


ruep

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
v. 18, n. 53, out./dez. 2021
ISSN 2318-2083 (eletrônico)

MARIZA VILELA PEREIRA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

CLAUDIA VALÉRIA SIQUEIRA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

DIONIZE MONTANHA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em novembro de 2021.
Aprovado em dezembro de 2021.*

SÍFILIS CONGÊNITA E O PERFIL DAS MÃES RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição da taxa de incidência de sífilis congênita nos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista e o perfil das mães no período de 2010 a 2019. A abordagem foi realizada de forma descritiva com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde e para a sustentação teórica foram utilizados os manuais epidemiológicos e de diagnósticos da sífilis e artigos científicos pertinentes ao assunto. Referente ao perfil das mães a faixa etária que se destacou foi a de 20 a 29 anos, mães com o ensino fundamental incompleto e raça/cor parda. A maioria das gestantes realizaram o pré-natal em contrapartida o tratamento apresentou na sua maior parte inadequado ou não realizado.

Palavras-Chave: sífilis; sífilis congênita; sífilis congênita; perfil das mães.

CONGENITAL SYPHILIS AND THE PROFILE OF MOTHERS RESIDENT IN MUNICIPALITIES IN THE METROPOLITAN REGION OF BAIXADA SANTISTA

ABSTRACT

This study aimed to analyze the distribution of the incidence rate of congenital syphilis in the municipalities of the Baixada Santista Metropolitan Region and the profile of mothers in the period 2010 to 2019. The approach was carried out descriptively with secondary data from the Department of Informatics Ministry of Health's Unified Health System, and for theoretical support, syphilis epidemiological and diagnostic manuals and scientific articles pertinent to the subject were used. Regarding the profile of mothers, the age group that stood out was between 20 and 29 years old, mothers with incomplete primary education and mixed race/color. Most pregnant women underwent prenatal care, on the other hand, the treatment was mostly inadequate or not performed.

Keywords: syphilis; congenital syphilis; congenital syphilis; mothers profile.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa

Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150
Boqueirão - Santos - São Paulo
11050-071

<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>
revista.unilus@lusiada.br

Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

Existem mais de 30 agentes etiológicos na classificação de vírus, bactérias, fungos e protozoários que transmitem a Infecção Sexualmente Transmissível (IST), sendo que esta contaminação ocorre por contato sexual desprotegido principalmente, da mãe para a criança na gestação, no parto ou na amamentação e menos frequente por via sanguínea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Uma doença dentre as ISTs que tem destaque epidemiológico é a sífilis por apresentar uma evolução lenta e quando não tratada alterna em períodos sintomáticos e assintomáticos, com manifestação das características clínicas, imunológicas e histopatológicas diferentes. O agente etiológico é o *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) uma bactéria com forma em espiral que vem sendo estudada desde o século XV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A classificação quanto a forma de infecção pode ser: sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita e segundo a característica de manifestação clínica é dividida em sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente e sífilis terciária, com maior viabilidade de transmissão nos estágios primário e secundário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Epidemiologicamente no Brasil os casos de sífilis apresentam-se em crescimento com a incidência de cerca de 900 mil casos anualmente. A forma congênita também evidencia indicadores negativos, necessitando no seu manejo políticas públicas de alta prioridade (HOLANDA et al., 2011).

