

LOUIZE ANGERAMI MARTINS

Universidade Anhembi Morumbi, ANHEMBI, São Paulo, SP, Brasil.

RAQUEL HELENA ZAVANELLA TOLEDO

Universidade Anhembi Morumbi, ANHEMBI, São Paulo, SP, Brasil.

FERNANDA FERREIRO OREB

Universidade Anhembi Morumbi, ANHEMBI, São Paulo, SP, Brasil.

**TERESA MARIA LOPES DE OLIVEIRA
URAS BELÉM**

Universidade Anhembi Morumbi, ANHEMBI, São Paulo, SP, Brasil.

*Recebido em agosto de 2020.
Aprovado em dezembro de 2020.*

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA REFERENTE AO ANO DE 2019

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* e se manifesta através das formas adquirida e congênita. O contato sexual desprotegido é a principal via de transmissão da forma adquirida e a transmissão vertical da doença leva a sífilis congênita (SC). A SC é facilmente prevenível, e quando não há o tratamento adequado da gestante, pode comprometer gravemente os diferentes sistemas do recém-nascido (RN). Na região da Baixada Santista, foi notado um aumento dos casos de SC e de sífilis em gestantes no ano de 2018 quando comparado ao de 2017. **Objetivo:** Estudar o perfil epidemiológico da sífilis congênita na Baixada Santista em 2019, e analisá-lo juntamente com o PIB dos municípios. **Justificativa:** A sífilis é uma enfermidade cujo diagnóstico e tratamento já foram elucidados pela medicina e apresentam baixo custo. Portanto, para evitar a doença no RN, basta que a gestante tenha informação e acesso a um pré-natal de qualidade oferecido pela atenção básica de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional descritivo a partir da análise de bases de dados eletrônicas. A coleta de dados será referente aos 9 municípios que compõe a Baixada Santista (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Santos, São Vicente, Praia Grande e Peruíbe), na qual serão pesquisadas variáveis relacionadas às gestantes (casos e taxa de detecção de gestantes com sífilis, momento do diagnóstico, faixa etária, escolaridade, raça/cor, realização de pré-natal, tratamento do parceiro) e aos recém-nascidos (quantidade de nascidos vivos com SC menores de um ano de idade), correspondentes ao ano de 2019. **Resultados:** Observou-se, no ano de 2019 uma taxa de incidência de SC na Baixada Santista de 4,88/1000 nascidos vivos, e entre os municípios: Cubatão, 15,45; São Vicente, 8,84; Peruíbe 5,31; Praia Grande 4,47; Santos 3,43; Mongaguá, 2,27; Guarujá, 1,69; Bertioga, 1,03. A taxa de detecção de sífilis materna na Baixada Santista foi de 13,46/1000 nascidos vivos, e quanto aos municípios, São Vicente obteve 21,18; Cubatão, 18,14; Praia Grande, 14,37; Guarujá, 12,56; Santos, 10,99; Mongaguá, 8,33; Itanhaém, 8,2; Bertioga 4,15; e Peruíbe, 3,18. Quanto as variáveis estudadas na Baixada Santista, 59% das mães apresentavam entre 20-29 anos; 79% das mães realizaram pré-natal; 10% dos parceiros obtiveram o tratamento para sífilis; 57,27% das mães se autodeclararam pardas; 20% das mães não completaram o Ensino Médio e 19,09% completaram; 51,81% das gestantes obtiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e 42,72% no momento do parto. No que tange ao PIB dos municípios no ano de 2017, Cubatão detém o maior valor, seguido de Guarujá, Praia Grande, São Vicente, Itanhaém, Bertioga, Peruíbe e Mongaguá. **Conclusão:** A partir do estudo dos dados, foi possível verificar que o perfil predominante nas gestantes foi de mulheres entre 20-29 anos, ensino médio incompleto e pardas. Quanto à análise do PIB e dos casos de SC, não foi possível verificar uma relação proporcional, seja direta ou inversamente.

Palavras-Chave: sífilis congênita, perfil epidemiológico, baixada santista.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE CITIES OF BAIXADA SANTISTA'S METROPOLITAN REGION IN THE YEAR OF 2019

