

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FÁBIO CESAR VARANIKA SANTOS

SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE TELÊMACO BORBA-PR

CURITIBA

2018

FÁBIO CESAR VARANIKA SANTOS

SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE TELÊMACO BORBA-PR

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Análises Clínicas como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Análises Clínicas, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Wesley Mauricio de Souza.

CURITIBA

2018

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo seu amor incondicional, onipresença em minha vida, me concedendo saúde, sabedoria e serenidade para enfrentar os desafios que encontrei durante minha caminhada.

A vida é passageira. Cada momento, gesto, carinho e palavras ficam registrados na memória. Aos meus pais e à minha avó que me ensinaram honestidade, determinação para fazer sempre o melhor possível.

Ao meu Orientador Prof. Dr. Wesley por sua sabedoria, estímulo diante das minhas limitações e pela riqueza de suas reflexões.

Aos colegas de turma pela amizade, paciência, ternura e pelos bons momentos que vivemos.

À minha noiva Laís por sempre me incentivar.

À diretora do Laboratório PROVIDA Dra. Cláudia, sem a qual este estudo não seria possível.

Enfim, a todos que contribuíram para a realização de mais este sonho, meu muito obrigado!

RESUMO

A incidência da sífilis, doença sexualmente transmissível, característica dos seres humanos, vem aumentando no Brasil. A transmissão tem como via principal o contato sexual, mas também pode ser transmitida da mãe para o feto durante a gravidez ou no momento do nascimento resultando na sífilis congênita. Assim, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações, para que o diagnóstico seja realizado de forma rápida e efetiva e o tratamento adequado seja instaurado, minimizando os efeitos sobre o recém-nascido. O desejo de investigar a ocorrência da sífilis congênita do município de Telêmaco Borba-PR, instigou a realização desse estudo. Metodologicamente trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com caráter descritivo. Quanto à abordagem do problema, a pesquisa utilizada classifica-se como qualitativa e quantitativa. Os dados sobre a sífilis congênita no município, em estudo, foram colhidos através das informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no site do DATASUS, no período compreendido entre 2013 e 2017. Os dados revelaram que a incidência da doença é pequena tanto em gestantes como em recém-nascidos, é predominante em mulheres brancas, na faixa etária de 20 a 29 anos e a doença encontrava-se na fase primária. Deste modo, conclui-se que a prevenção da doença é possível, através de rastreio durante o pré-parto das gestantes, que devem ser tratadas assim que estabelecido o diagnóstico.

Palavras-chave: Sífilis congênita, Cancro duro, *Treponema pallidum*.

ABSTRACT

The incidence of syphilis, a sexually transmitted disease characteristic of humans, has been increasing in Brazil. Transmission has as its main route sexual contact but can also be transmitted from the mother to the fetus during pregnancy or at the time of birth resulting in congenital syphilis. Thus, all healthcare professionals must be alert to their manifestations, so that the diagnosis is made quickly and effectively and appropriate treatment is established, minimizing the effects on the newborn. The desire to investigate the occurrence of congenital syphilis in the municipality of Telêmaco Borba-PR, instigated the accomplishment of this study. Methodologically it is a bibliographical research, with a descriptive character. Regarding the problem approach, the research used is classified as qualitative and quantitative. Data on congenital syphilis in the municipality under study were collected through the information provided by the Ministry of Health on the DATASUS website, between 2013 and 2017. Data revealed that the incidence of the disease is small in both pregnant and lactating women. neonates, is predominant in white women, in the age group of 20 to 29 years and the disease was in the primary phase. Thus, it is concluded that the prevention of the disease is possible, through tracing during the pre-delivery of the pregnant women, that should be treated as soon as the diagnosis is established.

Keywords: Congenital syphilis, Chancre, *Treponema pallidum*.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	LESÕES DE CANCRO DURO DE 4 mm CAUSADAS POR SÍFILIS PRIMÁRIA	14
FIGURA 2-	MÁCULAS ERITEMATOSAS CAUSADAS POR SÍFILIS SECUNDÁRIA	15
FIGURA 3-	ANEURISMA SIFILÍTICO DA AORTA	16
FIGURA 4-	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS CONGÊNITA	20
FIGURA 5-	FLUXOGRAMA DE TESTES IMUNOLÓGICOS PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	21
FIGURA 6-	FLUXOGRAMA 1 – TESTE DE TRIAGEM NÃO TREPONÔMICO CONFIRMADO POR TESTE TREPONÔMICO	22
FIGURA 7-	FLUXOGRAMA 2 – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL REVERSO DE SÍFILIS BASEADO EM TESTES IMUNOLÓGICOS AUTOMATIZADOS.....	23
FIGURA 8-	FLUXOGRAMA 3 – DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS COM A UTILIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS TREPONÊMICOS.....	24

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1-	ESQUEMA TERAPÊUTICO PARA O TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA	17
QUADRO 2-	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE ACORDO COM A EVOLUÇÃO E ESTÁGIOS DA SÍFILIS CONGÊNITA	19

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1-	POPULAÇÃO FEMININA TELEMACHOBORBENSE EM IDADE REPRODUTIVA NO PERÍODO DE 2010 A 2017.....	27
GRÁFICO 2-	POPULAÇÃO FEMININA PARANAENSE EM IDADE REPRODUTIVA NO PERÍODO DE 2010 A 2017.....	27
GRÁFICO 3-	SÍFILIS EM GESTANTES – CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SINAN –TELEMACHO BORBA-PR ENTRE 2010-2017	28
GRÁFICO 4-	FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES COM SÍFILIS ENTRE 2010-2017 NO MUNICÍPIO DE TELEMACHO BORBA-PR	29
GRÁFICO 5-	FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES COM SÍFILIS ENTRE 2010-2017 NO PARANÁ	30
GRÁFICO 6-	RAÇA DAS GESTANTES COM SÍFILIS ENTRE 2010-2017 NO MUNICÍPIO	31
GRÁFICO 7-	CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS ENTRE 2010-2017 NO MUNICÍPIO DE TELEMACHO BORBA-PR	31
GRÁFICO 8-	REALIZAÇÃO DE TESTE NÃO TREPONÊMICO ENTRE 2010-2017 NO MUNICÍPIO DE TELEMACHO BORBA-PR	32
GRÁFICO 9-	REALIZAÇÃO DE TESTE TREPONÊMICO EM GESTANTES DO MUNICÍPIO ENTRE 2010-2017	33
GRÁFICO 10-	SÍFILIS CONGÊNITA – CASOS CONFIRMADOS NOTIFICADOS NO SINAN –TELEMACHO BORBA	34
GRÁFICO 11-	SÍFILIS CONGÊNITA – INCIDÊNCIA POR SEXO NO MUNICÍPIO DE TELEMACHO BORBA-PR	35
GRÁFICO 12-	ESCOLARIDADE MATERNA EM GESTANTES COM SÍFILIS NO PERÍODO DE 2013-2017	36
GRÁFICO 13-	MOMENTO DA DETECÇÃO DA SÍFILIS MATERNA NOS ANOS 2013-2017 NO MUNICÍPIO DE TELEMACHO BORBA-PR.	37
GRÁFICO 14-	ESTÁGIO DA DOENÇA NO MOMENTO DA DETECÇÃO DA SÍFILIS MATERNA NO MUNICÍPIO DE TELEMACHO BORBA-PR	38

LISTA DE SIGLAS

ACS	–	Agente comunitário de saúde
AIDS	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DATASUS	–	Departamento de Informática do SUS
FTA-ABS	–	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
IgM	–	Imunoglobulina M
IST	–	Infecções sexualmente transmissíveis
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
SC	–	Sífilis Congênita
SINAN	–	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SVS	–	Sistema de Vigilância em Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
VDRL	–	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
3.1 ASPECTOS GERAIS DA SÍFILIS	13
3.1.1 Sífilis Congênita	18
3.2 EXAMES LABORATORIAIS	21
4.MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1 LOCALIDADE	25
4.2 METODOLOGIA	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	38
7 REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) , readquiriram importância como problemas de saúde pública, principalmente após o início da epidemia de AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida) (PRIMO et al., 2017; SILVA FILHO, 2017).

No Brasil a atenção e combate às IST têm apresentado algumas falhas, uma vez que apenas a AIDS, a sífilis congênita e a sífilis na gestação são de notificação compulsória, as demais não são contabilizadas fazendo com que sejam poucos os dados epidemiológicos disponíveis (BRASIL, 2017). De modo geral, as pessoas com IST ou grupos prioritários como profissionais do sexo, adolescentes, homo e bissexuais, travestis, entre outros, ainda encontram dificuldades no acesso ao sistema de saúde e aqueles que conseguem fazê-lo, ainda recebem atendimento inadequado. A falta de medicamentos também costuma interromper o tratamento e muitas vezes as unidades de saúde não fazem os testes necessários no momento da consulta (BRASIL, 2015).

As dificuldades na adesão ao tratamento pelo paciente, aliado às dificuldades do Serviço Público leva o doente a buscar auxílio nas farmácias ou se automedicar sob a orientação de pessoas não credenciadas (BRASIL, 2017).

Entre as IST, destaca-se a sífilis, doença infecciosa causada pela espiroqueta *Treponema pallidum* subespécie *pallidum* cuja incidência, no Brasil, vem apresentando índices crescentes, sendo que no ano de 2016 foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, nos quais ocorreram 185 óbitos (BRASIL, 2017).