A sífilis congênita trata-se da infecção do feto em decorrência da passagem do *T. pallidum* pela placenta. Quanto mais recente for a contaminação materna mais crítica ela se torna para a gestação, capaz de levar ao aborto, ao parto prematuro ou à natimortalidade. Sendo contaminada pelo *T. pallidum* intraútero a criança poderá manifestar lesões bolhosas, ricas em treponemas, na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus, entre outras. Mesmo não havendo nenhum sintoma inicial a criança ainda pode manter o *T. pallidum* incubado, vindo a desenvolver a doença tardiamente até durante a fase adulta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para o diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação podem ser realizados testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos) e os exames direto (campo escuro - exsudato seroso das lesões ativas). Para a forma congênita o ideal é a realização de testes imunológicos, avaliando também a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos testes, incluindo os exames radiológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Quando a sífilis é diagnosticada no período gestacional, deve-se iniciar o tratamento o mais precocemente possível com a Penicilina Benzatina, único medicamento capaz de prevenir a transmissão vertical. A parceria sexual também deverá ser testada e tratada para evitar a reinfecção da gestante. O uso correto e regular de preservativos (feminino ou masculino) é uma medida importante de prevenção da sífilis. O acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal contribui para o controle da sífilis congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Vale a pena ressaltar que a sífilis em gestante e a sífilis congênita são doenças de notificação compulsória conforme a Portaria vigente do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Diante do exposto este estudo visa identificar a prevalência da sífilis congênita e o perfil das mães nos últimos 10 anos dos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, que é composta por nove municípios do litoral do Estado de São Paulo: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente.

O interesse em estudar a sífilis congênita está relacionado a relevância epidemiológica que ela representa e a sua importância para a Saúde Pública com a obrigatoriedade da notificação compulsória, além da minha experiência profissional nos cuidados de Recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva-Neonatal (UTI-Neo).

Acredita-se que o número de casos de sífilis congênita seja mais elevado nos municípios mais populosos da Região Metropolitana da Baixada Santista, mesmo relacionando com o número de nascidos vivos por município, ou seja, a distribuição percentual.

Em relação ao perfil das mães a sífilis congênita pode estar diretamente relacionada à falta de adesão ao pré-natal, a baixa escolaridade e ao tratamento inadequado.

METODOLOGIA

Este estudo teve uma abordagem descritiva da sífilis congênita e o perfil das mães residentes na RMBS nos anos de 2010 a 2019, com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde.

Após o levantamento de dados foram geradas planilhas no Microsoft Excel 2010®, pertencente ao pacote Microsoft Office 2010®, para Windows®.

Foram avaliados 1.956 casos no período, inicialmente foram elaboradas 11 planilhas, sendo elas uma para cada município (9), uma para o Brasil e uma consolidando os dados gerais. Nas linhas encontram-se as variáveis e nas colunas das tabelas iniciais os anos selecionados. Na planilha consolidada as variáveis permaneceram nas linhas e as colunas foram representadas pelos municípios. Cada planilha foi trabalhada na variável selecionada para totalizar os dados anuais nos casos de números inteiros e gerado a média nos casos de percentuais, foi utilizado a ferramenta do Microsoft Excel para estas funções.

As informações utilizadas para cada planilha foram:

- a) Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- b) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- c) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- d) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- e) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- f) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo raça/cor da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- g) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- h) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- i) Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2019.
- j) Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano e coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) segundo ano do óbito. Brasil, 2010-2019.

SÍFILIS CONGÊNITA E O PERFIL DAS MÃES RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA / CONGENITAL SYPHILIS AND THE PROFILE OF MOTHERS RESIDENT IN MUNICIPALITIES IN THE METROPOLITAN REGION OF BAIXADA SANTISTA

Para a sustentação teórica, foram utilizados os manuais epidemiológicos e de diagnósticos da sífilis e artigos científicos pertinentes ao assunto.

Os dados foram analisados primeiramente de forma individual e comparados entre eles, utilizando também os artigos científicos de estudos que se referiam ao tema.

RESULTADOS

A seguir serão apresentados os dados de sífilis congênita com a taxa de incidência e o perfil das mães dos municípios da RBMS compreendendo o período de 2010 a 2019.

Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019

Sífilis congênita em menores de um ano	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	RMBS
Casos (soma)	29	221	226	50	59	80	483	318	490	1.956
Taxa de detecção (média)	2,94	12,75	5,46	3,44	3,34	9,28	10,87	6,67	10,11	7,76

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021.