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a disease caused by the spirochete *Treponema pallidum*, and it is manifested in the acquired or congenital forms. Unprotected sexual contact is the main transmission route of acquired syphilis, and its vertical transmission leads to congenital syphilis (CS). CS is an easily preventable disease, which, if not treated adequately, may impair the newborn's (NB) different systems. An increase in numbers of CS and syphilis in pregnant women was documented in the Baixada Santista region, between the years of 2017 and 2018. **Objectives:** Investigate the epidemiological profile of congenital syphilis in Baixada Santista in 2019, and analyze it alongside the municipalities' GDP. **Justification:** Both the diagnosis and the treatment for syphilis have been shown to be cost-effective. Therefore, in order to prevent the disease in a NB, the expectant mother must have access to information and adequate prenatal care, provided by the basic health care system. **Methodology:** This is an observational and descriptive study supported by the analysis of online databases. The data collected pertain to the 9 municipalities which compose Baixada Santista (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Santos, São Vicente, Praia Grande e Peruíbe); the variables analyzed refer to the pregnant women (cases and detection rate of syphilis in pregnant women; time of diagnosis; age group; education; race/color; attending prenatal care; treatment of the sexual partner) and to the newborns (number of liveborns with CS below the age of one), and refer to the year of 2019. **Results:** The incident rate of CS in Baixada Santista during the year of 2019 was 4,88/1000 liveborn; in each municipality the rates were the following: Cubatão, 15,45; São Vicente, 8,84; Peruíbe 5,31; Praia Grande 4,47; Santos 3,43; Mongaguá, 2,27; Guarujá, 1,69; Bertioga, 1,03. The detection rate of syphilis in pregnant women in Baixada Santista was 13,46/1000 liveborn. Concerning the municipalities, São Vicente's rate was 21,18; Cubatão, 18,14; Praia Grande, 14,37; Guarujá, 12,56; Santos, 10,99; Mongaguá, 8,33; Itanhaém, 8,2; Bertioga 4,15; e Peruíbe, 3,18. The observed variables, when linked, show that 59% of the mothers in Baixada Santista were 20-29 years old; 79% of mothers attended prenatal care; 10% of their partners were treated for syphilis; 57,27% of mothers self-declared as brown; 20% of mothers didn't finish secondary school and 19,09% did; 51,81% of expectant mothers were diagnosed with syphilis during prenatal care and 42,72% while giving birth. When it comes to the municipalities' GDP in 2017, Cubatão has the highest rate, followed by Guarujá, Praia Grande, São Vicente, Itanhaém, Bertioga, Peruíbe e Mongaguá. **Conclusions:** Data analysis showed that the prevailing profile between expectant mothers was that of women between the age of 20 and 29, with incomplete secondary education and self-declared as brown. When it comes to analysis of the GDP rate alongside CS cases, no correlation was observed, neither directly or inversely.

Keywords: congenital syphilis, epidemiological profile, baixada santista.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica que possui como agente etiológico a bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*. Manifesta-se por meio de duas formas, a adquirida e a congênita, sendo que a última requer notificação compulsória desde 1986¹.

A forma adquirida pode ser dividida de acordo com sua evolução e estágios clínicos. Em relação aos estágios da doença, temos a seguinte divisão: sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária. Quanto a sua evolução, é classificada em sífilis recente (menos de 2 anos de duração) e sífilis tardia (mais de 2 anos de evolução)².

O contato sexual desprotegido é a principal via de transmissão, seguido pela transmissão vertical³, na qual o feto é infectado, independentemente da idade gestacional⁴, quando a mãe é portadora da doença e não houve tratamento adequado. Por último e menos frequente, o contágio pode ocorrer durante transfusões sanguíneas.

A transmissão vertical ocorre predominantemente intraútero. Não obstante, pode ocorrer também durante a passagem do feto pelo canal do parto, caso haja lesão materna ativa. A infecção do feto por via transplacentária é determinada tanto pelo estágio da doença em que a mãe se encontra, quanto pelo tempo de exposição ao *T. pallidum*, isto é, será maior caso a gestante esteja nos estágios primário ou secundário da infecção, ou seja portadora desde o início da gestação². É importante ressaltar que o leite materno não transmite sífilis⁵.

Com o intuito de prevenir a transmissão vertical da sífilis, o Ministério de Saúde preconiza a triagem da gestante em três momentos: na primeira consulta (idealmente no primeiro trimestre de gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto².

A disseminação do *T. pallidum* da mãe para o feto desencadeia um processo inflamatório que leva ao comprometimento dos órgãos do recém-nascido, provocando lesões viscerais, ósseas, de pele e mucosas e do sistema nervoso central⁵.

A forma congênita da doença pode ser classificada em duas fases: precoce e tardia. No entanto, pode apresentar-se, também, de maneira assintomática em 70% dos casos⁶. A sífilis congênita precoce acomete crianças menores de dois anos e possui como principais manifestações clínicas a prematuridade e o baixo peso ao nascimento, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas e ósseas, pseudoparalisia dos membros (pseudoparalisia de Parrot), icterícia, anemia, convulsão, meningoencefalite, coriorretinite (lesão em "sal e pimenta"), glaucoma e catarata. Já a fase tardia manifesta-se após o segundo ano de vida e possui como características lesões gomosas ou de esclerose, delimitada a um órgão ou a um pequeno número de órgãos⁷.

O exame padrão-ouro para diagnóstico da forma congênita consiste na pesquisa direta do *T. pallidum*. No entanto, a maioria dos recém-nascidos infectados não apresenta lesões mucocutâneas, local em que o agente pode ser coletado para pesquisa direta. Dessa forma, os testes sorológicos assumem grande importância para o diagnóstico de sífilis em recém-nascidos⁵.

Os testes sorológicos dividem-se em testes treponêmicos (FTA-abs, Elisa ou Testes Rápidos), que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos, e em não treponêmicos (VDRL, RPR ou TRUST) que detectam e quantificam anticorpos não específicos para o *T. pallidum*⁸.

Apesar dos testes treponêmicos detectarem anticorpos específicos, esses têm utilização limitada para o diagnóstico de recém-nascidos, já que anticorpos maternos do tipo IgG atravessam a placenta e podem permanecer no organismo da criança por até 18 meses², o que aumenta a probabilidade de resultados falsos positivos. Sendo assim, um resultado reagente após os 18 meses confirma a infecção⁵.

Os testes não treponêmicos demandam coleta de sangue do recém-nascido e não do cordão umbilical. Em crianças menores de 18 meses, confirma-se o diagnóstico apenas se o título encontrado no recém-nascido for maior que o título materno em duas diluições².

