

SÍFILIS CONGÊNITA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS EM MARÍLIA-SP

Data de aceite: 01/04/2024

Gabriela Barbosa Azevedo

Cláudio José Rubira

RESUMO: A Sífilis é uma IST- infecção sexualmente transmissível, causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*, transmitida sexualmente, gestantes portadoras da doença podem transmiti-la verticalmente para o feto, a Sífilis é uma causa de abortamento e morbimortalidade materno-infantil, o aumento de sua prevalência na população indica falha no pré-natal e má qualidade de saúde; apesar de ser uma doença de Notificação Compulsória e seu rastreamento estar presente durante o pré-natal, nos últimos anos segundo boletins do Ministério da Saúde é notório o aumento dos casos de transmissão vertical. Sendo a Sífilis um problema de Saúde Pública é importante que sejam analisados os fatores que influenciam a transmissão, falhas no tratamento e detecção precoce, afim de que novas práticas sejam adotadas. Neste estudo buscou-se analisar a epidemiologia de Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita através de dados do SINAN (Sistema de

Informação de Agravos de Notificação) e SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) do município de Marília-SP, foram notificados 259 casos de Sífilis na Gestação e 300 casos de Sífilis Congênita no período de 2007 a 2017. O diagnóstico de Sífilis em Gestante ocorreu em 259 gestantes, aumento de 78% de 2016 a 2017, 6 casos em 2007 e 82 casos. A Taxa de Incidência anual de Sífilis Congênita no mesmo período foi de 6.78/1000 nascidos vivos, maior que os índices nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia. Sífilis. Sífilis Congênita

CONGENITAL SYPHILIS: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS IN MARÍLIA-SP

ABSTRACT: Syphilis is an STI-sexually transmitted infection caused by sexually transmitted gram-negative *Treponema pallidum*, pregnant women carrying the disease can transmit it vertically to the fetus, syphilis is a cause of miscarriage and maternal and child morbidity and mortality, increase of its prevalence in the population indicates prenatal failure. and poor quality of health; despite being a Compulsory Notification disease and its screening being

present during prenatal care, in recent years according to Ministry of Health newsletters is increasing the cases of vertical transmission. Syphilis is a public health problem, it is important to analyze the factors that influence transmission, treatment failures and early detection in order to adopt new practices. This study aimed to analyze the epidemiology of Syphilis in Pregnant Women and Congenital Syphilis through data from SINAN (Information System of Notifiable Diseases) and SINASC (Information System for Live Births) in the city of Marília-SP, 259 cases of syphilis in pregnancy and 300 cases of congenital syphilis in the period from 2007 to 2017. The diagnosis of syphilis in pregnant women occurred in 259 pregnant women, 78% increase from 2016 to 2017, 6 cases in 2007 and 82 cases. The annual Incidence Rate of Congenital Syphilis in the same period was 6.78 / 1000 live births, higher than the national rates.

KEYWORDS: Epidemiology. Congenital syphilis. Syphilis.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa transmitida sexualmente que pode ainda ser transmitida por via vertical, é causada pelo *Treponema pallidum*, atualmente nota-se o aumento significativo do número de casos, a incidência é considerável não somente em países emergentes e subdesenvolvidos como também da Europa, o aumento dos casos de Sífilis Congênita decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante diagnosticada com Sífilis não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária, a idade gestacional e a classificação clínica da gestante tem relação direta com o risco de transmissão sendo assim quando a infecção é adquirida no 1º trimestre o conceito permanece maior tempo sob risco, no entanto a resposta inflamatória mais vigorosa ocorre entre a 18ª e 22ª semana de gestação, sendo este o período de maior risco, gestantes que apresentam Sífilis Primária representam maior risco para disseminação das espiroquetas do *T. pallidum*.