A tabela 1 indica os casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e as respectivas taxas de incidência por 1.000 nascidos vivos em cada município da RMBS. O número total na região foi de 1.956 casos no período de 2010 a 2019. Esta soma configura uma taxa média de detecção de 7,76/ 1.000 nascidos vivos.

É possível identificar que o município de Cubatão apresentou a maior taxa de detecção 12,75/ 1.000 nascidos vivos com 221 casos no período de 2010 a 2019, a seguir, o município de Praia Grande com 10,87 e São Vicente 10,11 no mesmo período.

Com a menor taxa, o município de Bertioga apresentou 29 casos no mesmo período, compreendendo 2,94/1.000 nascidos vivos.

O número de casos e a taxa de detecção apresentam uma diferença relativa devido ao cálculo do indicador, baseado nos nascidos vivos de cada município por período.

Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo idade da criança por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019.

Idade da Criança	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
Menos de 7 dias	97,22	97,72	87,27	91,25	100,00	95,88	99,72	98,89	98,03	96,22
7 a 27 dias	0,00	0,61	5,88	5,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,85	1,38
28 a 364 dias	2,78	1,67	6,72	3,75	0,00	4,12	0,00	1,11	1,12	2,36
1 ano	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 a 4 anos	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,03
5 a 12 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ignorado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

Os dados na tabela 2 mostram a distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo a idade da criança, sendo que toda a região estudada apresenta um maior percentual na faixa etária de menor de sete dias.

Na faixa etária de 28 a 364 dias destacam-se os municípios de Guarujá (6,72%) e Peruíbe (4,12) com um percentual um pouco mais elevado em comparação aos outros municípios.

Outro dado apontado foi a identificação de sífilis tardia, ou seja, na idade de 2 a 4 anos, sendo identificados o percentual nos municípios de Guarujá (0,14%) e Praia Grande (0,17%) em contrapartida os outros municípios não obtiveram casos para esta faixa etária.

Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019.

Diagnóstico Final	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
Sífilis congênita recente	100,00	98,48	94,52	100,00	85,34	99,41	83,44	93,85	96,05	94,57
Sífilis congênita tardia	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,03
Aborto por sífilis	0,00	0,61	4,02	0,00	3,81	0,59	7,91	3,78	2,30	2,56
Natimorto por sífilis	0,00	0,91	1,31	0,00	10,84	0,00	8,48	2,37	1,64	2,84

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

A tabela 3 demonstra o diagnóstico final, ou seja, associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais que são utilizados como base para o diagnóstico da sífilis na criança. A maior ocorrência se deu na classificação de sífilis congênita recente com a média da RMBS de 94,57%.

Considerando os natimortos por sífilis o percentual foi de 10,84% em Mongaguá e em Praia Grande com 8,48%, dados superiores aos da RMBS (2,84%).

Os dados apontam ainda para o percentual de aborto por sífilis, onde são evidenciados em sete municípios, correspondendo o maior percentual no município de Praia Grande (7,91%), comparado aos outros municípios. A região apresentou nesta variável a média de 2,56%.

Tabela 4

Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019.

Faixa Etária da Mãe	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
10 a 14 anos	2,22	0,53	1,23	10,71	0,00	0,00	0,16	0,00	0,40	1,70
15 a 19 anos	17,97	20,50	20,10	13,21	23,31	17,74	18,08	16,75	19,13	18,53
20 a 29 anos	39,26	50,86	51,28	44,04	57,00	51,23	58,75	49,80	52,10	50,48
30 a 39 anos	18,33	21,27	15,47	13,51	18,43	25,92	20,00	27,42	23,05	20,38
40 anos ou mais	0,00	6,02	0,88	3,33	0,00	3,98	2,42	4,85	2,14	2,62
Ignorado	22,22	0,85	11,04	15,17	1,23	1,11	0,60	1,17	3,16	6,28

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

Na tabela 4 são demonstrados os dados da distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo a faixa etária materna. A maior ocorrência foi na faixa etária de 20 a 29 anos, em todos os municípios da região.