No município de Telêmaco Borba-PR, a Secretaria Municipal de Saúde é o órgão responsável pela assistência à saúde, com a competência de formular políticas públicas, garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito municipal (TELÊMACO BORBA, 2013).

A atenção básica está organizada por meio do Programa Saúde da Família, o qual foi implantado em 1999 e se efetivou em 2004 com a implantação de 14

equipes, sendo dividido o município em 14 áreas de abrangência (TELÊMACO BORBA, 2013). As equipes são constituídas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Observa-se que a assistência prestada, os programas estratégicos e principalmente o trabalho de promoção e prevenção à saúde no município ainda são realizados de forma incipiente (TELÊMACO BORBA, 2013).

De acordo com dados apresentados no Plano Municipal de Saúde (2014-2017), em 2011 constatou-se um caso de sífilis congênita confirmado, no qual a gestante foi diagnosticada no quarto mês de gestação e não tendo aderido ao tratamento, sendo a mesma usuária de drogas. No ano de 2012 foram dois casos confirmados, ambos diagnosticados durante a Gestação, mas que não tiveram tratamento adequado (TELÊMACO BORBA, 2013).

Deste modo, o objetivo do presente estudo é conhecer os casos de sífilis diagnosticados na rede pública, utilizando para isso os dados coletados junto ao Sistema DATASUS do município de Telêmaco Borba-PR.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Verificar a ocorrência de sífilis congênita do município de Telêmaco Borba-PR.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar os casos de sífilis congênita diagnosticados na rede pública, utilizando os dados coletados junto Sistema DATASUS do município de Telêmaco Borba-PR;
- Disponibilizar aos gestores municipais dados sobre a incidência de sífilis congênita, possibilitando a implementação de políticas de saúde mais eficazes no município.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS GERAIS DA SÍFILIS

A sífilis, também chamada de cancro duro ou lues é uma doença infecciosa, cujo agente etiológico é uma bactéria gram-negativa, em forma de espiroqueta denominada *Treponema pallidum* (SILVA FILHO, 2017).

Representa um importante agravo em saúde pública, uma vez que pode acometer o organismo de maneira grave quando não tratada (BRASIL, 2017); aumenta significativamente o risco de aquisição da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) devido a entrada viral ser facilitada pela presença das lesões sífilíticas; a presença do *T. pallidum* no organismo acelera a evolução da infecção pelo HIV para a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); e, a transmissão vertical da sífilis é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo chegar a 40% a taxa de abortamento, óbito fetal e morte neonatal em sua somatória (BRASIL, 2016).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2016, a sífilis ocorreu predominante no sexo masculino, apresentando 60,1% e no sexo Feminino 39,9% dos casos.

A transmissão se dá quase que exclusivamente através do contato sexual com pacientes com lesões genitais ativas, pois estas apresentam grandes quantidades de espiroquetas,. Na sífilis congênita, a transmissão se dá por via hematogênica. A infecção por transfusão é rara nos dias atuais. Um paciente curado de sífilis pode adquiri-la novamente visto que não apresenta imunidade e pode contrair nova infecção tantas vezes quantas for exposta a ela (PRIMO et al., 2017, p. 392).

A sífilis é uma doença de evolução lenta com apresentação dos sinais e sintomas muito variável e complexa, dependendo da fase em que se apresente (primária, secundária, latente e terciária). Quando não tratada, a sífilis evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, respiratório e o trato gastrointestinal (BRASIL, 2015).

As manifestações clínicas dessa doença são multiformes e se modificam de acordo com o estágio da doença (SILVA FILHO, 2017). Quando a doença não é tratada, alterna os períodos sintomáticos e assintomáticos, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (BRASIL, 2014).

Após a infecção, ocorre um período de incubação entre 10 e 90 dias. O primeiro sintoma é o aparecimento de uma lesão única no local de entrada da bactéria. A lesão, denominada cancro duro ou protossifiloma, é indolor, tem a base endurecida, contém secreção serosa e muitos treponemas (FIGURA 1). A lesão primária cura-se espontaneamente, num período aproximado de duas semanas (Pires et al., 2014, p.9).



FIGURA 1: Lesões de cancro duro de 4 mm causadas pela bactéria *T. pallidum*, caracteriza-se por sífilis primária.

Fonte: CLEINMAN; MAY, 2014

A sífilis secundária é resultante da multiplicação e disseminação da bactéria, e persiste até que o hospedeiro seja capaz de desenvolver resposta imune adequada (de 1 a 3 meses). A manifestação mais clássica é a erupção de máculas eritematosas cutâneas (FIGURA 2), difusas, não vesicular (com exceção da sífilis congênita), rico em treponemas, que acomete também a região palmar e plantar. Podem surgir sintomas como: fadiga, linfadenopatia generalizada, artralgia, mialgia, exantema maculopapular, cefaleia e faringite (CLEINMAN & MAY, 2014).



FIGURA 2: Máculas eritematosas causadas por sífilis secundária na região palmar e plantar.

Fonte: CLEINMAN; MAY, 2014

A sífilis latente caracteriza-se por período assintomático com exame físico normal associado à sorologia positiva e é classificada como latente recente ou tardia de acordo com a data de diagnóstico da infecção. Será considerada recente se a infecção ocorreu no ano anterior ao diagnóstico, o que só é possível se a pessoa apresentou sinais inequívocos da doença primária ou secundária no último ano, se a única exposição sexual ocorreu no último ano ou se houve parceiros sexuais com sífilis primária, secundária ou com sífilis latente precoce. Na ausência dessas condições, o indivíduo deve ser considerado com sífilis latente (SILVA FILHO, 2017).

Após período de latência de 5 a 30 anos, a sífilis terciária se manifesta clinicamente de forma generalizada com grande morbidade e mortalidade, principalmente por lesões cutaneomucosas, cardiovasculares, neurológicas e articulares, que caracterizam esse estágio da doença.

Geralmente, é subdividida em: i) sífilis cardiovascular: resulta do acometimento do *vasa vasorum* da aorta seguido por formação de aneurisma (FIGURA 3). Há predileção pela aorta ascendente com consequente fraqueza do anel valvar e regurgitação aórtica e ii) goma sífilítica: lesão granulomatosa não específica que pode ocorrer em qualquer tecido, porém é mais comum no sistema esquelético, pele e mucosas. Tem importância clínica devido à intensa destruição local que provoca. (CLEINMAN & MAY, 2014, p.34)



FIGURA 3: aneurisma sífilítico da aorta.

Fonte: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402006000800017

As complicações neurológicas encontram-se descritas em Duncan (1995, p. 873), nos seguintes termos:

As complicações neurológicas incluem a paralisia geral progressiva que resulta em mudanças de personalidade, mudanças emocionais, hiperreflexia e pupilas de Argyll Robertson, um sinal diagnóstico no qual as pupilas contraem-se pouco e irregularmente quando os olhos são focalizados em algum objeto, mas não respondem à luz, e também a Tabes dorsalis, uma desordem da medula espinhal que resulta em um modo de andar característico.

A neurosífilis pode ser assintomática ou sintomática e ocorre com a invasão das meninges pelo treponema de 12 a 18 meses após a infecção, mas desaparece em 70% dos casos, mesmo sem tratamento (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

A neurosífilis acomete o sistema nervoso central (SNC), o que pode ser observado já nas fases iniciais da infecção. Esse acometimento precoce, no entanto, ocorre por reação inflamatória da bainha de mielina, não havendo destruição anatômica das estruturas neurais. Estatisticamente, ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, na sua maioria de forma assintomática, só diagnosticada pela sorologia do líquido, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% como meningite asséptica (BRASIL, 2015, 91).

Pode ocorrer durante qualquer fase do desenvolvimento da doença, e as alterações laboratoriais no líquido (LCR) são comuns nos estágios iniciais da doença, mesmo na ausência de alterações clínicas neurológicas (SILVA FILHO, 2017).

O tratamento é feito com Penicilina G Benzatina com dose total de 4.800.000 UI, pela via intramuscular, em duas administrações com intervalo de uma semana

entre as aplicações para as fases primária, secundária e latente. Nas fases tardia e terciária a dose total é de 7.200.000 UI, pela via intramuscular, em três administrações com intervalo de uma semana (SÃO PAULO, 2016). Deve-se observar que “caso o intervalo entre as doses ultrapasse a 14 dias, o esquema deverá ser reiniciado” (BRASIL, 2015, p. 82).

Para recém nascidos, deve ser adotado o esquema terapêutico apresentado no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Esquema terapêutico para o tratamento da sífilis congênita

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Criança exposta à sífilis	Penicilina G Benzatina, na dose única de 50.000 UI/Kg, IM
Sífilis Congênita	Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, 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
Neurossífilis	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

Fonte: BRASIL, 2015, p. 85

Esta terapêutica medicamentosa tem sido recomendada como a única com eficácia documentada no tratamento de gestantes com sífilis e na prevenção da transmissão vertical da doença para o bebê, apresentando 98% de taxa de sucesso nessa prevenção (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Infelizmente, a partir 2014, a falta de insumo farmacêutico ativo de fornecedores internacionais, o baixo custo do medicamento e o fato de estar há muitos anos no mercado, tem ocasionado o desabastecimento da penicilina benzatina, procaína e cristalina no Brasil e em outros países do mundo, o que pode elevar ainda mais a incidência da doença (CARDOSO, et al, 2017).

Todos os parceiros sexuais com exposição nos 90 dias anteriores ao diagnóstico devem ser tratados, mesmo com resultados não reagentes às provas sorológicas (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Com a crescente incidência de casos no Brasil, deve-se prestar atenção às suas manifestações. Nesse contexto, o diagnóstico desempenha papel fundamental no combate à sífilis, por permitir a sua confirmação e o monitoramento da resposta ao tratamento (PIRES et al., 2014).