Anticorpos antitreponêmicos do tipo IgM no recém-nascido, confirmam o diagnóstico, porém apresentam baixa sensibilidade. Desse modo, faz-se necessário uma investigação mais rigorosa, a qual deve ser realizada com: hemograma, função hepática, eletrólitos, punção líquórica, radiografia de ossos longos, avaliações oftalmológica, audiológica e neurológica⁵.

O tratamento da sífilis congênita baseia-se no uso de penicilina G benzatina, penicilina cristalina e penicilina G procaína². A tabela a seguir contempla os possíveis esquemas de tratamento.

A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar ⁽⁴⁾ , além de outros exames, quando houver indicação clínica	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
A1 – Presença de alterações clínicas e/ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A2 – Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina⁽⁴⁾ , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e teste não treponêmico não reagente no sangue periférico	Penicilina G benzatina⁽²⁾ , na dose única de 50.000 UI/kg, IM O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema: Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
B – Para todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de sangue periférico do RN Se reagente e com título maior em duas diluições quando comparado ao título materno e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
B1 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações líquóricas	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
B2 – Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina⁽⁴⁾ , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial	Na impossibilidade de garantir o seguimento ⁽⁴⁾ , deve-se proceder ao tratamento do RN com o esquema: Penicilina G benzatina , IM, na dose única de 50.000 UI/kg

Continua

Conclusão	
<p>C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente</p> <p>Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações líquóricas</p>	<p>LCR normal e exames alterados</p> <p>Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias</p> <p>OU</p> <p>Penicilina cristalina, 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias</p>
	<p>LCR alterado</p> <p>Penicilina cristalina^(a), na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias</p>
	<p>LCR normal e exames normais</p> <p>Penicilina G benzatina^(c), na dose única de 50.000 UI/kg, IM</p> <p>O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento</p>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis.

^(b) Níveis líquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando-se o uso da penicilina cristalina. No entanto, em situações extremas, a penicilina procaína pode ser considerada uma alternativa à penicilina cristalina.

^(c) O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em crianças assintomáticas, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.

^(d) O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais e sintomas clínicos.

Em 2017, foram notificados no Sinan 119.800 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 58,1 casos/100 mil habitantes); 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos); 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos); e 206 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 7,2/100 mil nascidos vivos)¹.

Em 2018, a taxa de detecção de sífilis adquirida sofreu significativo aumento quando comparada com 2017, sendo de 75,8 casos/100 mil habitantes. Bem como, também em 2018, as taxas de detecção de sífilis em gestantes (21,4/1.000 nascidos vivos), de incidência de sífilis congênita (9,0/1.000 nascidos vivos) e de mortalidade por sífilis congênita (8,2/100 mil nascidos vivos) apresentaram crescimento em comparação com os dados de 2017⁹.

Segundo dados disponibilizados na plataforma eletrônica do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2019 foram notificados 11.759 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil. Destes casos, 1768 correspondem ao estado de São Paulo¹⁰ e 110 casos à região metropolitana da Baixada Santista¹¹, a qual é composta por nove municípios: São Vicente, Santos, Praia Grande, Peruíbe, Mongaguá, Itanhaém, Guarujá, Bertioga e Cubatão¹².

Em suma, a sífilis congênita é uma doença facilmente passível de prevenção. Bem como o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das gestantes e parcerias sexuais com sífilis durante o pré-natal são determinantes para o controle da transmissão vertical⁴.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Estudar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados na região metropolitana da Baixada Santista durante o ano de 2019.

Objetivos específicos

- Analisar os dados obtidos e, assim, demonstrar as diferenças entre as cidades em questão quanto aos casos de sífilis congênita;

- b) Realizar uma comparação entre o Produto Interno Bruto (PIB) de cada município e o número de casos notificados de sífilis congênita.

JUSTIFICATIVA

A sífilis congênita é, atualmente, uma enfermidade facilmente evitada, uma vez que tanto o diagnóstico quanto o tratamento da sífilis gestacional não exigem grandes obstáculos para serem alcançados e possuem baixo custo, podendo ser realizados na rede básica de saúde durante o pré-natal. No entanto, a transmissão vertical da doença ainda se faz presente de maneira expressiva no Brasil, o que demonstra um grande problema a ser enfrentado pela saúde pública.

METODOLOGIA

Trata-se da realização de um estudo observacional do tipo descritivo a partir da análise de dados eletrônicos disponíveis no canal oficial do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e do canal oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados coletados referem-se aos municípios que formam a região metropolitana da Baixada Santista: São Vicente, Santos, Praia Grande, Peruíbe, Mongaguá, Itanhaém, Guarujá, Bertioga e Cubatão.

Os dados obtidos a partir do site oficial da Secretaria de Vigilância em Saúde correspondem ao ano de 2019 e englobam as seguintes variáveis de acordo com cada município:

- a) Quantidade de nascidos vivos;
- b) Quantidade de casos de sífilis congênita em menores de um ano;
- c) Casos de gestantes com sífilis;
- d) Casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico de sífilis na gestante;
- e) Casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe;
- f) Casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe;
- g) Casos de sífilis congênita segundo raça ou cor da mãe;
- h) Realização de pré-natal das mães de crianças nascidas com sífilis congênita;
- i) Casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe;
- j) Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis.

Já os dados obtidos do site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística referem-se ao Produto Interno Bruto (PIB) de 2017 de cada município da região metropolitana.

Em um primeiro momento, ocorreu a coleta e análise dos dados digitais, avaliando cada variável supracitada. Posteriormente, os dados foram tabelados, transformados em gráficos e descritos.