Considerando os extremos de idades, o município de Itanhaém apresentou um percentual maior na faixa etária de 10 a 14 anos (10,71%), por outro lado na faixa etária de 40 anos ou mais, Cubatão apresentou um percentual de 6,02%.

Destaca-se ainda a variável “ignorado”, sendo que Bertioiga (22,22%) apresenta um maior percentual seguido de Itanhaém (15,17%) e Guarujá (11,04%).

SÍFILIS CONGÊNITA E O PERFIL DAS MÃES RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA / CONGENITAL SYPHILIS AND THE PROFILE OF MOTHERS RESIDENT IN MUNICIPALITIES IN THE METROPOLITAN REGION OF BAIXADA SANTISTA

Tabela 5
Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019.

Escolaridade da Mãe	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
Analfabeto	2,78	0,77	0,00	0,00	1,86	0,00	0,28	0,00	0,45	0,68
Fundamental Incompleto	27,22	31,05	9,20	38,50	19,87	19,39	30,65	17,29	29,61	24,75
Fundamental Completo	2,22	8,01	3,29	6,54	4,41	14,66	8,13	5,97	11,93	7,24
Médio Incompleto	7,78	7,96	3,34	8,39	24,18	7,26	18,52	4,85	11,63	10,43
Médio Completo	17,59	15,60	8,54	4,64	28,87	15,54	20,71	7,21	17,65	15,15
Superior Incompleto	0,00	0,24	0,00	1,25	4,93	0,00	0,79	0,99	0,19	0,93
Superior Completo	0,00	0,24	0,40	0,00	0,00	1,86	0,45	1,57	0,78	0,59
Ignorado	42,41	36,15	75,20	40,65	15,90	41,29	20,47	62,12	27,67	40,21

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

A tabela 5 se refere ao percentual de casos de sífilis congênita segundo a escolaridade da mãe. Pode-se verificar que a variável “ignorado” representa uma média de 40,21% na RMBS, sendo que o município de, Mongaguá (15,9%), Praia Grande (20,47%) e São Vicente (27,67%) apresentaram o menor percentual da região, quando comparado aos outros municípios.

Outro aspecto identificado foram os casos de analfabetismo que estiveram presentes em Bertiooga (2,78%) e em Mongaguá (1,86%), dados que se encontram acima da média da RMBS (0,68%).

Tabela 6
Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo raça/cor da mãe por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019.

Raça ou Cor da Mãe	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
Branca	49,44	24,12	24,82	40,36	44,29	42,07	35,29	32,54	40,20	37,01
Preta	0,00	5,13	2,62	7,79	12,56	8,91	7,97	8,23	6,44	6,63
Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,30	0,00	0,06
Parda	36,67	57,32	51,19	40,29	41,29	38,34	52,87	39,45	43,06	44,50
Indígena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,42	0,00	0,00	0,11	0,13
Ignorada	13,89	13,42	21,38	11,54	1,23	10,23	3,69	19,50	10,19	11,67

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

A distribuição do percentual de casos de sífilis congênita segundo a raça/cor da mãe é demonstrada na tabela 6. A média percentual na região foi de mulheres pardas (44,50%), seguidos por mulheres brancas (37,01%).

Os municípios obtiveram valores percentuais próximos entre mulheres pardas e brancas, exceto Bertiooga que obteve maior percentual na raça/cor branca com 49,44%, por outro lado os municípios de Cubatão (57,32%), Guarujá (51,19%) e Praia Grande (52,87%) a raça/cor parda predominou.

Destaca-se novamente a atenção ao percentual relacionado a variável “Ignorado”, onde a média da RMBS foi de 11,67%, e o município de Guarujá se destacou com 21,38%.

Tabela 7
Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019.