As formas de apresentação são Sífilis Primária, Secundária, Latente (muitas vezes assintomática), Terciária, e ainda Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita que pode ser classificada em Precoce (acomete crianças até o 2º ano de vida) e Tardia (quando as manifestações clínicas se evidenciam após 2 anos). O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30%. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção¹. Dentre os fatores de risco para as doenças está a baixa escolaridade, o não cumprimento do acompanhamento pré-natal e o tratamento inadequado das gestantes e parceiros.

A Sífilis é uma doença de saúde pública e sua apresentação em recém-nascidos ou após os dois anos, precoce ou tardia é um indicativo de falta de conhecimento e familiaridade com relação aos protocolos nacionais de controle de sífilis e também da falta de efetividade e qualidade do pré-natal. É uma doença de notificação compulsória e em teoria deveria ter sido erradicada em 2015. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem como meta a eliminação da sífilis congênita, definida como ocorrência de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos, sendo essa meta adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro. A incidência de Sífilis congênita estimada por este estudo foi, portanto, mais de seis vezes superior à meta de eliminação proposta para o ano 2015.

Este estudo buscou analisar a epidemiologia da Sífilis Gestacional e Congênita na cidade de Marília-SP, buscando identificar os fatores envolvidos na doença, através da caracterização sociodemográficas das mães; se estas realizaram pré-natal, em que momento se deu o diagnóstico e se foram adequadamente tratadas, caracterização dos casos e se houve o manejo adequado. Identificar os fatores de risco para contaminação materna e fetal evidenciando a importância da integralidade da atenção à saúde baseado em Equipes Multiprofissionais, portanto analisar a efetividade da assistência pré-natal e os fatores sociais envolvidos na Sífilis Congênita. Buscou realizar análise causal e caracterização das mães portadoras da doença, suas características epidemiológicas e fatores de risco, os agravos apresentados pelas puérperas e pelos nascidos quanto a morbimortalidade e sequelas, além de identificar possíveis inadequações no diagnóstico e tratamento das mães durante a realização do pré-natal. O não tratamento da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30%. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção. (STUART M. BERMAN, 2008, p2).

A sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis que causa maiores danos às gestantes e seus conceitos. Embora tenha agente etiológico conhecido, modo de transmissão estabelecido, tratamento eficaz e de baixo custo, com excelentes possibilidades de cura, ainda persiste como um grave problema de saúde pública. (MAGALHÃES DMS, ET AL, p 4).

A sífilis na gestante é um agravamento de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005 e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto³. O programa de assistência pré-natal é um dos pilares da atenção primária do Sistema Único de Saúde - SUS, porém enfrenta desafios, muitas gestantes sobretudo em cidades do interior onde há maior carência e nas periferias das grandes cidades não realizam as consultas e exames que são preconizados, isso também indica subnotificação da doença.

O Programa estabelece critérios de atenção como a realização de um número mínimo de consultas (fixado em seis); realização de triagem sorológica com um exame VDRL, oferta de teste anti-HIV na primeira consulta, outro VDRL por volta da trigésima semana de gestação e a aplicação da vacina antitetânica segundo esquema recomendado. (SERRUYA, S.J ET AL, 2004, p 5).

Os exames para detecção de doenças sexualmente transmissíveis são requeridos no primeiro trimestre da gestação no caso da Sífilis o tratamento pode ser realizado em gestantes usando Penicilina benzatina, oferecida pelo SUS.

A sífilis congênita constitui o mais grave desfecho adverso prevenível da gestação e responde por, aproximadamente, 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, quando não resulta em perda fetal e perinatal⁴. É uma doença atualmente diagnostica e tratada; com sucesso elevado de tratamento, o protocolo e acolhimento correto da gestante previne os agravos que a doença pode causar principalmente em relação a diminuição do índice de morbimortalidade materno-fetal.