Por fim, foi realizada a comparação entre o PIB de cada cidade da Baixada Santista e a quantidade de casos notificados de sífilis congênita.

RESULTADOS

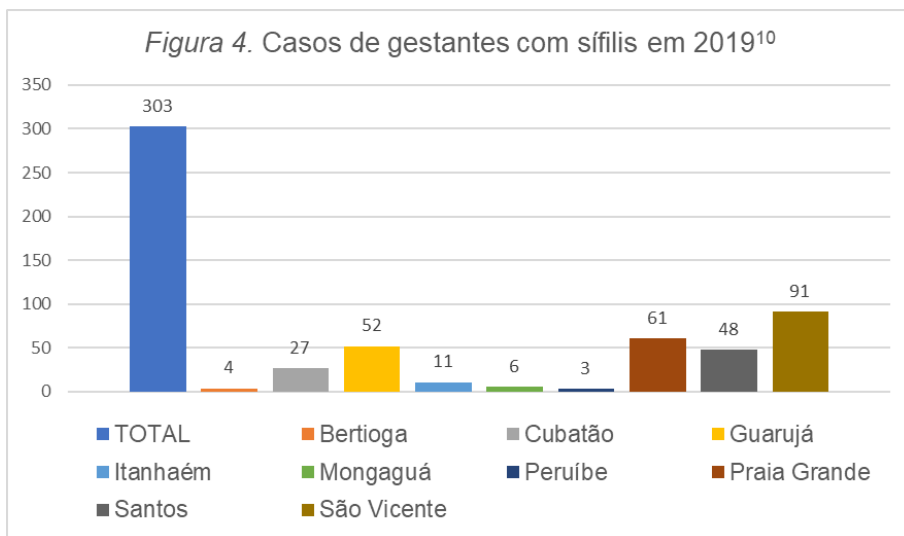
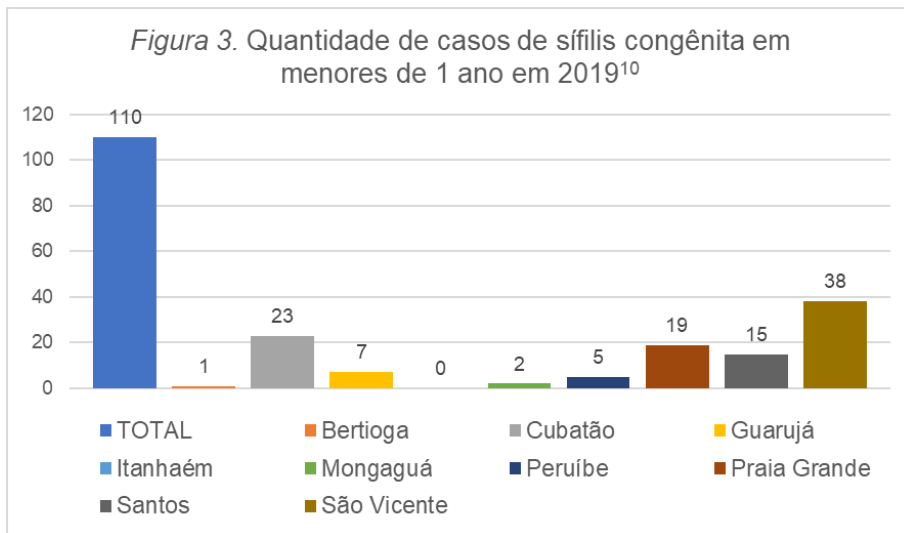
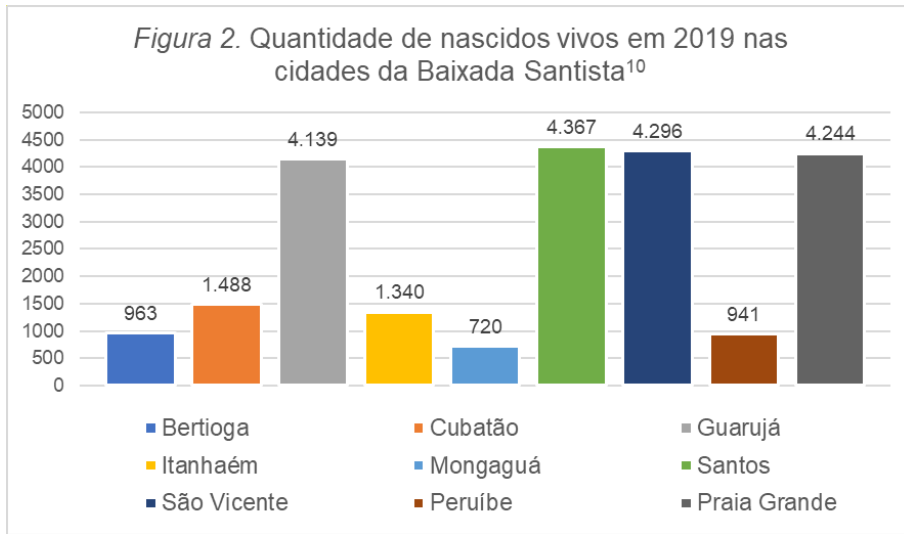


Figura 5. Casos de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico da sífilis na gestante no ano de 2019¹⁰