Realização de pré-natal	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
Sim	58,89	81,06	73,69	83,15	79,57	92,89	80,86	72,11	83,75	78,44
Não	30,00	15,93	19,10	11,85	20,43	7,11	17,57	24,50	14,34	17,87
Ignorado	11,11	3,03	7,21	5,00	0,00	0,00	1,58	3,40	1,92	3,69

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

A tabela 7 mostra a distribuição do percentual de casos de sífilis congênita segundo a realização do pré-natal materno. Nesta categoria foi identificado que a maioria das mães realizaram o pré-natal com a média de 78,44% na RMBS. O percentual que não realizou o pré-natal foi de 17,87% e a informação ignorada obteve o percentual de 3,69%.

Identifica-se que nenhum município da região obteve uma média de pré-natal realizado abaixo de 70%, exceto o de Bertiooga que transcorre deste percentual, com 58,89%.

Tabela 8
Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna por município de residência, RMBS, Brasil, entre 2010-2019.

Momento do diagnóstico da sífilis materna	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
Durante o pré-natal	31,67	63,75	57,52	69,82	54,08	56,57	59,08	53,99	65,88	56,93
No momento do parto/curetagem	37,78	28,67	37,69	23,04	37,72	29,67	32,05	39,02	29,68	32,81
Após o parto	13,89	2,79	2,39	6,43	4,41	5,12	6,53	5,32	1,81	5,41
Não realizado	0,00	2,95	0,89	0,00	0,00	4,71	0,13	0,53	0,00	1,02
Ignorado	16,67	1,84	1,48	0,71	3,80	3,92	2,22	1,17	2,60	3,82

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

Segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna a tabela 8 evidencia que a média na RMBS foi de 56,93% realizados durante o pré-natal.

Ainda relacionado ao diagnóstico, a média da região no parto/curetagem foi de 32,81%, após o parto 5,41% não realizado 1,02% e ignorado 3,82%.

O município de Santos apresentou a média percentual maior no momento do parto/curetagem com 39,02%, seguido de Bertiooga (37,78%). Outro dado relevante, ainda no município de Bertiooga foi o percentual da variável ignorado com 16,67%.

SÍFILIS CONGÊNITA E O PERFIL DAS MÃES RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIAXADA SANTISTA / CONGENITAL SYPHILIS AND THE PROFILE OF MOTHERS RESIDENT IN MUNICIPALITIES IN THE METROPOLITAN REGION OF BAIAXADA SANTISTA

Tabela 9
Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por município de residência, RMBS. Brasil, entre 2010-2019.

Esquema de tratamento materno	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	MÉDIA RMBS
Adequado	0,00	2,17	16,31	5,83	7,41	1,23	3,18	2,58	4,47	4,80
Inadequado	35,00	59,26	49,56	58,93	54,41	33,73	55,81	59,13	61,73	51,95
Não Realizado	36,86	26,32	26,72	30,23	36,32	29,20	36,24	33,12	22,89	30,88
Ignorado	28,14	12,26	7,39	5,00	1,86	35,80	4,77	5,16	10,89	12,36

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

A tabela 9 apresenta a distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo o esquema de tratamento da mãe. A média que se destaca no esquema de tratamento na RMBS é o inadequado (51,95%), seguido de não realizado (30,88%) e ignorado (12,36%).

Evidencia-se ainda que a média percentual da RMBS com o tratamento adequado foi de 4,80%. O diagnóstico de sífilis congênita está diretamente relacionado ao tratamento materno inadequado, o que eleva os casos da doença.

O município que apresentou a maior média percentual no tratamento materno adequado foi Guarujá (16,31%), seguido de Mongaguá (7,41%) e Itanhaém (5,83%). Peruíbe apresentou uma média significativa no esquema de tratamento “ignorado” (35,80%), seguido de Bertiooga (28,14%) e Cubatão (12,26%).

Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano e coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) segundo município de residência, RMBS. Brasil, entre 2010-2019.

