaridade mais frequente foi o ensino fundamental incompleto, resultado parecido com o do estado do Ceará; Manhuaçu-MG e a maternidade de Manaus-AM, embora não tenham especificado se o ensino fundamental das gestantes era incompleto ou completo. Em Anápolis-GO, o ensino médio foi mais frequente (os autores também não especificaram se era completo ou incompleto) (TONELLI, 2018; SANDES, 2019; SOBOCK, 2019). Contudo, não se pode afirmar que a sífilis seja uma condição de risco exclusivamente de populações mais carentes. Independente da condição social ou econômica, todos podem adquirir a infecção, porém, o risco é maior em populações mais vulneráveis (insuficiência econômica e restrição de acesso aos serviços de saúde) (TONELLI, 2018; MOTA, 2018). Uma baixa escolaridade pode dificultar o entendimento sobre os processos de saúde e doença, elevando o índice de infecção e atrapalhando o acesso aos serviços de saúde e à adesão ao tratamento.

A maior parte das gestantes realizou o pré-natal e recebeu o diagnóstico de sífilis materna durante este período, fato que também foi demonstrado nos resultados encontrados no Ceará, Anápolis-GO, Manhuaçu-MG, Almirante Tamandaré-PR e na maternidade de Manaus-AM. Houve grande adesão ao pré-natal, porém a maioria das gestantes só recebeu o diagnóstico de sífilis no momento da admissão para o parto, evidenciando falha no diagnóstico no pré-natal. É durante o período gestacional que deve ser realizado o exame VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), no primeiro e terceiro trimestre, para detecção precoce da doença e tratamento adequado da infecção (DIAS, 2018; TONELLI, 2018; SANDES, 2019; SOBACK, 2019; GUIMARÃES, 2018; MOTTA, 2018).

É mais interessante, do ponto de vista médico e econômico, que a sífilis seja diagnosticada e tratada ainda na gestação, pois os cuidados com sífilis congênita podem não ser satisfatórios e muito onerosos (SANDES, 2019). O diagnóstico e o tratamento precoces são

relevantes na gestação, uma vez que um maior tempo de exposição intrauterina à bactéria eleva o risco de transmissão por via hematogênica transplacentária (SOBACK, 2019).

Um grande número de gestantes não foi tratado (48,8%), assim como de seus parceiros (68,9%), tendo ocorrido o mesmo no Ceará, em Anápolis-GO e em Almirante Tamandaré-PR (TONELLI, 2018; SANDES, 2019; SOBOCK, 2019; GUIMARÃES, 2018). Esses dados podem indicar baixa qualidade do pré-natal, falta de acesso aos exames e à medicação. O não tratamento do parceiro pode expor a gestante à reinfeção e aumenta a chance de haver transmissão vertical do treponema. Quando o casal é tratado simultaneamente, aumenta a taxa de adesão ao tratamento, diminuindo o risco de transmissão vertical ao bebê (TONELLI, 2018). O machismo presente na cultura brasileira (manifestada pela recusa do tratamento) e a sorologia não reagente são fatores impeditivos da adesão do parceiro ao tratamento (SANDES, 2019; SOBACK, 2019).

Quanto às crianças, a maioria dos testes de sangue periférico foram reagentes (76,4%), o teste T após 18 meses foi pouco realizado (2,1%) e, mesmo assim, não reagente, e a maioria dos testes do líquido não também não foi reagente (69,9%). Em Anápolis-GO, o teste de sangue periférico foi reagente na maior parte dos casos, já o teste de líquido e o teste treponema de 18 meses também foram pouco realizados¹⁵. Na maternidade de Manaus-AM, a maioria dos recém-nascidos fizeram o VDRL com resultado reagente T1/2¹⁷. Exames não treponêmicos como o VDRL, por exemplo, necessitam de confirmação por exames treponêmicos, já que os primeiros podem resultar em falsos-positivos e os segundos apresentam maior especificidade (MOTTA, 2018).

O esquema de tratamento mais utilizado nos recém-nascidos foi com Penicilina G cristalina 100000 a 150000 UI/KG/dia por 10 dias (54,1%). A penicilina cristalina é um dos medicamentos escolhidos para o tratamento da sífilis congênita, pois produz bons efeitos e é prontamente acessível. O uso de outra substância que não seja a penicilina pode tornar o tratamento inapropriado (SANDES, 2019). Outra forma de penicilina, a G benzatina, é considerada efetiva tanto para impedir a transmissão vertical quanto para o tratamento da sífilis congênita, porém foi muito pouco utilizada neste estudo (1,2%) (MOTTA, 2018).