Sendo assim é necessária análise dos dados epidemiológicos a fim de identificar fatores que modifiquem o processo saúde doença e otimizem o sistema de diagnóstico e tratamento de gestantes que apresentem fatores prováveis para contaminação, prevenindo a Sífilis Congênita e suas implicações, este estudo será feito através da análise dos dados epidemiológicos da Sífilis congênita na cidade de Marília-SP. No estado de São Paulo foram notificados 8.521 casos de sífilis congênita no período de 1998 a 2007 (dados até 30/6/2007). Os maiores coeficientes de incidência em 2006 foram registrados nos municípios de Santos e Diadema (3,8 casos por mil nascidos vivos), seguido por Cubatão e Hortolândia (3,5/1.000), Guarulhos (3,4/1.000) e Carapicuíba e Santo André (2,3/1.000); no município de São Paulo essa incidência foi de 2,0 por mil nascidos vivos.(SES-SP, 2008, p 8)

Estudo seccional, descritivo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMAR (2.656.731), usou os dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos/Ficha de Notificação e do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) de 2007 até 2017, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília, cidade do centro-oeste paulista, Departamento Regional de Saúde DRS IX, além de dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, o período proposto buscou correlacionar ao mesmo tempo dados de Marília, do estado de São Paulo e dados nacionais.

A Sífilis é um agravo de Notificação Compulsórias; desde 1986 a Sífilis Congênita é de Notificação Compulsória, tendo sido incluída no SINAN. A Sífilis na Gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS N° 33, assinada em 14 de julho de 2005, as fichas são padrão do Ministério da Saúde e contém dezenas de itens, entre dados a respeito das mães, dos parceiros e das crianças assim como tratamento e evolução, além de observações dos casos. Um detalhe que atrapalhou a análise dos dados é que a maioria das fichas apresentava dados incompletos, sobretudo quanto aos dados socioeconômicos maternos e resultados de exames específicos como exame de Líquor.

Devido a ausência de dados sobre estado do nascido e de seu acompanhamento a caracterização da evolução dos casos foi restrita ao desfecho até o momento da realização da notificação.

Ficha de Notificação de Sífilis Congênita e Gestacional - Dados Complementares:

- Idade
- Raça
- Ocupação –
- Escolaridade
- Realizou Pré Natal Nessa Gestaçã
- Diagnóstico realizado em que período da Gestaçã
- Classificação clínica no diagnóstico
- Teste não treponêmico
- Teste confirmatório
- Adequação do esquema de tratamento
- Esquema de tratamento prescrito
- Esquema de tratamento do parceiro
- Motivo não tratamento do parceiro

Ficha de Notificação de Sífilis Congênita – Dados da criança:

- Sexo
- Raça
- Teste Sangue periférico
- Titulação Ascendente
- Evidência de *T. pallidum* no líquido
- Alteração líquórica
- Esquema de tratamento
- Evolução do caso

DEFINIÇÃO DE CASOS

Sífilis em Gestante: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

Sífilis Congênita

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada. *Tratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. *Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: manifestação clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança expostas; títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal; testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. *Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida

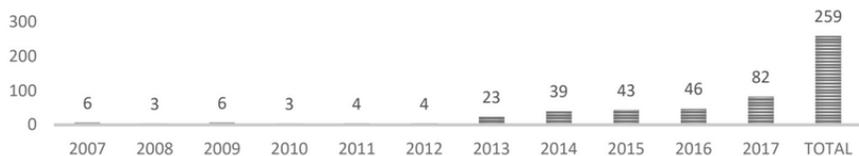
Situação 3: Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto. Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Foram realizados cálculos de Taxa de Incidência através do número de casos dividido por 1000 nascidos vivos para o mesmo período, foram usados valores percentuais e valores absolutos.