	BERTIOGA	CUBATÃO	GUARUJÁ	ITANHAEM	MONGAGUA	PERUIBE	PRAIA GRANDE	SANTOS	SÃO VICENTE	RMBS
Casos (soma)	3	2	4	3	0	3	3	8	6	24
Coeficiente (média)	9,57	12,33	8,97	6,84	0,00	9,64	2,26	16,75	11,97	8,70

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, 2021

A RMBS apresentou a soma total de 24 casos de óbito no período de 2010 a 2019 conforme a tabela 10. Este dado representa o coeficiente bruto de mortalidade de 8,70/100.000 nascidos vivos na mesma região e no mesmo período.

O município de Mongaguá não teve nenhum caso de óbito no período estudado. Em contrapartida, Santos teve o maior coeficiente (16,75) no período quando comparado aos outros municípios da região.

DISCUSSÃO

A identificação precoce da sífilis materna é crucial para a prevenção da sífilis congênita e deste modo é importante a realização dos testes diagnósticos no primeiro trimestre de gravidez, para que caso haja um diagnóstico positivo para sífilis, rapidamente se inicie o tratamento adequado.

No Brasil houve um crescimento significativo na taxa de incidência de sífilis congênita, pois em 2009 a taxa era de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos, já em 2019 os casos aumentaram para 8,2 casos/1.000 nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Segundo o DATASUS a RMBS somou 245.599 nascidos vivos no período de 2010 a 2019 e apresentou neste mesmo período uma média percentual de sífilis congênita perto dos índices brasileiros, conforme referenciado acima. Porém, como foi verificado no presente estudo alguns municípios se destacaram de forma negativa, como o município de Cubatão com 12,75, Praia Grande 10,87 e São Vicente com 10,11 casos/1.000 nascidos vivos.

A criança infectada é assintomática em mais de 50% dos casos. Os primeiros sintomas são expressos geralmente nos primeiros três meses de vida, assim sendo a triagem sorológica da mãe é essencial no momento da internação na maternidade para que o diagnóstico de sífilis congênita seja realizado em tempo oportuno e brevemente se inicie o tratamento (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2015).

A identificação de sífilis tardia, neste estudo mostrado na tabela 3, na variável de 2 a 4 anos o percentual nos municípios de Guarujá foi de 0,14% em Praia Grande foi de 0,17%. A repercussão para a criança inclui as doenças que resultam de processo inflamatório crônico, da cicatrização de lesões iniciais ou reações de hipersensibilidade provocadas pelo treponema, não sendo revertidas com antibioticoterapia além de esta criança necessitar manter o segmento ambulatorial de longo prazo (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2015). O fato da sífilis tardia chama a atenção para a falta de rastreio da gestante no pré-natal, no momento do parto como também após o nascimento do bebê.

Os casos de natimorto e aborto decorrentes da sífilis congênita denotam um desfecho desfavorável na saúde pública. A sífilis é uma IST que possui uma rede de diagnósticos rápida e tratamento eficaz, porém devem ser acompanhados de forma assertiva. Segundo as Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita do Ministério da Saúde de 2006, estes eventos e a morte perinatal ocorrem em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não-tratadas.

Quando foi relacionado o perfil materno aos casos de sífilis congênita destacaram-se a faixa etária de 20 a 29 anos e o ensino fundamental incompleto. Outros estudos também relacionaram estes mesmos eventos como o de ARAUJO et al., 2012 (dados do Brasil de 2003 a 2008); SOUZA and BENITO, 2016 (dados do Brasil de 2008 a 2014) e FAVERO et al., 2019 (dados do município de Maringá-PR, Brasil de 2008 a 2014). Quanto a raça/cor o presente estudo apresentou resultados como o de ARAUJO et al., 2012 onde o maior percentual foi de mulheres pardas, já FAVERO et al., 2019 identificaram em seu estudo a predominância da raça/cor branca.