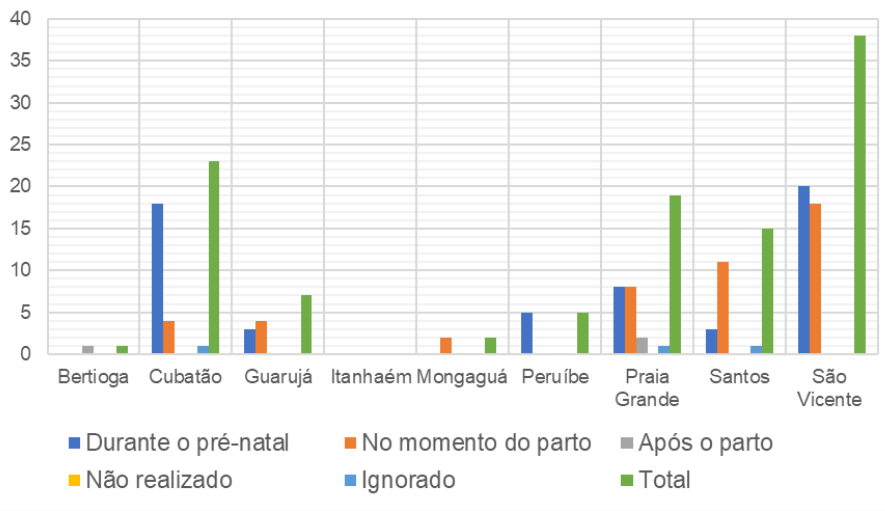


Figura 6. Casos de sífilis congênita segundo faixa etária materna no ano de 2019¹⁰

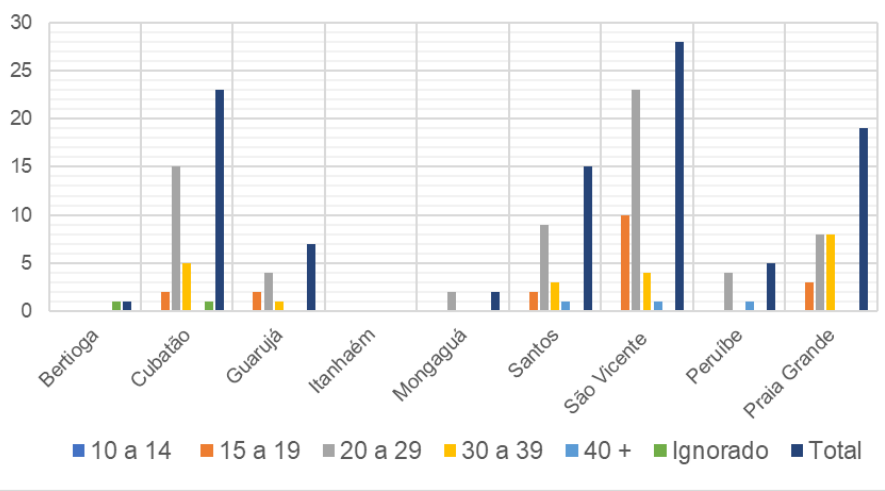
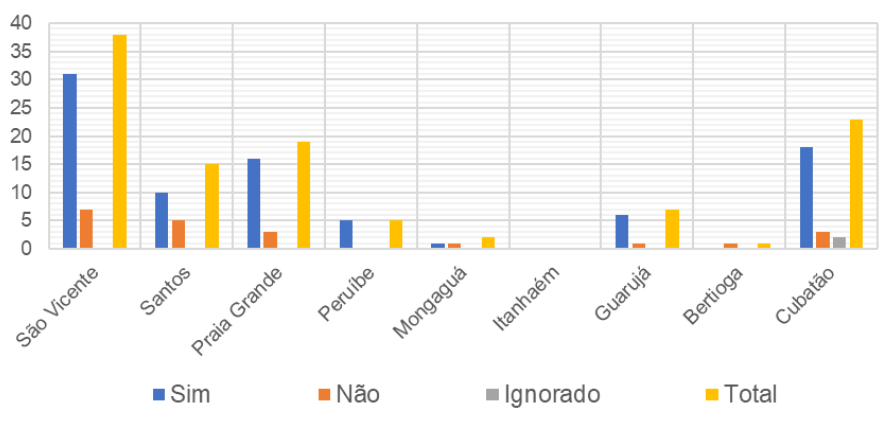


Figura 7. Realização de pré-natal nas mães de crianças nascidas com sífilis congênita no ano de 2019¹⁰



