



ARTIGO ORIGINAL

Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009

Congenital Syphilis incidence in Brazilian States between 2007 and 2009

Pamela Sue Aranibar Galatoire, José Antônio Rosso, Thiago Mamôru Sakae

Resumo

Introdução – A sífilis congênita comporta-se como uma doença de amplo espectro clínico. De maneira geral, dividimos a doença em precoce ou tardia conforme a manifestação clínica tenha aparecido antes ou depois dos dois primeiros anos de vida. **Objetivos** – Descrever a incidência da sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Métodos** – Estudo ecológico onde a população em risco estudada foi considerada a de nascidos vivos de acordo com os dados obtidos do SINASC acessados nos indicadores de saúde do DATASUS. Foram considerados os casos notificados de sífilis congênita no período, disponíveis também no DATASUS. Os dados foram apresentados na forma de taxas de incidência e também por números absolutos e porcentagens. **Resultados** – No período de 2009 a maior taxa de incidência foi no estado do Amapá (7,14), seguido de Ceará (4,99) e posteriormente Rio Grande do Norte (4,27), Sergipe também apresentou um alto índice (3,42), seguido de Alagoas (3,35). Segundo a faixa etária a predominância foi observada em recém nascidos até 6 dias (94,57%). O número de parceiros não tratados foi o maior (57,41%). No período compreendido entre 2007 e 2009, o ano que apresentou uma maior taxa de incidência foi 2008 (70,91). **Discussão** – As falhas na assistência do pré-natal, a realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas são fatores importantes que poderiam explicar que ainda exista um número alto de casos de sífilis congênita, já que trata-se de uma doença de fácil diagnóstico e com um tratamento acessível e provavelmente pela falta de informação da doença e pela baixa escolaridade da população brasileira adulta ainda se observa um alto índice de parceiros não tratados.

Descritores: Sífilis congênita. Sífilis materna. *Treponema pallidum*. Sífilis congênita precoce. Sífilis congênita tardia.

Abstract

Introduction - Vertical transmission of syphilis remains a major public health problem in Brazil. Congenital syphilis behaves as a broad spectrum of clinical disease. In general, we divide the disease in early or late depending on the clinical manifestation has appeared before or after the first two years of life. **Objective** - To describe the incidence of congenital syphilis in the states of Brazil from 2007 to 2009. **Methods** - An ecological study where the population at risk was considered the study of live births according to data from the SINASC accessed in health indicators DATASUS. We considered the reported cases of congenital syphilis in the period, also available in DATASUS. Data were presented as incidence rates and also by absolute numbers and percentages. **Results** - During 2009 the highest incidence was in the state of Amapá (7.14), followed by Ceará (4.99) and subsequently Rio Grande do Norte (4.27), Sergipe also had a high incidence (3.42), followed by Alagoas (3.35). According to age the prevalence was observed in newborns up to 6 days (94.57%). The number of partners that was not treated was the highest (57.41%). In the period between 2007 and 2009, the year that presented a higher incidence rate was 2008 (70.91). **Discussion** - The flaws in pre-natal care, completion of pre-natal incomplete or inadequate, either by late onset or lack of attendance at appointments are important factors that could explain that there is still a high number of cases of congenital syphilis, since it is a disease easily diagnosed and treatment accessible and probably the lack of disease information and the low education of the Brazilian population still show a high rate of untreated partners.

Keywords: Congenital syphilis. Maternal syphilis. *Treponema pallidum*. Early congenital syphilis. Late congenital syphilis.

1. Médica.

2. Médico da Estratégia de Saúde da Família do Município de Tubarão-SC. Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

3. Médico, Doutorando em Ciências Médicas – UFSC. Mestre em Saúde Pública – UFSC. Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

Introdução

As infecções de transmissão sexual se encontram entre as principais causas de doenças no mundo, com consequências econômicas, sociais e sanitárias de grande repercussão em muitos países. A sífilis, também chamada de Lues, constitui uma das doenças de transmissão sexual mais antiga na história da humanidade, conhecida no mundo pelo menos desde o século XV. Registros apontam que a primeira epidemia se deu em 1495 e atingiu o exército de Carlos VII, da França. Estima-se que a doença tenha chegado ao continente americano junto com os conquistadores europeus⁽¹⁾.