Segundo a distribuição percentual de casos de sífilis congênita referente a realização do pré-natal, a RMBS alcançou a média de 78,44% estando acima dos registros brasileiros, que contabilizou uma média de 77,83%.

Em contrapartida aos dados da realização do pré-natal mencionados acima, o diagnóstico no decorrer do pré-natal apresentou a média percentual de 56,93%, este dado fomenta a não realização do tratamento precoce da gestante e de sua parceria, acarretando o desfecho da sífilis congênita. Estes dados vão ao encontro aos estudos de ANDRADE et al., 2018; ARAUJO et al., 2012 e RUBERTI, 2020 (dados dos municípios do Estado de São Paulo de 2010 a 2016).

Toda gestante tem o direito e deve ter acesso ao acompanhamento do pré-natal, realizando no mínimo seis consultas para que este tenha qualidade. Os testes para diagnóstico da sífilis devem ser realizados em dois momentos, no primeiro e no último trimestre, de acordo com o preconizado no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis em 2007.

A testagem rápida no momento do parto/curetagem colaborou para a identificação das mães que não realizaram o diagnóstico de sífilis no pré-natal oportunamente ou ainda que tiveram um tratamento inadequado. Esta ação intensifica o rastreio da sífilis no âmbito hospitalar, colaborando epidemiologicamente para a investigação e tratamento tanto da puérpera quanto do bebê.

Apesar da média de quase 80% de gestantes terem realizado o pré-natal na RMBS este dado apresenta um desalinhamento na comparação da porcentagem do tratamento materno, pois em relação a ele foi realizada a soma das variáveis “inadequado” e “não realizado” contabilizando 82,83%. Esta informação vai em consonância a outros estudos (SOUZA and BENITO, 2016). Os autores afirmaram também que o não tratamento da parceria sexual é um fator que colabora para a reinfecção materna e conseqüentemente o tratamento inadequado levando ao aumento da transmissão vertical



Um destaque desfavorável para o presente estudo foi o elevado percentual nos dados da variável “ignorado” como na identificação da faixa etária materna, escolaridade, raça/cor, realização do pré-natal, momento do diagnóstico e esquema de tratamento. A falta dos dados dificulta a caracterização epidemiológica da população o que pode comprometer a adoção de políticas públicas eficientes relacionadas a sífilis congênita.

O coeficiente bruto de mortalidade por 100.000 nascidos vivos na região foi de 8,70 mostrando um valor acima na comparação dos dados do Brasil que apresentou 6,04 na média nacional no mesmo período. Este desfecho é desafiador quando comparado aos óbitos e a sua causa, pois esta doença é de fácil diagnóstico e possui um tratamento efetivo e de baixo custo identificando-se assim como mortalidade evitável.

Segundo o estudo de Rubert (2020), os desfechos de gestantes tratadas adequadamente são positivos, levando à redução nas mortes fetais, neonatais ou natimortos e também a redução de prematuros ou crianças com sequelas clínicas da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis conforme estudado é uma doença antiga e mesmo assim traz prejuízos nos dias atuais. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde no rastreamento e diagnóstico precoce, o Brasil ainda possui altos índices de sífilis congênita.

A taxa de incidência de sífilis congênita nos municípios da RMBS no período foi de 12,75 em Cubatão, 10,87 em Praia Grande, 10,11 em São Vicente, 9,28 em Peruíbe, 8,34 em Mongaguá, 6,67 em Santos, 5,46 em Guarujá, 3,44 em Itanhaém e 2,94 em Bertioga, seguindo a ordem crescente no mesmo período. A média da região foi de 7,76/1000 nascidos vivos.

O perfil das mães mais evidente foi representado na faixa etária de 20 a 29 anos, raça/cor parda, escolaridade ensino fundamental incompleto, a maioria realizou o pré-natal. O momento da realização do diagnóstico foi na maior parte no pré-natal, porém este fato representou somente 56,93% um dado abaixo do esperado para a identificação precoce da sífilis. O tratamento inadequado ficou evidente no estudo, uma vez que a tabulação se referiu a diagnósticos positivos de sífilis congênita.