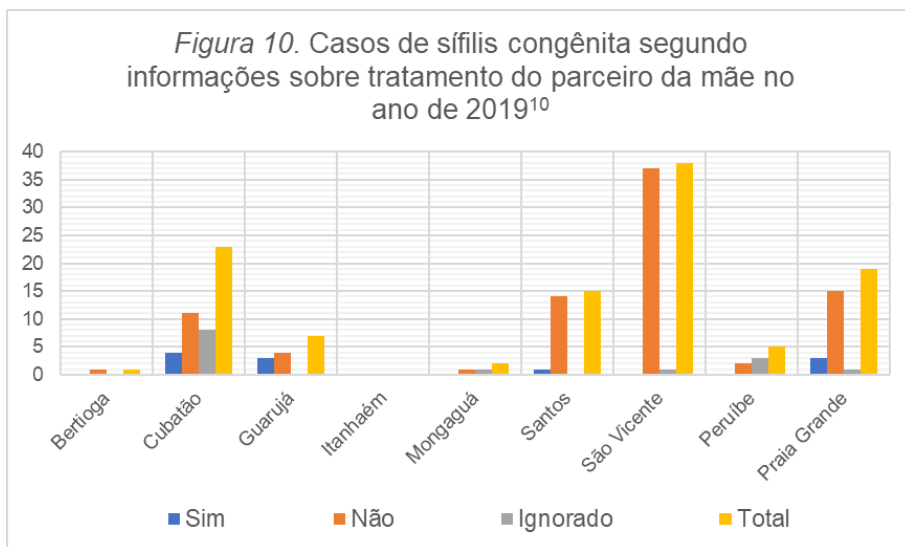
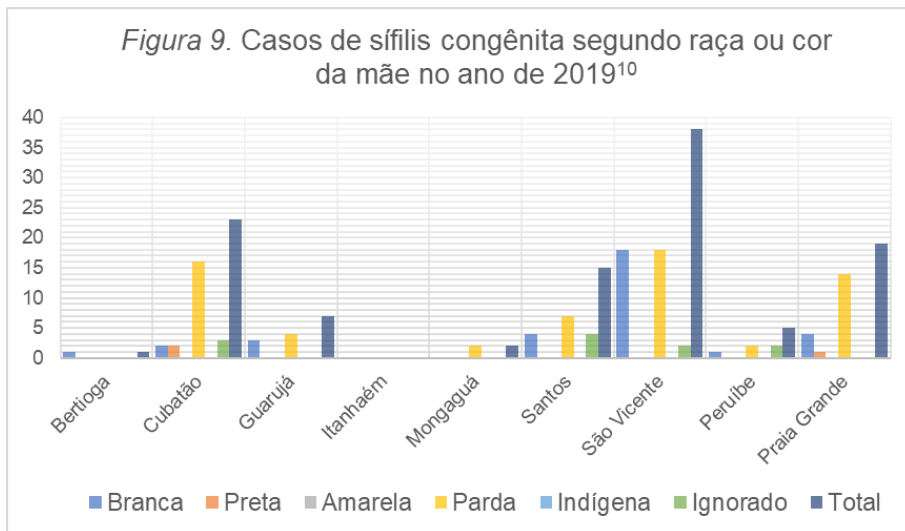
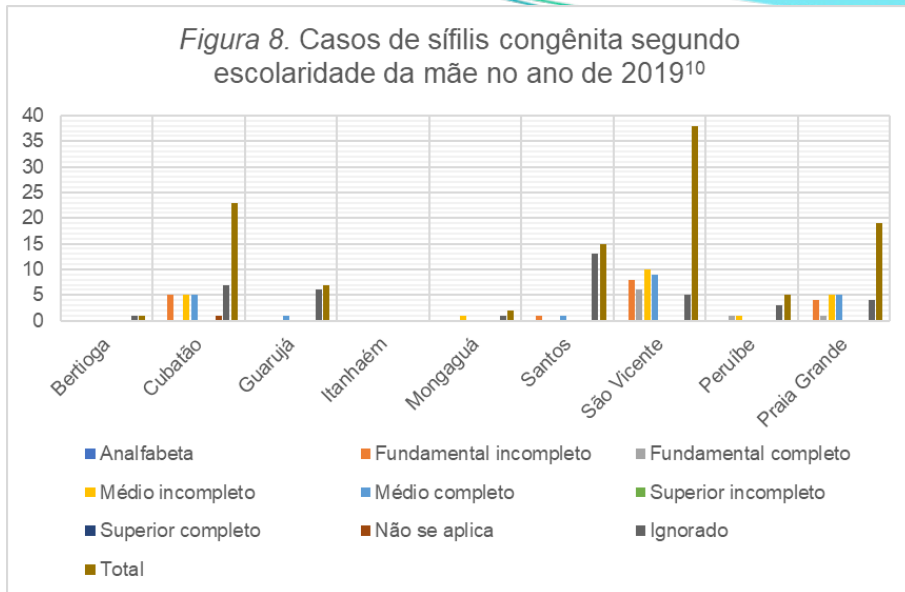


Figura 11. Taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis no ano de 2019¹⁰

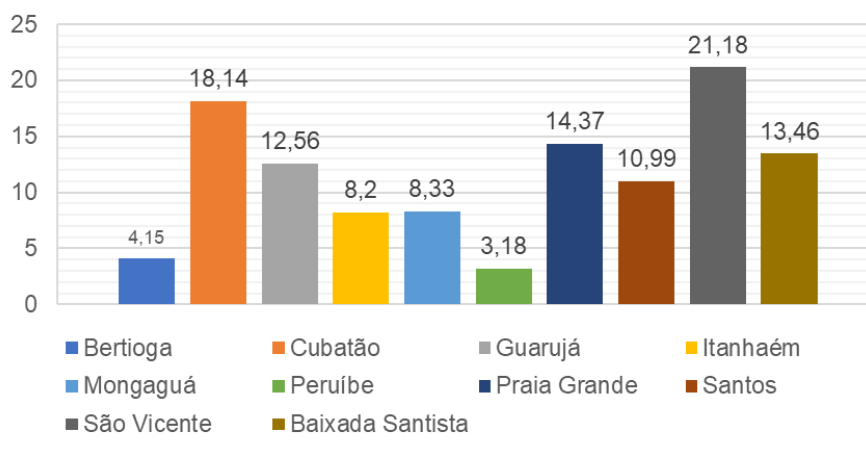
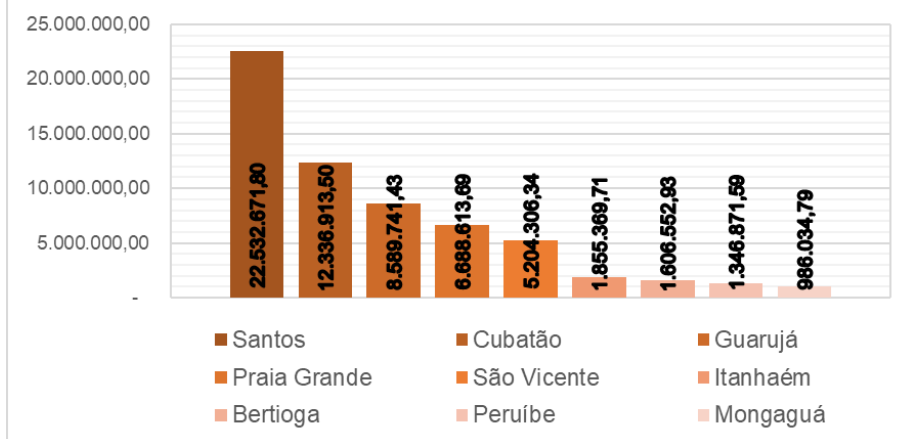