3.1.1 Sífilis congênita

A sífilis congênita (SC) é transmitida por via transplacentária pela gestante infectada para o feto, através da disseminação hematogênica do *T. Pallidum*, também chamada de transmissão vertical (SANTOS & ANJOS, 2009).

A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Portanto, a transmissão será maior nas fases iniciais da doença, quando há mais espiroquetas na circulação. A taxa de transmissão é de 70-100% nas fases primária e secundária, 40% na fase latente recente e 10% na latente tardia (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006, p. 116).

Segundo o Boletim epidemiológico da sífilis de 2017: “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” (BRASIL, 2017).

Cerca de 2/3 das crianças expostas são assintomáticas ao nascerem, apresentando sintomas somente a partir dos primeiros três meses de vida. As crianças que nascem sintomáticas podem apresentar infecção fulminante disseminada; exantema, condilomas planos, lesões vesico-bolhosas, coriza, rinite hemorrágica, placas mucosas, fissuras periorais; osteocondrite, periostite, pseudoparalisia; hepatoesplenomegalia, linfadenopatia generalizada, ascite, glomerulonefrite; envolvimento ocular; sintomas neurológicos; prematuridade e baixo peso ao nascimento (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 36)

Ao nascer, a criança com sífilis congênita pode apresentar lesões bolhosas, ricas em treponemas, nas palmas das mãos, nas plantas dos pés, ao redor da boca e do ânus. Mesmo quando não se manifesta com essas características, a infecção congênita pode permanecer latente, vindo a se expressar durante a infância ou mesmo na vida adulta (BRASIL, 2014).

Durante a gestação, a sífilis congênita se manifesta com abortamento, nascimentos prematuros ou nascimentos seguidos de morte (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis congênita pode ser classificada em precoce, quando surge até o segundo ano de vida. O diagnóstico é realizado por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e da avaliação clínico-laboratorial além de estudos de imagem na criança. A tardia, quando ocorre após o segundo ano de vida, o diagnóstico é realizado por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais e investigação da possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por via sexual (BRASIL, 2015).

No QUADRO 2 podem ser observadas as manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis congênita.

QUADRO 2: Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis congênita.

Evolução	Estágios da sífilis congênita	Manifestações clínicas
Sífilis congênita (antes de dois anos de idade)	Precoce	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia ▪ Lesões cutâneas (pênfeco palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura ▪ Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros ▪ Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia ▪ Rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (epitrocLEAR) ▪ Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite
Sífilis congênita (após dois anos de idade)	Tardia	<ul style="list-style-type: none"> • Tíbia em “lâmina de sabre” • Articulações de Clutton • Fronte “olímpica” e nariz “em sela” • Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora” • Rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado • Ceratite intersticial • Surdez neurológica e dificuldade no aprendizado

Fonte: BRASIL, 2015, p. 101



FIGURA 4: manifestações clínicas da sífilis congênita.

Fonte: <http://eshoje.com.br/casos-de-sifilis-congenita-e-em-gestantes-aumentam-em-mais-de-40-no-espirito-santo/>

Toda gestante deve ser testada para sífilis no início da gestação com o teste não treponêmico, pois os títulos são fundamentais para monitoramento da resposta ao tratamento. Nos locais onde a prevalência de sífilis é alta e nas mulheres com alto risco de transmissão, o teste não treponêmico deve ser repetido no segundo trimestre e no momento do parto. O risco de transmissão vertical é maior nos estágios primário e secundário da doença (SILVA FILHO, 2017).

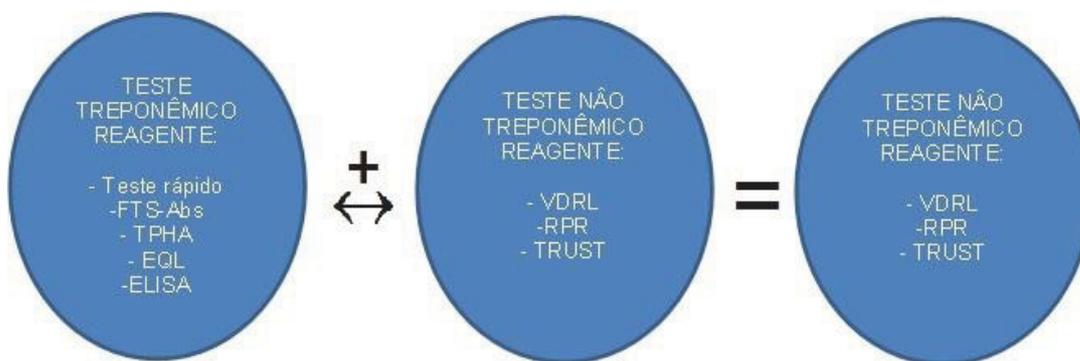
O diagnóstico da sífilis congênita é confirmado por provas diretas com o achado do *T. pallidum* nas lesões, líquidos corporais ou tecidos. Testes sorológicos do sangue do cordão umbilical e sangue periférico do recém-nato podem ser feitos. O diagnóstico na ausência de lesões deverá considerar que anticorpos maternos podem passar ao feto sem infecção, e, nesse caso, é necessário realizar sorologia quantitativa periódica (negativação em média dentro de seis meses após o nascimento) ou o FTA-ABS-IgM, já que a molécula de IgM não ultrapassa a barreira placentária, sendo diagnóstica quando positiva. Em relação ao VDRL, o diagnóstico de sífilis congênita é feito quando os resultados do recém-nato são iguais a quatro ou mais vezes o título materno (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006, p. 119).

A investigação para sífilis congênita, através do VDRL, deve ser realizada para todos os recém-nascidos, filhos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação

ou no parto, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos (BRASIL, 2015).

Estes testes seguem o esquema proposto pelo Ministério da Saúde (FIGURA 5) com o objetivo de obter o diagnóstico precocemente e o tratamento tenha início rápido e eficaz.

FIGURA 5 – Fluxograma de Testes imunológicos para diagnóstico da sífilis



Fonte: BRASIL, 2015, p. 75

O serviço público de saúde deve garantir o acompanhamento clínico, laboratorial, confirmação diagnóstica e cuidados necessários para todas as crianças nascidas de mães com sífilis. A sífilis congênita tem cura e o tratamento gratuito está assegurado através do SUS (BRASIL, 2016).

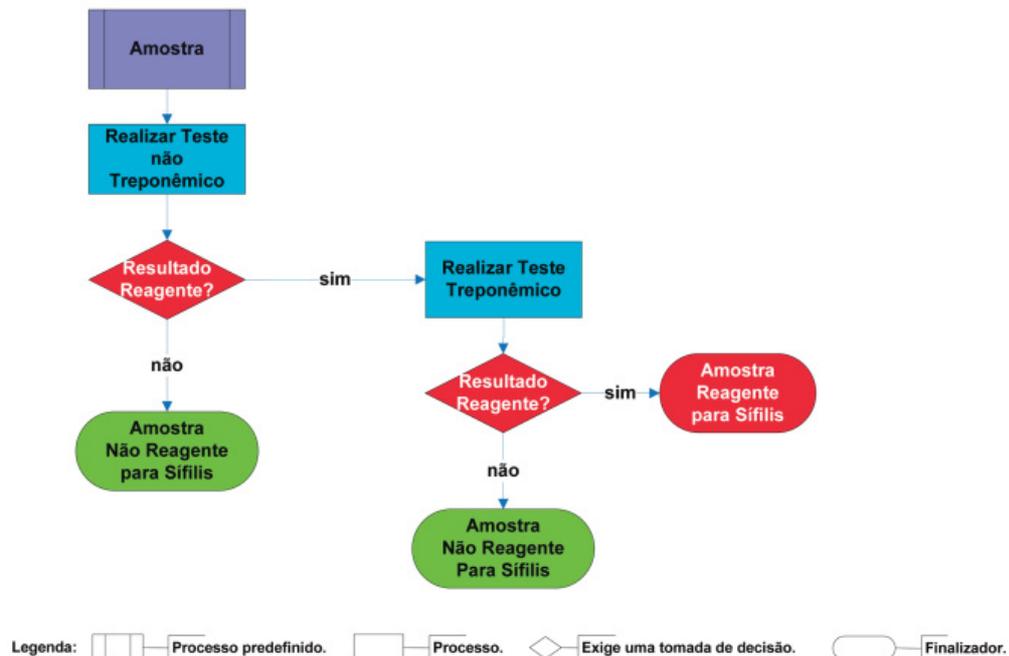
3.2 EXAMES LABORATORIAIS

Com o intuito de auxiliar e padronizar o diagnóstico imunológico da sífilis, o Ministério da Saúde (BRASIL 2016) preconiza três fluxogramas. O fluxograma 1 destina-se para serviços que dispõem de infraestrutura laboratorial com capacidade de liberação rápida dos resultados.

Consiste na abordagem convencional para o diagnóstico de sífilis por testes imunológicos, na qual se emprega um teste não treponêmico como primeiro teste, seguido por um teste treponêmico (incluindo a possibilidade de ser um teste rápido) para a confirmação do diagnóstico. Se executados em laboratório, todos os testes devem ser realizados em uma mesma amostra obtida por punção venosa, inclusive quando se utiliza o teste rápido treponêmico. Porém, também é possível

que se inicie o fluxograma em laboratório, com o teste não treponêmico, e se conclua com a realização do teste rápido treponêmico com amostra de sangue total obtida por punção digital, durante o atendimento da pessoa no serviço de saúde (BRASIL, 2016, p. 35).