DESENVOLVIMENTO

A Sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças, segundo a OMS. A Sífilis provoca uma série de alterações estruturais, sendo elas ósseas, hematológicas e complicações perinatais que causam sequelas crônicas, algumas vezes de apresentação precoce e outras tardia; o diagnóstico muitas vezes é complicado pois depende de índices sorológicos maternos, fetais e exames inespecíficos; muitas vezes devido a fragilidade imunológica que a criança apresenta nos primeiros dias de nascida o diagnóstico se torna difícil; além disso nota-se que apesar de haver uma padronização na conduta diante do atendimento e seguimento dessas crianças, o último Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical de Sífilis, HIV e Hepatites Virais foi lançado 2018. Observa-se que os profissionais muitas vezes cometeram equívocos não solicitando exames necessários como titulação ascendente, exame radiológico de ossos longos, entre outros.

MARÍLIA: N° DE CASOS SÍFILIS GESTACIONAL 2007-2017



MARÍLIA: N° DE NOTIFICAÇÕES/ANO SÍFILIS CONGÊNITA 2007-2017



N° DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO ANO DIAGNÓSTICO ESTADO DE SÃO PAULO		N° DE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL SEGUNDO ANO DIAGNÓSTICO NO ESTADO DE SÃO PAULO	
Ano Diagnóstico	Nº de Casos	Ano Diagnóstico	Nº de Casos
TOTAL	21.487	TOTAL	44.143
2007	785	2007	926
2008	833	2008	1.369
2009	806	2009	1.640
2010	1.182	2010	2.030
2011	1.507	2011	3.121
2012	1.924	2012	3.778
2013	2.406	2013	4.886
2014	2.975	2014	6.161
2015	3.437	2015	6.815
2016	3.801	2016	8.667
2017	1.831	2017	4.750

Em 2016, no Brasil, observou-se uma Taxa de Detecção de 12,4 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos taxa superada pelas regiões Sul (16,3 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos) e Sudeste (14,7 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos). Quanto a Sífilis Congênita em 2016, observou-se uma Taxa de Incidência de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil, tendo as Regiões Sul (7,7 casos/1.000

nascidos vivos), Sudeste (7,1 casos/1.000 nascidos vivos) e Nordeste (7,0 casos/1.000 nascidos vivos) apresentado as maiores taxas, todas acima da taxa nacional. As regiões Norte (5,4 casos/1.000 nascidos vivos) e Centro-Oeste (4,8 casos/1.000 nascidos vivos) apresentaram taxas de sífilis congênita abaixo da taxa do país, apesar de, assim como as outras, apresentarem tendência de aumento.

Com relação ao esquema de tratamento da gestante, 58,1% receberam tratamento inadequado, 26,5% não receberam tratamento e apenas 4,1% receberam tratamento adequado. Quanto ao tratamento dos parceiros, em 62,2% dos casos o parceiro não foi tratado, 15,2% fizeram tratamento e para 22,6% dos casos essa informação é ignorada/em branco. (Boletim Epidemiológico Sífilis 2017).

Os valores encontrados em Marília são superiores aos encontrados em estudo no Amazonas onde um total de 486 casos de sífilis congênita foram notificados ao SINAN de 2007 a 2009 dos quais 153 casos foram em 2007, ou uma taxa de incidência de 2,1 / 1.000 nascidos vivos. No mesmo estudo concluiu-se subnotificação de casos visto que aproximadamente 60% das mulheres diagnosticadas com sífilis na gravidez foram tratadas com dose única de penicilina G, considerada inadequada para o controle da sífilis congênita. Assim, pode-se esperar que 25% dessas mães transmitam a doença, com mais 100 casos de sífilis congênita durante o período. Enquanto isso, cerca de 50% das mães de casos de sífilis congênita não foram relatadas, o que poderia ter acrescentado 243 casos de sífilis na gravidez durante o período. (SOEIRO, ET AL, 2014, p 5).

Outro estudo sobre o impacto da Sífilis na mortalidade neonatal também foi importante na identificação de oportunidades clínicas perdidas para o tratamento de SC, bem como subnotificação de CS. Mais de 32% das crianças morreram. A menor assistência pré-natal foi associada a desfechos de óbito fetal ou infantil, bem como a alta proporção de mortalidade fetal entre mães que foram testadas apenas no momento do parto. (CARDOSO, ET AL, 2014, p 8).