Figura 12. PIB a preços correntes (x1000) dos municípios da Baixada Santista no ano de 2017¹³



DISCUSSÃO

Durante o ano de 2019 foram notificados 110 casos de sífilis congênita na região metropolitana da Baixada Santista. Destes, 38 casos (34,5%) correspondem a cidade de São Vicente, 23 casos (20,9%) a Cubatão, 19 casos (17,27%) a Praia Grande, 15 casos (13,63%) a Santos, 7 casos (6,36%) a Guarujá, 5 casos (4,54%) a Peruíbe, 2 casos (1,81%) a Mongaguá e 1 caso (0,9%) a Bertioga. No município de Itanhaém nenhum caso foi notificado.

Um dos indicadores epidemiológicos e operacionais para o monitoramento da sífilis congênita é a taxa de incidência em menores de um ano, tendo como utilidade medir o risco de ocorrência de novos casos de sífilis congênita do mesmo local de residência e ano. Tal taxa pode ser calculada pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e no mesmo ano}} \times 1000 \quad (1)$$

Dessa forma, observou-se uma taxa de incidência de 4,88 casos/1.000 nascidos vivos na região metropolitana da Baixada Santista durante o ano de 2019. A cidade de Cubatão deteve a maior taxa, (15,45 casos/1.000 nascidos vivos), seguida por São Vicente

(8,84 casos/1000 nascidos vivos), Peruíbe (5,31 casos/1000 nascidos vivos), Praia Grande (4,47 casos/1.000 nascidos vivos), Santos (3,43 casos/1.000 nascidos vivos), Mongaguá (2,77 casos/1.000 nascidos vivos), Guarujá (1,69 casos/1.000 nascidos vivos) e, por fim, o município com menor taxa de incidência foi Bertioga com 1,03 casos/1.000 nascidos vivos.

Analisando a faixa etária das mães de crianças menores de um ano diagnosticadas com sífilis congênita na Baixada Santista, o maior percentual ocorreu em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (65 mães, correspondendo a 59%), seguido daquelas com 30 a 39 anos de idade (21 mães, ou seja, 19%), 15 a 19 anos (19 mães, o que corresponde a 17,27%) e 40 anos ou mais (3 mães, correspondendo a 2,72%). Duas mães (1,81%) tiveram suas idades ignoradas.

Quanto ao acesso ao pré-natal durante o ano de 2019, 79,09% das mães de crianças menores de um ano de idade com sífilis congênita realizaram pré-natal. Em contrapartida, apenas 19,09% das mães não o realizaram. Vale ressaltar que 1,81% apresentou o dado em questão como ignorado.

A respeito do tratamento destinado a sífilis adquirida dos parceiros, somente 10%, ou seja, 11 pais, o realizaram. Em oposição, 77,27%, o que corresponde a 85 casos, não realizaram tratamento e em 12,72% (14 casos) tal informação foi ignorada.

No que tange à raça ou cor das mães, 57,27% (63 mães), autodeclararam-se pardas, seguidas daquelas que se autodeclararam brancas (30%, correspondendo a 33 mães) e, por fim, daquelas que se autodeclararam pretas (2,73%, ou seja, 3 mães). Dez por cento (11 mães), tiveram este dado ignorado.

Com relação a escolaridade materna, 20% (22 mulheres) não completaram o Ensino Médio, 19,09% (21 mulheres) completaram o ensino médio; 16,36% (18 mulheres) não completaram o Ensino Fundamental, 7,27% (8 mulheres) completaram o Ensino Fundamental. 0,9 % (1 mulher) teve este dado descrito como “não se aplica” e 6,36% (7 mulheres), como “ignorado”. Vale ressaltar que nenhuma mãe de crianças menores de um ano diagnosticadas com sífilis congênita possuía ensino superior completo ou incompleto.

Quanto ao momento do diagnóstico de sífilis na gestante, 51,81% das gestantes (57 mães) o obtiveram durante o pré-natal; 42,72% delas (47 mães) no momento do parto/curetagem; 2,72% (3 mães) após o parto e 2,72% (3 mães) tiveram este dado ignorado.

No que concerne ao município de Itanhaém, alguns dados referentes ao ano de 2019, tais quais sífilis congênita em menores de um ano, casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe, segundo momento do diagnóstico da sífilis materna e segundo informações sobre o tratamento do parceiro da mãe, não apresentam quantificação alguma, tampouco nota ou esclarecimento sobre a falta destes dados. Dessa forma, as variáveis supramencionadas pertencentes ao município de Itanhaém não fizeram parte da análise de resultados.