FIGURA 6 - FLUXOGRAMA 1 - Teste de triagem não treponêmico confirmado por teste tepronêmico

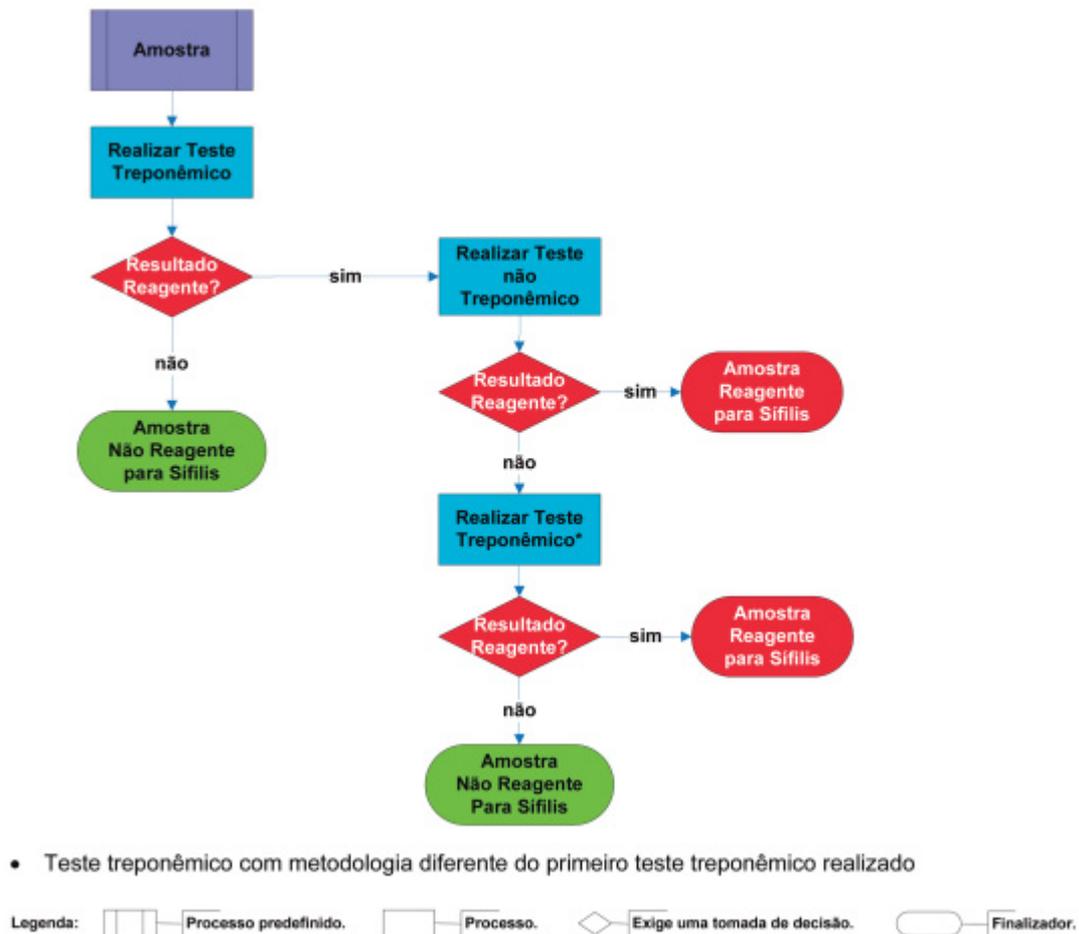


Fonte: BRASIL, 2016, p. 35

O fluxograma 2 permite o processamento diário de um grande número de amostras, com liberação rápida dos resultados, sendo indicado para serviços infraestrutura laboratorial com automação (BRASIL, 2016).

O Fluxograma 2 consiste na abordagem reversa à convencional para diagnóstico de sífilis por testes imunológicos, na qual se emprega um teste treponêmico do tipo Elisa, quimioluminescência ou outros equivalentes como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação do diagnóstico. Porém, caso o teste não treponêmico seja não reagente, o Fluxograma 2 preconiza a utilização de um terceiro teste para confirmação do resultado, o qual deve ser um teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste realizado, podendo ser teste rápido, FTA-Abs, TPPA, TPHA ou MHA-TP. Todos os testes devem ser realizados em uma mesma amostra (BRASIL, 2016, p. 36).

FIGURA 7 - FLUXOGRAMA 2 - Diagnóstico laboratorial reverso de sífilis baseado em testes imunológicos automatizados

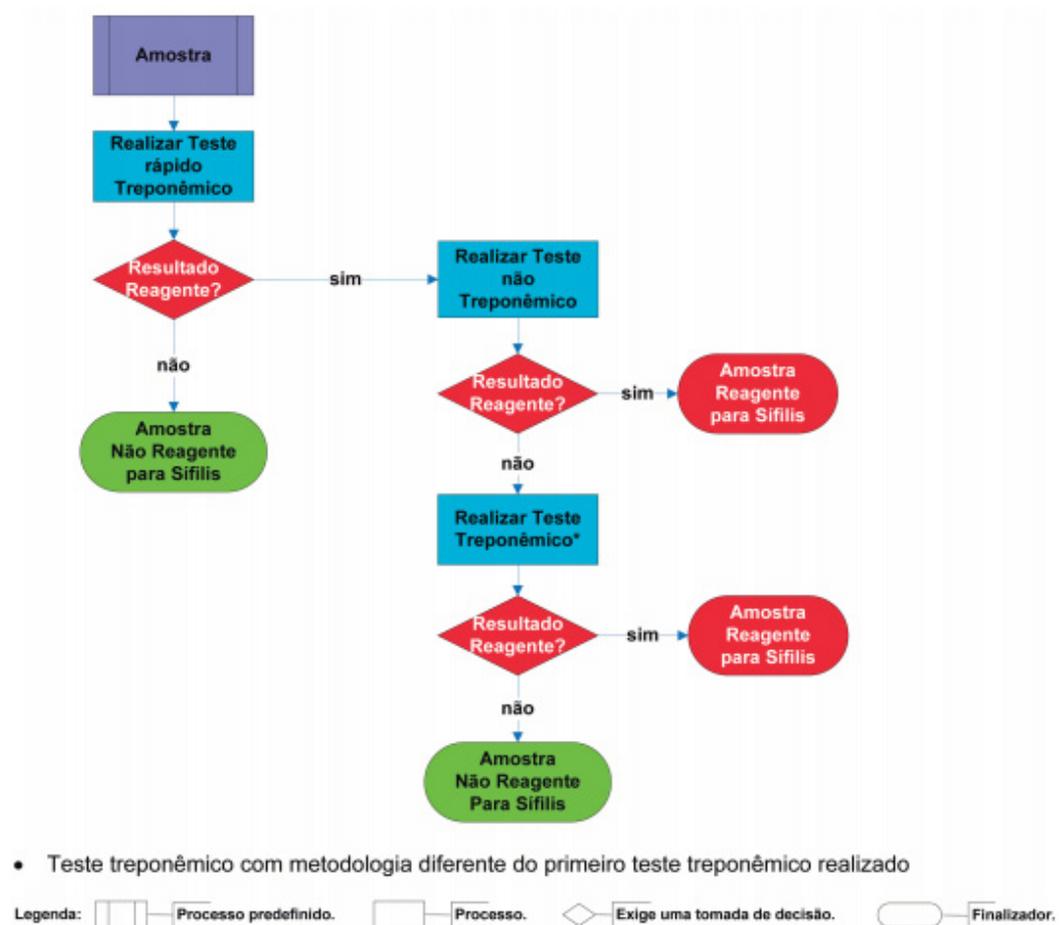


Fonte: BRASIL, 2016, p. 37

O Fluxograma 3 utiliza os testes rápidos (TR) treponêmicos como testes de triagem, sendo indicado para as localidades com pouca infraestrutura laboratorial e em situações emergenciais que necessitem respostas rápidas.

Consiste na abordagem reversa à convencional para diagnóstico de sífilis por testes imunológicos, na qual se emprega um teste rápido treponêmico como primeiro teste, seguido por um teste não treponêmico para a confirmação do diagnóstico. Porém, caso o teste não treponêmico seja não reagente, o Fluxograma 3 preconiza a utilização de um terceiro teste laboratorial treponêmico (FTA-Abs, TPPA, TPHA ou MHA-TP). Todos os testes devem ser realizados em uma mesma amostra quando obtida por punção venosa, inclusive o teste rápido. Nas situações em que o teste rápido for realizado com amostra obtida por punção digital e seja reagente, uma segunda amostra venosa deverá coletada para conclusão do fluxograma (BRASIL, 2016, p 42).

FIGURA 8 - FLUXOGRAMA 3 - Diagnóstico da sífilis com utilização de testes rápidos treponêmicos



Fonte: BRASIL, 2016, p. 41

Na escolha do teste laboratorial a ser utilizado, é importante considerar o provável estágio de sífilis a ser diagnosticado, pois no início da infecção ainda não houve tempo suficiente para a produção de anticorpos e o ideal é que seja realizada a pesquisa direta do *T. pallidum* (BRASIL, 2015).

O Teste rápido de sífilis consiste no método imunocromatográfico treponêmico para detecção de anticorpos específicos. Exame de triagem, prático e de fácil execução, sem a necessidade de estrutura laboratorial também são importantes. Casos positivos devem ser confirmados com os testes laboratoriais. Em

caso de gestante com teste positivo, o tratamento deve ser iniciado imediatamente (BRASIL, 2015).