Por mais que o tratamento seja eficaz e não tenha um custo elevado, ainda falta a conscientização deste agravo na população, este estudo mostrou que muitas mulheres haviam feito as consultas de pré-natal, mas mesmo assim apresentaram um desfecho negativo.

Os profissionais de saúde devem ser capacitados cada vez mais para promover ações de prevenção e educação na Atenção Primária envolvendo as equipes de trabalho multidisciplinar para garantir o tratamento adequado após o diagnóstico, bem como a adesão da população às formas de prevenção da doença. O tratamento da parceria sexual é fundamental neste processo e deve ser enfatizada, garantindo assim o êxito na terapêutica.

Outro aspecto identificado neste estudo foi a falta de informações, pela presença expressiva na variável “ignorado” dos indicadores, denotando a falta de preenchimento da ficha de notificação compulsória, as informações devem ser as mais precisas possíveis e não subestimadas com campos em branco ou ignorados, o que levará a estudos mais robustos e pontuais, melhorando a compreensão dos fatos determinantes.

Por fim é necessário o envolvimento de todos os profissionais, na busca de dados para o preenchimento adequado da ficha de notificação, na capacitação e conhecimento do agravo e conseqüentemente na colaboração da redução dos casos de sífilis congênita evitando o aumento dos custos para a saúde, os desfechos da morbidade e principalmente os óbitos fetais e a morte infantil.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ana Laura Mendes Becker et al. Diagnóstico Tardio de Sífilis Congênita: Uma Realidade na Atenção a Saúde da Mulher e da Criança no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 376-381, 26 jul. 2018.
- ARAÚJO, Cinthia Lociks de; SHIMIZU, Helena Eri; SOUSA, Artur Iuri Alves de; HAMANN, Edgar Merchán. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012000300010>.
- BENITO, Linconl Agudo Oliveira; SOUZA, Warlei Nunes de. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. *Universitas: Ciências da Saúde*, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 97-104, 27 dez. 2016. Centro de Ensino Unificado de Brasília. <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3811>. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3811>. Acesso em: 06 set. 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde (ed.). Brasil avança no enfrentamento à sífilis. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-avanca-no-enfrentamento-sifilis>. Acesso em: 29 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. BOLETIM Brasil avança no enfrentamento à sífilis. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-avanca-no-enfrentamento-sifilis>. Acesso em: 21 mar. 2021. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>. Acesso em: 14/03/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. - Brasília :Ministério da Saúde, 2020. 248p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para Controle da Sífilis Congênita: Manual De Bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. - 2. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS / DATASUS - Departamento de Informática do SUS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net
- BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p.
- BRASIL. Secretário de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 33: 14 de julho de 2005. 14 DE JULHO DE 2005. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: 23 mar. 2021.
- BRASIL. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010 100 p. (Série TELELAB) .



SÍFILIS CONGÊNITA E O PERFIL DAS MÃES RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA / CONGENITAL SYPHILIS AND THE PROFILE OF MOTHERS RESIDENT IN MUNICIPALITIES IN THE METROPOLITAN REGION OF BAIXADA SANTISTA

FAVERO, Marina Luiza dalla Costa et al. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. Arquivos de Ciências da Saúde, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 2, 1 jul. 2019. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137>. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137/776>. Acesso em: 06 set. 2021.

HOLANDA, Maria Tereza Costa Gomes de et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. Epidemiologia e Serviços de Saúde, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 203-212, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742011000200009>. <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a09.pdf>. Acesso em: 23/03/2021.

RUBERTI, Joelma Alexandra. Análise espacial e espaço temporal dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita nos municípios do estado de São Paulo, de 2010 a 2016. 2020 125 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, De Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Sao Paulo, 2021.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/ Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/ Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde. 2014.112p.