Levando em consideração a taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis no ano de 2019, a Baixada Santista deteve uma taxa de 13,46. O município de São Vicente obteve a maior taxa de detecção da Baixada Santista com 21,18 por 1.000 nascidos vivos. A segunda maior taxa de detecção ficou com Cubatão, correspondendo a 18,14 por 1.000 nascidos vivos, seguido por Praia Grande com 14,37 por 1.000 nascidos vivos; Guarujá com 12,56 por 1.000 nascidos vivos; Santos com 10,99 por 1.000 nascidos vivos; Mongaguá com 8,33 por 1.000 nascidos vivos; Itanhaém com 8,2 por 1.000 nascidos vivos; Bertioga com 4,15 por 1.000 nascidos vivos e Peruíbe, ocupando a menor taxa de detecção, com 3,18 por 1.000 nascidos vivos.

Em relação ao PIB do ano de 2017 dos municípios, Santos é detentor da maior renda, com o valor em reais (R\$) de 22.532.671,80, seguido de Cubatão com 12.336.913,50, Guarujá com 8.589.741,43, Praia Grande com 6.688.613,69, São Vicente com 5.204.306,34, Itanhaém com 1.855.369,71, Bertioga com 1.606.552,93, Peruíbe com 1.346.871,59 e, por fim, Mongaguá com 986.034,79, sendo o menor PIB da Baixada Santista.

Julgando as informações sobre nascidos vivos com sífilis congênita menores de um ano e o PIB dos municípios, é possível identificar que não há uma relação estritamente direta ou inversamente proporcional. Contudo, verifica-se que Cubatão detêm o 2º maior PIB e a maior taxa de incidência de nascidos vivos com sífilis congênita. Outra comparação pode ser feita em relação ao município de Peruíbe, o qual tem o 2º menor PIB e a 2ª maior taxa de incidência de nascidos vivos com a doença. Já Bertióga, possui o 3º menor PIB, e é o município com a menor taxa de incidência de nascidos vivos com sífilis congênita.

CONCLUSÃO

A incidência de sífilis congênita no ano de 2019 foi maior no município de Cubatão, superando a incidência da mesma doença na região da Baixada Santista. Foi possível analisar que a maior parte das mães as quais tiveram filhos com sífilis congênita apresentavam idade entre 20 e 29 anos, com ensino médio incompleto e se autodeclaravam pardas. No que se refere ao parceiro, apenas 10% foram tratados. Já em relação ao momento do diagnóstico da sífilis congênita, apesar de mais da metade das mães ser diagnosticada com sífilis durante o pré-natal, uma alta porcentagem (42%) obteve o diagnóstico somente no momento do parto/curetagem, mesmo a cobertura do pré-natal entre essas gestantes ser relativamente alta (aproximadamente 80%).

Esses dados revelam que, mesmo a sífilis congênita sendo uma doença evitável, com um tratamento de baixo custo durante o pré-natal, ainda assim há falhas durante o percurso que culminam com a sua transmissão, as quais precisam ser ajustadas para que os números sejam menores e o pré-natal seja um recurso suficiente.

O presente estudo constatou que a taxa de incidência de sífilis congênita em recém-nascidos não superou a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode espelhar, mais assertivamente, um aprimoramento atual da notificação dos casos de sífilis gestacional, uma vez que o sistema de notificação compulsória tornou-se extremamente relevante para saúde pública brasileira.

Quanto a escolaridade materna, o estudo evidenciou que a presença de níveis escolares insatisfatórios refletiu em maiores números de casos de recém-nascidos com sífilis congênita. Esse fato sugere que um nível educacional adequado é de grande importância no combate a enfermidade em questão, sendo a educação sexual presente nos ensinos médio e fundamental um instrumento essencial para a transformação de tais índices, principalmente se levarmos em consideração as regiões mais carentes do país.

REFERÊNCIAS

1. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 9 ago. 2019.
2. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 14 ago. 2019.
3. COSTA, Carolina Vaz da et al. Sífilis congênita: repercussões e desafios. Arquivos Catarinenses de Medicina, v.46, n.3, p.194-202, 2017.
4. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>>. Acesso em: 16 ago. 2019.
5. GREVE, Hans; CARVALHO, Magnólia Magalhães de. Tratado de Pediatria. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. p. 1244-1247.



6. LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.19, n.1, p.63-74, 2016.
7. SEVERINO, Juliana Canteras; VITRO, Natália Gabriela Lopes dos Santos de. Sífilis congênita: por que ainda é tão frequente? Monografia de Conclusão da Residência Médica em Neonatologia, Hospital Municipal Maternidade - Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva, São Paulo, 2015.
8. PIRES, Ana Flávia Nacif P. Coelho et al. Diagnóstico da Sífilis. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22193/mod_resource/content/1/S%C3%A9filis%20-%20Manual%20Aula%202.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.
9. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>>. Acesso em: 28 nov. 2019.
10. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 12 abr. 2020.
11. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos - Natalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DASNT - SVS/MS. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>>. Acesso em: 12 abr. 2020.
12. AGÊNCIA METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA. AGEM BS. Disponível em: <<https://www.agem.sp.gov.br/>>. Acesso em: 12 abr. 2020.
13. PRODUTO INTERNO BRUTO DOS MUNICÍPIOS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=pib-por-municipio>>. Acesso em: 25 mai. 2020.