O Teste sorológico não treponêmico (VDRL - Venereal Disease Research Laboratory) é utilizado para *screening* populacional, com alta sensibilidade e baixa especificidade. Há ocorrência de resultados falso-positivos em portadores de doenças autoimunes, tuberculose, gravidez, idosos e usuários de drogas injetáveis. Precisa ser confirmado através do teste sorológico treponêmico. O aumento ≥ 4 vezes o valor inicial (Ex: 1:4 para 1:16) dos títulos de VDRL, correlacionam-se com a atividade da doença e são utilizados para seguimento clínico. Teste sorológico treponêmico (FTA- -ABS - *Fluorescent treponemal antibody absorbed*) possui alta especificidade e confirma o diagnóstico de sífilis. Deve-se lembrar de que quanto mais tardios são o diagnóstico e o tratamento, maior será a possibilidade de o resultado do teste permanecer reagente para sempre. Porém, os títulos dos testes não treponêmicos serão baixos (entre 1:2 a 1:4) e os testes treponêmicos serão reagentes. Não há necessidade de retratamento (PRIMO et al., 2017).

Neste sentido, ações propostas devem prever, em caráter permanente, capacitação e atualização de equipes multiprofissionais no acolhimento, aconselhamento, realização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem, diagnóstico e terapêutica para sífilis, bem como ações de vigilância epidemiológica e articulação com os demais serviços da rede de atenção à saúde (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 LOCALIDADE

O presente trabalho foi realizado com dados obtidos no município de Telêmaco Borba-PR, com uma população estimada pelo IBGE em 2017 de 77.276 habitantes (IBGE, 2017).

4.2 METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico a pesquisa teve uma abordagem quantitativa, com caráter exploratório/documental, pois teve como objetivo ampliar o conhecimento a respeito da sífilis congênita e das políticas de saúde no município de Telêmaco Borba-PR.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre a sífilis, sífilis congênita, exames laboratoriais e dados do município. O levantamento de dados foi realizado através de pesquisas das informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, através do site: <http://www.datasus.saude.gov.br> sobre a sífilis em gestantes e a sífilis congênita no município de Telêmaco Borba-PR.

Os dados coletados foram analisados com base na estatística descritiva.

Para a análise e interpretação dos dados baseou-se nas publicações das notificações disponibilizadas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Este sistema é alimentado pelos municípios através da notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I), entre elas a Sífilis congênita. As fichas de notificação compulsória consistem de um formulário padronizado com informações sociodemográficas e clínicas preenchidas por profissionais de saúde.

Para a sífilis em gestante os dados foram coletados no período de 2010 a 2017, sendo identificadas 82 mulheres nesta situação. No caso de sífilis congênita o estudo abrangeu o período de 2013 a 2017, pois o site não disponibiliza dados contínuos nos anos anteriores. Foram identificados 24 casos de sífilis congênita.

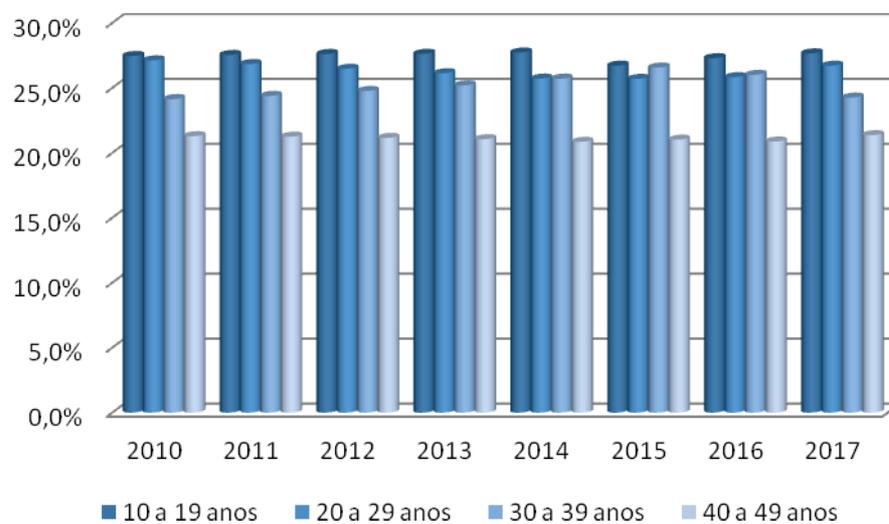
O tratamento e análise dos dados quantitativos coletados na pesquisa são apresentados com o apoio de gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram pesquisados os dados da população feminina telemacoborbense em idade reprodutiva por faixa etária (GRÁFICO 1), comparando-

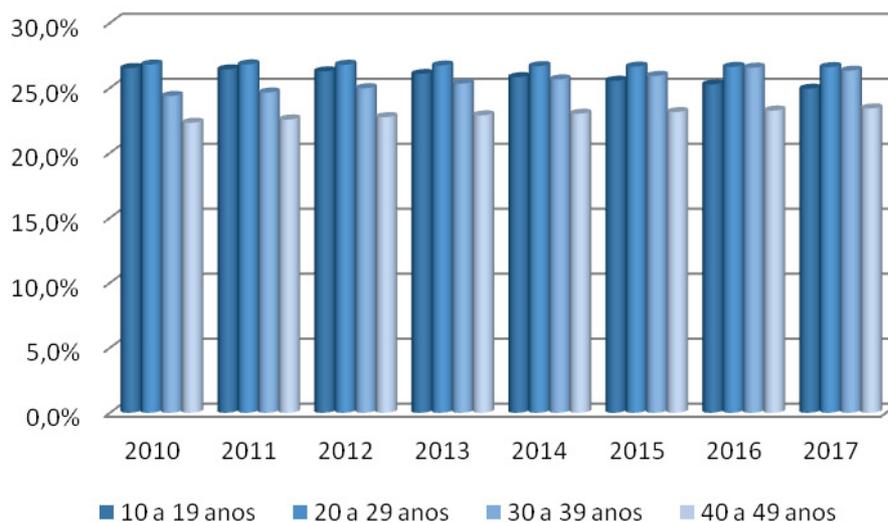
os aos dados do Estado do Paraná (GRÁFICO 2). Lembrando que a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera mulheres em idade reprodutiva aquelas que variam de 10 a 49 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Estes dados são importantes para que se possa estabelecer uma comparação entre o grupo estudado e o universo em nível estadual.

GRÁFICO 1: População feminina telemacoborbense em idade reprodutiva no período de 2010 a 2017.



Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>

GRÁFICO 2: População feminina Paranaense em idade reprodutiva no período de 2010 a 2017.



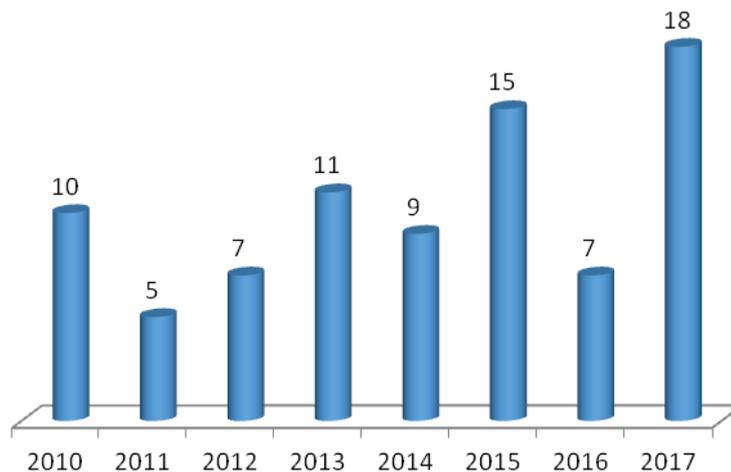
Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>

Comparando os GRÁFICOS 1 e 2 observa-se que a população feminina em idade reprodutiva do município de Telêmaco Borba segue o mesmo padrão exibido pelo Estado do Paraná, com prevalência de jovens na faixa etária entre 10 a 19 anos e de 20 a 29 anos (com percentuais em torno de 27% em ambos os estratos).

Notadamente, nem o Estado, nem o município estão sendo palco de mudanças demográficas de grandes portes e as estruturas etárias não estão sofrendo alterações significativas. As taxas de crescimento nestas faixas etárias, ao longo do período investigado, indicam a manutenção da taxa de natalidade total, pressupondo um pequeno declínio no número de filhos por mulher e baixo índice de mortalidade indicando ganhos expressivos nos níveis de esperança e qualidade de vida.

A prevenção efetiva e a detecção da sífilis congênita dependem da identificação da sífilis em gestantes e, portanto, da triagem sorológica de rotina de gestantes durante a primeira consulta pré-natal. Os casos confirmados e notificados de sífilis em gestantes, por ano de ocorrência, são apresentados no GRÁFICO 3.

GRÁFICO 3: Sífilis em gestantes – casos confirmados notificados no SINAN – Telêmaco Borba-PR entre 2010-2017.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Relacionando a população feminina em idade reprodutiva e os casos notificados de sífilis em gestantes pode-se observar que a maior incidência foi no ano de 2017 com 18 casos (0,08%) e no ano de 2015 com 15 casos (0,05%).

Não se pode esquecer que a bactéria da sífilis pode permanecer latente no organismo por décadas antes de se tornar ativa novamente. A sífilis precoce pode ser curada, porém, sem tratamento, pode trazer sérias consequências para a saúde, podendo ser fatal, ou ser transmitida via congênita da mãe para o feto.