A maioria das crianças sobreviveu à infecção por sífilis congênita em São João de Meriti. No Ceará, o maior número de crianças diagnosticadas com sífilis congênita sobreviveu e apresentou a forma precoce da doença, contudo, não foram detectadas alterações líquóricas e nem em ossos longos na maioria das crianças (TONELLI, 2018). Em Anápolis-GO, grande parte dos recém-nascidos com sífilis congênita sobreviveu¹⁵. Em Manhuaçu-MG a maioria dos recém-nascidos apresentaram consequências clínicas precoces (anemia, icterícia, hepatomegalia, fratura da clavícula e má formação congênita), os demais se mostraram

assintomáticos embora possam apresentar as mesmas consequências de forma tardia (SOBACK, 2019). Na maternidade de Manaus-AM, todos os recém-nascidos sobreviveram sem sequelas (GUIMARÃES, 2018).

5. CONCLUSÕES

O estudo realizado possibilitou um olhar mais apurado sobre os casos de sífilis congênita ocorridos em São João de Meriti, demonstrando a fragilidade das políticas públicas de saúde no que tange à cobertura e qualidade da assistência pré-natal, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das gestantes e seus parceiros.

A partir dos dados apresentados é possível provocar discussão sobre o tema e promover estratégias capazes de minimizarem a situação encontrada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, V 46, n 3, p. 479-486, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=pt. Acesso em maio de 2018.

BRASIL, **Boletim epidemiológico – Sífilis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>. Acesso em Maio de 2018.

BRASIL, **Boletim Epidemiológico Especial – Sífilis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Diretrizes para o Controle de Sífilis Congênita. Manual n 62. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL, **Sífilis**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>. Acesso em Abril de 2018.

BRASIL. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

DIAS, A.R. **Incidência de sífilis em gestantes no município de Anápolis-GO no período de 2011 a 2016**, monografia. Anápolis: Centro Universitário UniEVANGÉLICA; 2018 Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/231>. Acesso em março de 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SARACEN, V.; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v 4, n 1, p. 147-157, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en. Acesso em 02 de maio de 2018.

GUIMARÃES, T. *et al.* Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. **Arquivos de Ciências da Saúde**. V 25, n 2, p. 24-30, 2018. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1023>. Acesso em Março de 2019.

MOTTA, I.A. *et al.* Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? **Rev Med Minas Gerais**, v 28, Supl. 6, Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/2418/v28s6a09.pdf>. Acesso em 05 de Março de 2019.

OLIVEIRA, D.A. **Perfil clínico-epidemiológico da sífilis congênita em Anápolis-GO entre os anos 2010 a 2017**, p.87, monografia, Anápolis: Centro Universitário UniEVANGÉLICA; 2018. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/992/1/perfil%20cl%C3%8Dnico-epidemiol%C3%93gico%20da%20s%C3%8Dfilis%20cong%C3%8Anita%20em%20an%C3%81polis-go%20entre%20os%20anos%202010%20a%202017%20-%20ano%202018.2.pdf>. Acesso em Fevereiro de 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em 02 de maio de 2018.

PORTO, C.C. **Exame Clínico:** Bases para a Prática Médica. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2012.

SABACK, M.C. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita na Maternidade Ana Braga – Manaus, Amazonas. **REAS**. V 11, n 5, 287-299, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/299>. Acesso em Março de 2019.

SANDES, M.F. *et al.* Análise epidemiológica por sífilis congênita em menores de um ano no estado de Sergipe. **Braz. J. Hea. Rev.** V 2, n 2, p. 1609-1615, 2019. Disponível em: <http://brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1409/1289>. Acesso em Março de 2019.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v 16, n 2, p. 103-111. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-497420070002005&lng=pt. Acesso em Abril de 2018.

SOUSA, S.P.O. *et al.* Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. V 21, n 3, p. 465-474, 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000312&lng=pt. Acesso em Abril de 2018.

SOUZA J. *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no sertão central cearense de 2006 a 2015. **Rev. Expr. Catól. Saúde**, v 3, n 2, p.18-23, 2018. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/2428>. Acesso em 05 de março de 2019.

TONOLLI, D.M. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita em um hospital de referência na cidade de Santos. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v 15, n 38, p. 124-141, 2018. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/964/u2018v15n38e964>. Acesso em Março de 2019.