Neste mesmo estudo foi observado que a SC associou-se a 373 óbitos perinatais entre 2007 e 2012, com uma taxa de mortalidade perinatal de 1,66 por 1.000 NV e uma taxa de natimortos de 1,34 por 1.000 NV. (CARDOSO, ET AL, 2014, p 6).

Enquanto em outro estudo realizado também na região nordeste, Ceará, em relação aos recém-nascidos com SC, foi possível constatar que, no âmbito hospitalar, a assistência ainda está aquém das necessidades, apesar de poder ser mais efetiva considerando a disponibilidade dos recursos tecnológicos ofertados. Observou-se que exame simples como o VDRL de sangue periférico não foi realizado por todos os RN (Recém-nascidos) e outros exames como o estudo radiográfico de ossos longos e VDRL líquórico não foram realizados ou tinham a informação ignorada por mais de metade das crianças notificadas. (CARDOSO, ET AL, 2014, p 6).

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MÃES FICHAS DE SÍFILIS GESTACIONAL	N°	%
COR		
BRANCAS	142	55
PRETAS	28	11
PARDAS	83	32
AMARELAS	2	-
ESCOLARIDADE		
ANALFABETA	1	-
PRIMÁRIO INCOM.	9	4
PRIMÁRIO COMPLETO	3	1
GINÁSIO INCOM.	38	17
GINÁSIO COMPLETO	28	13
1º GRAU INCOM.	36	16
1º GRAU COMPLETO	98	44
SUPERIOR INCOM.	2	-
SUPERIOR COMPLETO	7	1
IGNORADO	23	-
PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTE?		
SIM	131	51
NÃO	126	49
IGNORADO	1	-
IDADE GESTACIONAL DO DIAGNÓTICO		
1º TRIMESTRE	140	54
2º TRIMESTRE	61	24
3º TRIMESTRE	54	21
IGNORADO	4	1
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA		
PRIMÁRIA	24	9
SECUNDÁRIA	-	-
TERCIÁRIA	4	2
LATENTE	229	88
IGNORADO	2	1
ESQUEMA DE TRATAMENTO		
PENICILINA G BENZANTINA 2.400.000 UI	12	5
PENICILINA G BENZANTINA 4.800.000 UI	4	1
PENICILINA G BENZANTINA 7.200.000 UI	233	90
OUTRO ESQUEMA	4	2
NÃO REALIZADO	5	2
IGNORADO	1	-

Foram registrados 176 casos de sífilis congênita, com aumento anual progressivo da incidência da doença de 0,30 casos / mil nascidos vivos em 2011 para 9,67 casos / mil nascidos vivos em 2015, e uma taxa de detecção no mesmo ano de 6,55 casos / mil nascidos vivos. (PADOVANI, ET AL, 2018, p 4).

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MÃES FICHAS DE SÍFILIS CONGÊNITA	Nº	%
RAÇA		
BRANCAS	163	55
NEGRAS	131	45
ESCOLARIDADE		
ANALFABETA	1	-
PRIMÁRIO IMCOM.	2	-
PRIMÁRIO COM.	2	-
GINÁSIO IMCOM.	53	18
GINÁSIO COM.	80	26
1º GRAU IMCOM.	40	13
1º GRAU COM.	104	34
SUPERIOR IMCOMPLETO	1	-
SUPERIOR COMPLETO	4	-
IGNORADO	12	4
NÃO SE APLICA	1	-
IG DE DIAGNÓSTICO DURANTE O PARTO		
DURANTE O PARTO	259	86
NO PARTO/CURETAGEM	29	10
APÓS O PARTO	8	3
NÃO REALIZADO	3	1
IGNORADO	1	-
TESTE TREPONÊMICO CONFIRMATÓRIO NO PARTO REAGENTE		
REAGENTE	202	82
NÃO REAGENTE	3	14
NÃO REALIZADO	94	4
IGNORADO	1	-
ESQUEMA DE TRATAMENTO ADEQUADO		
ADEQUADO	98	33
INADEQUADO	154	51
NÃO REALIZADO	45	15
IGNORADO	3	1
PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTE?		
SIM	119	57
NÃO	172	40
IGNORADO	9	3