Os dados coletados demonstram que a ocorrência de sífilis em gestantes no município teve um aumento significativo no ano de 2017, indicando a necessidade de atenção e manutenção das estratégias utilizadas para efetividade da assistência pré-natal prestada e consequente redução da incidência dos agravos.

Testes adicionais às 28 semanas de gestação e novamente no momento do parto são necessários para mulheres que estão em risco aumentado ou vivem em comunidades com maior prevalência de infecção por sífilis.

Além disso, como parte do manejo de mulheres grávidas com sífilis, informações sobre os comportamentos de risco e o tratamento de parceiros sexuais devem ser obtidas para avaliar o risco de reinfecção.

A faixa etária de gestantes com sífilis dos casos notificados no município de Telêmaco Borba encontra-se exibida no GRÁFICO 4. Os mesmos dados relativos ao Estado do Paraná encontra-se no GRÁFICO 5.

GRÁFICO 4: Faixa etária das gestantes com sífilis entre 2010-2017 no município de Telêmaco Borba-PR.

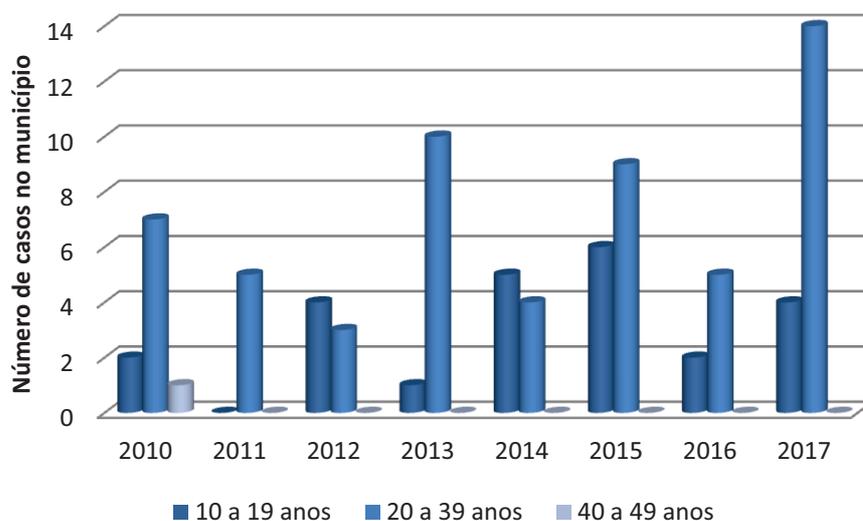
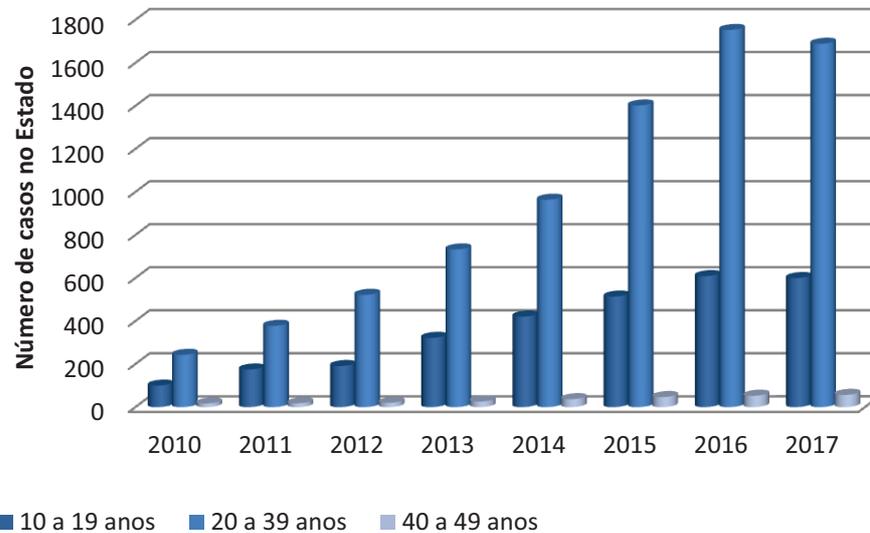


GRÁFICO 5: Faixa etária das gestantes com sífilis entre 2010-2017 no Paraná.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

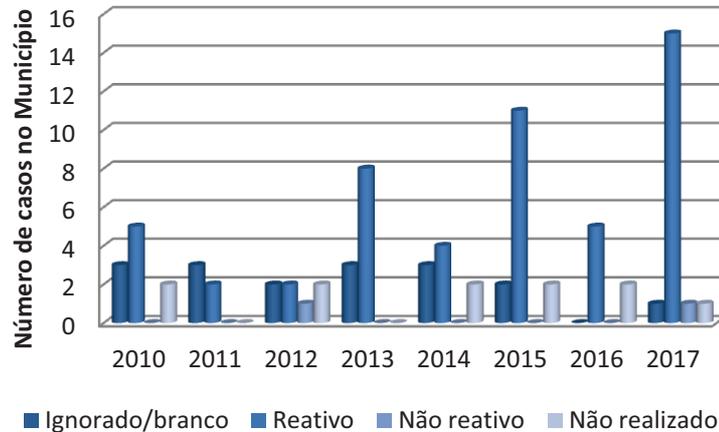
Observa-se que o maior número de ocorrências de sífilis em gestantes no município ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos (70%), seguido de 28,3% na faixa etária de 10 a 19 anos. Estes mesmos índices se repetem nos casos notificados pelo Estado do Paraná.

Os riscos de adquirir sífilis são aumentados quando se faz sexo desprotegido. Nessas condições, estima-se que a taxa de transmissão esteja entre 10 a 60%, das quais, 95% ocorrem pelo contato genital com lesões infectantes, devido a intensa multiplicação do patógeno e a riqueza de treponemas nas lesões na sífilis primária e secundária (PARANÁ, 2017).

Sem tratamento, a sífilis pode causar danos em todo o corpo. A sífilis também aumenta o risco de infecção pelo HIV e problemas durante a gravidez. O tratamento pode ajudar a prevenir danos futuros, mas não pode reparar ou reverter danos já ocorridos.

No GRÁFICO 6 encontra-se elencada a classificação das gestantes com sífilis do município de acordo com a raça.

GRÁFICO 6: Raça das gestantes com sífilis entre 2010-2017.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

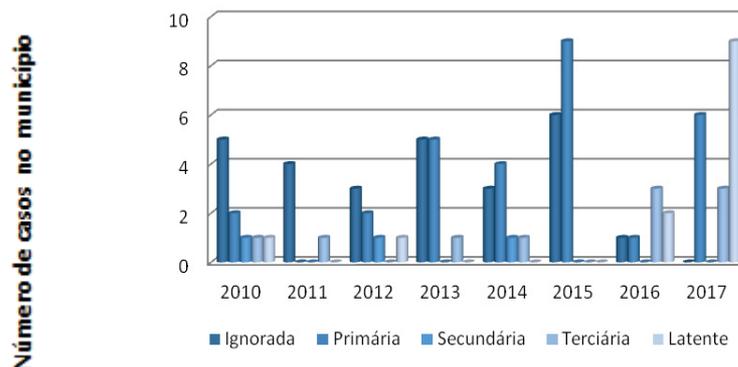
A predominância da ocorrência da sífilis em gestantes da cor branca é de 83,3%, seguida por pardas (18,3%). No ano de 2014 não houve notificação da raça da gestante.

Estes dados se devem ao predomínio de pessoas brancas no município, contrariando a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) 2016, divulgada em 24 de novembro de 2017 pelo IBGE, que revela que, no critério de declaração de cor ou raça, 46,7% são pardas e 44,2% do total são de cor branca.

Não houve notificações sobre a evolução dos casos em nenhum dos anos pesquisados, bem como não há registro de cura e nem de óbitos.

A classificação clínica dos casos notificados se encontra apresentada no GRÁFICO 7.

GRÁFICO 7: Classificação clínica da sífilis entre 2010-2017, no Município de Telêmaco Borba-PR.



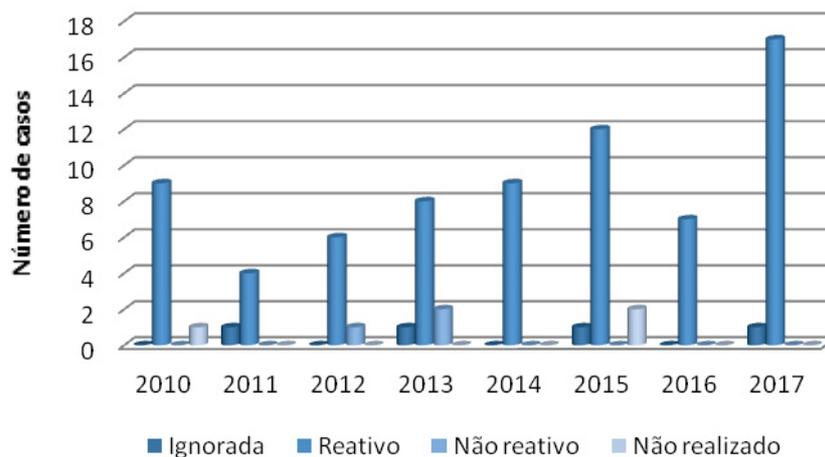
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Do total, 35% das gestantes encontravam-se na fase primária da sífilis na ocasião da gestação. O percentual de casos ignorados foi de 32%, considerado bastante elevado, principalmente no ano de 2017. Acredita-se que estes dados ainda não foram atualizados no sistema.

Destaca-se a importância dos testes para sífilis no início da gestação, uma vez que o primeiro sinal é uma pequena ferida, indolor, muitas vezes não percebida pelo portador, pois pode estar escondido na vagina ou no reto e que se curará sozinha dentro de três a seis semanas.

A realização de testes não treponêmicos deixou de ser realizada em 2 casos no ano 2015. Os demais casos foram investigados conforme GRÁFICO 8.

GRÁFICO 8: Realização de teste não treponêmico entre 2010-2017 em gestantes do Município.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Os dados coletados demonstram que os resultados do teste não treponêmico foram, em sua grande maioria, reativos em todos os anos pesquisados.

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos G do *T. pallidum.*, mas são indicados na etapa de triagem por serem mais específicos (BRASIL, 2016).

O diagnóstico de sífilis congênita pode ser difícil, pois os anticorpos maternos não-treponêmicos e treponêmicos podem ser transferidos através da placenta para o feto, o que dificulta a interpretação dos testes sorológicos reativos para sífilis em recém-nascidos. Portanto, as decisões de tratamento frequentemente

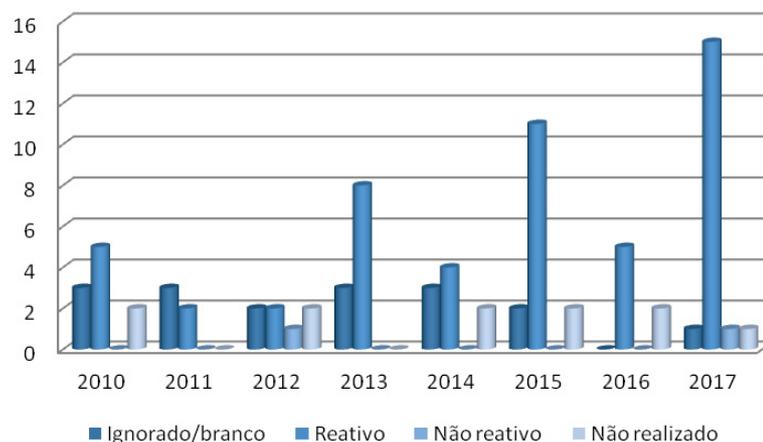
devem ser tomadas com base em: 1) identificação da sífilis na mãe; 2) adequação do tratamento materno; 3) presença de evidências clínicas, laboratoriais ou radiográficas de sífilis no neonato; e 4) comparação dos títulos sorológicos não treponêmicos maternos (ao parto) e neonatais utilizando o mesmo teste, preferencialmente realizado pelo mesmo laboratório. Qualquer recém-nascido com risco de sífilis congênita deve receber uma avaliação completa e testes para a infecção pelo HIV (BRASIL, 2014).

Todos os neonatos nascidos de mães que tenham testes treponêmicos e não treponêmicos reativos devem ser avaliados com um teste sorológico não treponêmico quantitativo (RPR ou VDRL) realizado no soro do recém-nascido (BRASIL, 2016).

Os testes não treponêmicos estão amplamente disponíveis nos laboratórios, são de baixo custo e possibilitam o monitoramento da resposta ao tratamento. Como desvantagens, possuem baixa sensibilidade na sífilis primária e também na sífilis latente e tardia, além de produzirem resultados falso-positivos, devido à ocorrência de outras enfermidades que causam degeneração celular (BRASIL, 2014).

Os testes treponêmicos, detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Este teste deixou de ser realizado em 11 casos ao longo do período estudado e encontra-se demonstrado no GRÁFICO 9.

GRÁFICO 9: Realização de teste treponêmico em gestantes do Município, no período de 2010 a 2017



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

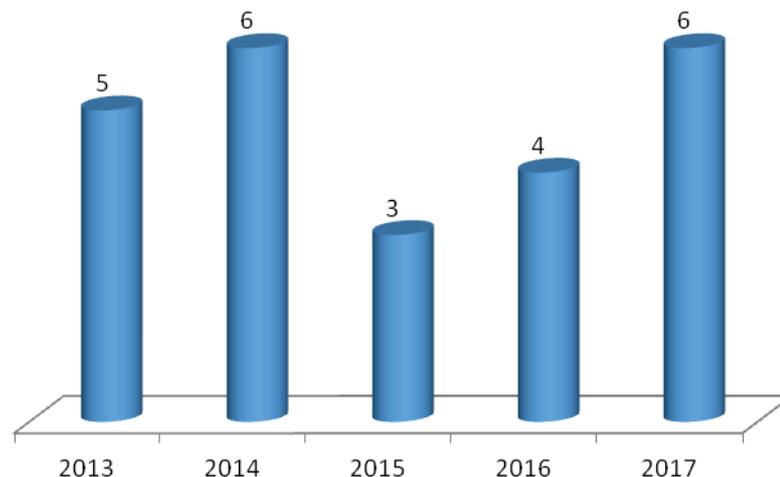
Os dados coletados indicam que a maioria dos resultados do teste treponêmico são reativos. Deste modo, compreende-se que a infecção por sífilis é primeiramente detectada pelos testes treponêmicos com resultados reagentes.

Na sífilis primária resultados reagentes em um teste treponêmico (o FTA-Abs pode tornar-se reativo aproximadamente três semanas após a infecção) e não reagentes em um teste não treponêmico.

Esses testes complementam os exames nos casos em que os testes não treponêmicos apresentam pouca sensibilidade, como, por exemplo, na sífilis tardia. Em aproximadamente 85% dos casos, os testes treponêmicos permanecem reagentes durante toda a vida nas pessoas que contraem sífilis, independentemente de tratamento (BRASIL, 2016).

Com relação à sífilis congênita, no período de 2010 a 2012 não há registro de casos disponível no sistema. No período de 2013 a 2017 foram notificados 24 casos, conforme apresentados no GRÁFICO 10.

GRÁFICO 10: Sífilis congênita – Casos confirmados notificados no SINAN – Telêmaco Borba



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Observando o gráfico, pode-se notar que 50% (6) dos casos aconteceram entre os anos 2014 e 2017. No ano de 2013, foram 20,8% (5), em 2016 foram 16,7% (4) e em 2015 ocorreu o menor número de casos, 12,5% (3).

Comparando o total de gestantes infectadas com sífilis (GRÁFICO 3), (considerando apenas os anos de 2013 a 2017) nota-se que a transmissão da

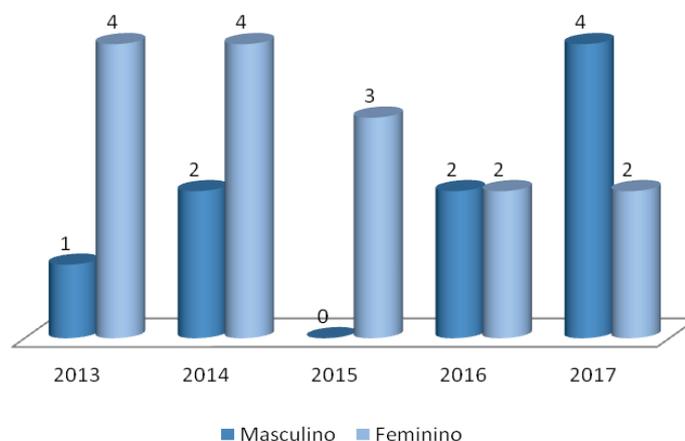
doença foi relativamente pequena, sendo de 66,66% no ano de 2014, 57% em 2016, 45% em 2013, 33% em 2017 e de 20% em 2015.

Considerando-se que 35% das gestantes apresentavam sífilis primária (GRÁFICO 7), e que a transmissão transplacentária da mãe não tratada ou tratada inadequadamente, para o conceito é de 80%. A chance de transmissão é de 100% na sífilis primária, 90% na sífilis secundária e 30% na sífilis tardia (PARANÁ, 2017). Pode-se concluir que o município vem atuando de maneira efetiva para minimizar o impacto da doença na gestante e seus efeitos no recém-nascido.

Nos anos pesquisados observou-se que o diagnóstico de sífilis congênita foi realizado até o 6º dia em todos os casos. Conforme preconiza o Ministério da Saúde, independente da mãe com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto ter sido tratada adequadamente, todos os recém-nascidos devem realizar o VDRL, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos (BRASIL, 2015). “Todos os RN de mãe com sífilis devem realizar VDRL na maternidade” (RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 19).

Com relação à raça dos bebês, foi notificado que 21 eram brancos (87,5%), 2 eram pardos (8,3%) e 1 (4,2%) não foi informado. A distribuição dos bebês por sexo pode ser observada no GRÁFICO 11.