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DO RN FICHAS DE SÍFILIS CONGÊNITA	Nº	%
RAÇA		
BRANCOS	189	65
NEGROS	100	35
SEXO		
FEMININO	159	53
MASCULINO	132	44
TESTE SANGUE PERIFÉRICO		
REAGENTE	215	72
NÃO REAGENTE	65	22
NÃO REALIZADO	19	6
IGNORADO	1	-
TITULAÇÃO ASCENDENTE		
REAGENTE	1	-
NÃO REAGENTE	10	4
NÃO REALIZADO	285	95
ALTERAÇÃO LIQUÓRICA		
SIM	60	20
NÃO	138	46
NÃO REALIZADO	100	33
EVOLUÇÃO DO CASO		
VIVO	282	94
NATIMORTO	5	2
ÓBITO POR OUTRA CAUSA	3	-
ABORTO	8	3
ESQUEMA DE TRATAMENTO		
PENICILINA G CRISTALINA	184	61
PENICILINA G PROCAÍNA	3	1
PENICILINA G BENZANTINA	47	16
OUTRO ESQUEMA	34	11
NÃO REALIZADO	30	10
IGNORADO	2	-

O que se mostrou diferente é que em Marília observou-se que a maioria das mães são brancas e possuíam em sua maioria Ensino Médio completo o que se distancia dos fatores observados nos estudos onde se constata que a baixa escolaridade, cor não branca entre outros são os preponderantes nos casos, sem negá-los.

Ainda que o SUS tenha estratégias de pré-natal, nota-se que a Sífilis permanece um problema de saúde pública que merece ser discutido e tratado, através de capacitações de profissionais, quanto a triagem, tratamento e preenchimento das fichas corretamente, assim como da população quanto a prevenção da transmissão sexual da doença, e alertas quanto a falha do tratamento, para prevenção da transmissão vertical da Sífilis Congênita é preconizado o uso de penicilina G benzatrina, em regimes longos.

Tratamento da Sífilis Latente tardia ou Latente com duração ignorada e Sífilis Terciária - Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas dose total de 7,2 milhões UI. A depender da situação clínico-laboratorial da mãe e manifestações do RN pode ser usado Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias, Penicilina cristalina, 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas durante 10 dias ou Penicilina G benzatina(c), na dose única de 50.000 UI/kg, IM.

O diagnóstico de Sífilis durante a gestação ocorreu em 259 gestantes, tendo aumentado 78% de 2016 a 2017, o aumento é maior se comparado ao ano 2007 quando ocorreram 6 casos enquanto que em 2017 foram 82 casos, 54% das gestantes foram diagnosticadas durante o 1º trimestre e 21% no terceiro, notando que neste último o feto permaneceu exposto durante toda a gestação. A maioria dessas gestantes tem o 1º grau completo (44%) e são da raça branca (55%), a maioria possuía Sífilis Latente (88%), a maioria foi tratada com Penicilina G benzantina 7.200.000 UI (90%), 49% dos parceiros não receberam tratamento principalmente por não possuírem testes reagentes (46%), mas também por não comparecerem para tratamento (38%) sinalizando uma falha do tratamento da gestante e maior risco de contaminação e má formações fetais, dentre os que receberam tratamento, a maioria dos parceiros (34%) realizou Penicilina G benzantina 2.400.000 UI dose menor que a administrada na maioria nas mães, para que o tratamento seja efetivo é necessário que a gestante e o parceiro recebam a mesma dose de Penicilina G benzatina a única com capacidade de exterminar as espiroquetas durante a gestação, como alternativa o Ceftriaxona 140mg ou 250 mg por 10 dias.