GRÁFICO 11: Sífilis congênita – incidência por sexo no município de Telêmaco Borba



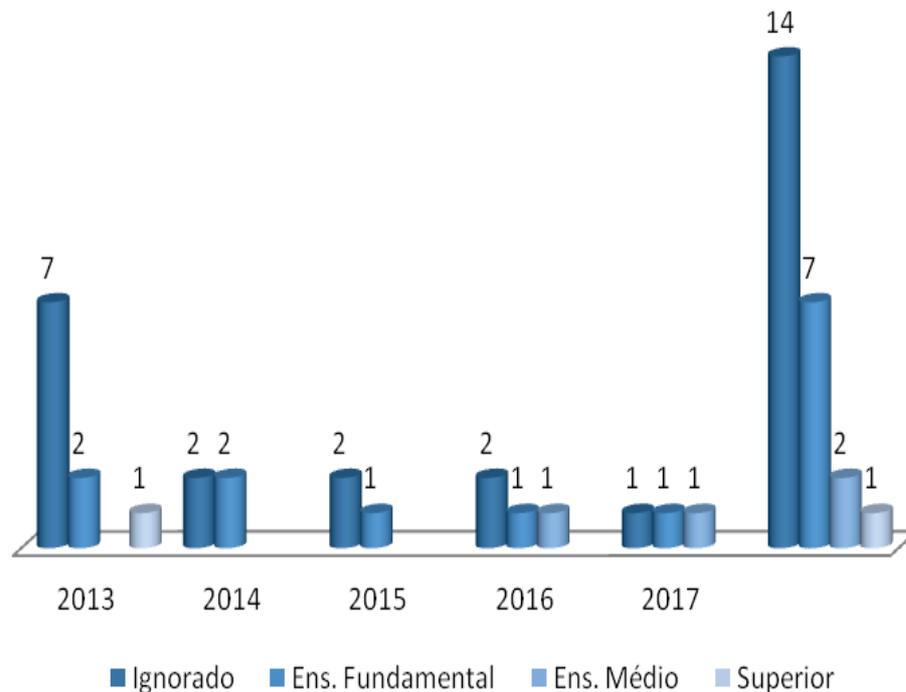
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

A sífilis congênita foi observada predominante nas meninas em 62,5% dos casos notificados (15 casos).

Não há registro no banco de dados do DATASUS da faixa etária das mães por ocasião do nascimento porém, observando-se os dados apresentados no Gráfico 5, pode-se presumir que seja entre 20 e 39 anos.

O grau de instrução das mães pode ser observado no GRÁFICO 12.

GRÁFICO 12 – Escolaridade em gestante com sífilis, no período de 2013 a 2017



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Nas notificações no período de 2013 a 2014, observa-se que a informação referente à escolaridade das mães tem sido ignorada (58,4%). Do total de gestantes, 29% tem o ensino fundamental (14 casos), 8,3% cursaram o ensino médio e 4,1% o curso superior completo.

O acompanhamento pré-natal foi realizado para 23 gestantes (96%), indicando uma boa adesão às políticas públicas de atenção à saúde.

A detecção da sífilis materna foi notificada de acordo com a representação no GRÁFICO 13.

GRÁFICO 13: Momento da detecção da sífilis materna nos anos de 2013-2017, no município de Telêmaco Borba



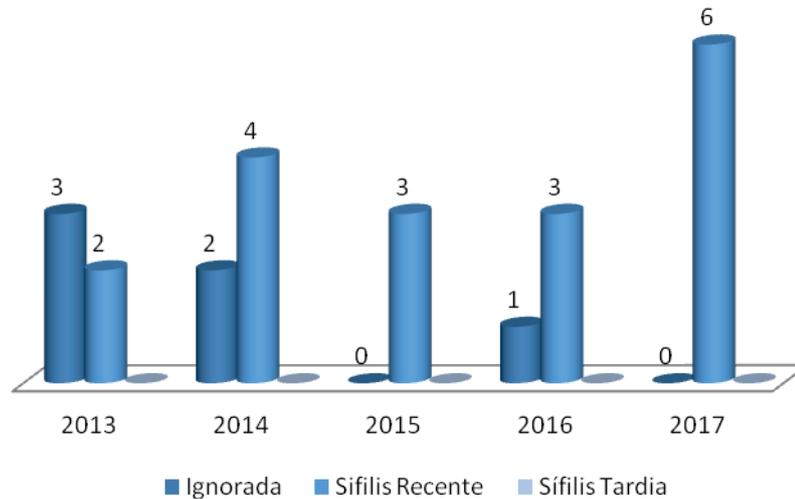
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Em 70,83% dos casos (17 ocorrências) a sífilis materna foi detectada durante o pré-natal, realçando a importância do acompanhamento e a realização dos testes durante a gestação, confirmando o que preconiza Primo et al. (2017) que sugere o rastreamento de todas as gestantes com o teste não treponêmico (VDRL), e realizado na primeira consulta de pré-natal, sendo, nos casos positivos, realizada a confirmação pelo teste treponêmico - FTA-ABS. O teste deve ser repetido no terceiro trimestre (entre 28 e 32 semanas de gestação), no momento do parto e em caso de abortamento.

Para o diagnóstico da sífilis congênita, a história clínico epidemiológica da mãe deve ser avaliada, bem como a realização do exame físico detalhado da criança e avaliação dos resultados dos testes laboratoriais e dos exames radiológicos (BRASIL, 2016).

Nenhum recém-nascido deve receber alta hospitalar sem a definição do *status* sorológico da mãe. O tratamento da gestante deve ser realizado de acordo com estágio da doença. A classificação final da sífilis nos bebês, encontra-se no GRÁFICO 14.

GRÁFICO 14: Estágio da doença no momento da detecção da sífilis materna, no município de Telêmaco Borba.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Nos registros consultados, não foi notificado nenhum caso de sífilis tardia, nem natimortos ou abortos decorrentes da doença.

Os dados indicam que está havendo uma maior preocupação com a ocorrência da doença, uma vez que a sífilis recente (quando ocorre em menos de 1 ano após a infecção primária) está presente em 75% dos casos. Observa-se, também, uma investigação mais elaborada a partir de 2014, quando começaram a pesquisar o estágio em que se encontrava, sendo que em 2017 todos os casos foram estudados.

Com relação à evolução dos casos de sífilis congênita no município, constata-se que todos os bebês estão vivos.

6 CONCLUSÕES

Embora a sífilis seja uma doença antiga e facilmente tratável, observa-se que sua incidência vem aumentando nos últimos tempos, em alguns casos concomitantemente com o HIV. Isto pode ser consequência da prática do sexo desprotegido e a falta do uso de preservativos.

Esta pesquisa abordou os casos ocorridos no município de Telêmaco Borba-PR no período compreendido entre 2013 e 2017. Os dados revelaram a incidência tanto da sífilis em gestantes como a congênita. Dos 82 casos registrados de gestantes com sífilis, somente 24 bebês contraíram a doença, o que significa que houve a atuação do serviço de saúde para minimizar o problema. Deste modo, espera-se que a atuação das equipes multiprofissionais não seja apenas paliativa, mas que contribua para o fim deste agravo à saúde.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que a maior incidência de sífilis em gestante ocorre em mulheres brancas, na faixa etária de 20 a 29 anos e a predominância é de sífilis na fase primária. Em 87,80% das mães o teste não treponêmico foi reativo e o teste treponêmico foi reativo em 63,41% dos casos.

A sífilis congênita teve diagnóstico estabelecido até o 6º dia após o nascimento do bebê. Ocorreu com maior incidência em meninas (63,41%) do que em meninos. Os bebês são filhos de mães que cursaram entre a 5ª e 8ª série (29%). A sífilis recente prevalece em 75% das notificações.

Deste modo, pode-se compreender que é possível prevenir a sífilis congênita com o rastreamento durante o pré-natal das gestantes, que devem ser tratadas assim que estabelecido o diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELLEIRA, J. R.; BOTTINO, G. Sífilis: Diagnóstico, Tratamento e controle. Educação Médica continuada. **Rev. Bras. Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 111- 126, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>> Acesso em: 05 jun.2018.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Índice de desenvolvimento da educação básica**. 2012. Disponível em: <http://www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=59>. Acesso em 11 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Diagnóstico de Sífilis**. Brasília, 2014. (Série TELELAB). Disponível em: <<http://www.telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/95-diagnostico-de-sifilis>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da saúde, 2015.

_____. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. v. 48, n. 36 Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARDOSO, A. S.T. et al. **Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população**. 2017. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/desabastecimento-da-penicilina-e-impactos-para-a-saude-da-populacao/>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Diretrizes para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis de 2015**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis-pregnancy.htm>, acesso em: 12 dez. 2018.

CLEINMAN, I.B.; MAY, S.B. **Diretrizes de Atendimento de Sífilis em Adultos**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014. Disponível em: www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/26-dip?download=338:rotinas, acesso em: 10 jun.2018.

DUNCAN, H.A. **Dicionário Andrei para enfermeiros e outros profissionais da saúde**. 2. ed. São Paulo: Andrei, 1995.

GUEDES, T. A., *et al.*, **Aprender Fazendo Estatística. Estatística descritiva**. 2005. Disponível em:

http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes_etal_Estatistica_Descritiva.pdf. Acesso em: 14 maio 2018.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtm>. Acesso em: 10 maio 2018.

IPARDES. **Caderno estatístico município de Telêmaco Borba**. Maio 2018. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84260>. Acesso em 10 maio 2018.

PARANÁ. **Perfil epidemiológico: DST/AIDS/HV**. Curitiba: SESA, 2017.

PIRES, A.F.N.P.C., *et al.* **Diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

PRIMO, W. Q. S. P.; CORRÊA, F. J. S.; BRASILEIRO, J. P. B. **Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília**. Brasília: Editora Luan Comunicação, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. **Prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C: guia para maternidades**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SANTOS, V.C.; ANJOS, K.F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. In: **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 257-263, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1027>. Acesso em 05 jun.2018.

SÃO PAULO. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita**. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SILVA FILHO, A. L. **Manual SOGIMIG de ginecologia e obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

TELÊMACO BORBA. **Plano municipal de saúde: 2014-2017**. 2013. Disponível em: <http://www.telemacoborba.pr.gov.br/informacoes/planos-municipais/1858-plano-municipal-de-saude.html> Acesso em: 11 maio 2018.