Embora a contaminação materna ofereça risco para contaminação fetal, não são todos os casos que evoluem para Sífilis Congênita, no mesmo período ocorreram 300 notificações por este agravo, de 2016 a 2017 houve aumento de 57% nos casos, 53% dos fetos são do sexo feminino, 45% das mães são brancas e a maioria (36%) têm 1º grau completo, 6% não realizou o pré-natal, 10% só obtiveram diagnóstico no momento do parto/curetagem, 51% teve esquema de tratamento inadequado e 15% nem realizou, em 57% dos casos o parceiro não foi tratado, houve 3 óbitos por outra causa, 8 abortos e 5 natimortos, nos vivos, a maioria foi tratada com Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias.

A amostra de Marília apresenta mulheres com 2º grau completo em sua maioria, um dos fatores contribuintes foi a falha no tratamento materno devido evasão do parceiro, seu não tratamento, ou tratamento inadequado de ambos, a ausência da Penicilina medicamento preconizado e também a incorreta conduta realizada pelo médico em alguns casos significou a evolução para Sífilis Congênita por má condução da gestante, assim como seguimento incorreto dos RN portadores, portanto faz se necessário ações educativas e capacitações entre profissionais e usuários, além de medidas que facilitem o tratamento e não impeçam o desabastecimento de Penicilina. al

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Taxa de Incidência anual de Sífilis Congênita entre 2007-2017 foi de 6.78/1000 nascidos vivos, maior que a meta nacional. O diagnóstico e tratamento da Sífilis é realizado durante o pré-natal, durante o qual são colhidos teste VDRL no início e ao final da gestação, nota-se neste estudo que a evasão do pré-natal, o não tratamento ou tratamento inadequado foram elevados, oferecendo elevado risco para os agravos estudados. Além disso nota-se necessidade de padronização nas condutas através do uso do Protocolo Nacional, a ausência de disponibilidade da droga necessária para o tratamento assim como dos recursos necessários para realização dos exames contribuíram negativamente para a situação.

REFERÊNCIAS

BERMAN, S M. MATERNAL Syphilis: pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ. 2004;82(6):433-8.

CARDOSO, ANA RITA PAULO; ET AL. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Fev 2018, Volume 23 N° 2 Páginas 563 – 574. Cad. Saúde Pública 30 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156312>. Acesso em agosto de 2018.

CARDOSO, ANA RITA PAULO; ET AL. Subnotificação da Sífilis Congênita como Causa de Mortes Fetais e Infantis no Nordeste do Brasil. Publicado em dezembro de 2016 em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167255>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0167255>. Acesso em agosto de 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira and LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo *Nascer no Brasil*. Cad. Saúde Pública [online]. 2016, vol.32, n.6, e00082415. Epub June 01, 2016. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.

MAGALHÃES DMS ET AL. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S43-S54, 2011

PADOVANI, C; OLIVEIRA, R.R.D.; PELLOSO, S.M. Sífilis na gestação: associação de características maternas e perinatais em uma região do sul do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ago 2018, Volume 26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692018000100335&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em agosto de 2018.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de Hiv, Sífilis e Hepatites Virais Ministério da Saúde 2018.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Volume 48 – 2017. Disponível em : www.ais.gov.br/pi-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017. Acesso em agosto de 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE– SES-SP Sífilis congênita e sífilis na Gestação Rev Saúde Pública 2008;42(4):768-72

SERRUYA, S J; LAGO, T D G; CECATTI, J G O programa de atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife. 2004; 4(3), sept.

SOEIRO, C.M.O; ET AL. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Amazonas, Brasil: uma abordagem por meio de relacionamento de bases de dados. Cad. Saúde Pública vol.30 no.4 Rio de Janeiro abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156312>. Acesso em agosto de 2018.