No Brasil, de acordo com o sociólogo Gilberto Freyre, no livro *Casa Grande e Senzala*, a sífilis já era conhecida no período colonial: "A contaminação da sífilis em massa ocorreria nas senzalas. Não que o negro já viesse contaminado. Foram os senhores das casas grandes que contaminaram as negras"⁽²⁾.

Durante séculos sua importância foi destacada não só pela alta incidência como pelo aparecimento de formas graves, más formações produzidas nos recém nascidos e sua grande mortalidade. Apesar de que hoje em dia parece não ter mais vigência e ter ficado relegada, atualmente conta com uma alta prevalência e afeta a população mais vulnerável⁽¹⁾.

Com a descoberta da penicilina, a sífilis pode ser, não só evitada como também tratada, mas mesmo assim, continua a ser um problema mundial calculando-se haver todos os anos uns 12 milhões de pessoas infectadas⁽³⁾.

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão⁽⁸⁾.

É uma doença facilmente prevenível, que com um adequado seguimento da gravidez, não deveria existir, porém a Organização Panamericana da Saúde (OPS) a considera um problema de saúde pública, superando o índice de 0,5 casos por cada 1000 nascidos vivos. Ao respeito o Dr. Marcelo Vila, consultor para o Cone Sul em HIV-Aids e Doenças de Transmissão Sexual (DTS) da OPS afirmou que "a sífilis congênita é um marcador de acessibilidade e de boa qualidade dos serviços de saúde. Uma mulher com um seguimento contínuo e adequado não pode ter sífilis congênita, porque esta patologia é tratada com uma simples injeção de penicilina, que é muito econômica e de fácil aplicação. Claramente é um marcador do fracasso do sistema de saúde que ainda exista sífilis congênita"⁽⁴⁾.

Na década de 60 chegou-se a prever a sua erradicação até o final dos anos 80. A partir de 1986 nos EUA, observou-se um recrudescimento na incidência de sífilis em mulheres na idade fértil e, portanto um aumento dos casos de sífilis congênita. Este fato foi atribuído a problemas sociais como pobreza, promiscuidade e uso de drogas^(8,9).

No Brasil e América Latina este aumento foi notado um pouco mais tarde, por volta de 1990, porém é uma doença de notificação compulsória, tendo sido incluída no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN). Estudos de representatividade nacional estimam uma prevalência em gestantes de 1,6% da infecção, em 2004, representando cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e uma estimativa de 15 mil crianças nascendo com sífilis congênita para aquele ano, em média⁽⁴⁾.

A espiroqueta *treponema pallidum* atinge a mulher mais frequentemente pela via sexual, e o primeiro sinal de infecção é o cancro duro, que surge em torno de 3 semanas do contágio e dificilmente diagnosticado nesta fase, na mulher, devido a sua localização dentro do canal vaginal (sífilis primária). A seguir ocorre a disseminação hematogênica do *treponema*, surgindo sinais gerais como as adenopatias e o exantema, podendo durar até 8 semanas (sífilis secundária)⁽⁵⁾.

A evolução pode no período de um a dois anos manifestar complicações cardiovasculares, neurológicas e as gomas (sífilis terciária), sendo que a sífilis terciária pode apresentar período de incubação de até 40 anos. Alguns indivíduos adultos por barreira imunológica ou por terem sofrido tratamentos com antibióticos equivocadamente, desenvolvem uma forma latente e permanecem assintomáticos por longos períodos, mantendo potencial de transmissibilidade⁽⁷⁾.

A transmissão da lues ao concepto pode ocorrer em qualquer fase da doença, mas é bem maior nas etapas iniciais, quando há espiroquetemia importante. Assim, temos que em gestantes sífilíticas não tratadas, os conceptos são infectados cerca de 70 a 100% na fase primária ou secundária e o restante nas fases terciária e de latência primária ou tardia. Em torno da décima oitava semana de gestação acontece o contágio trans-placentário, iniciando a infecção no concepto já na fase secundária. A infecção congênita pode gerar natimorto ou sepse neonatal e pode acometer os sistemas retículo-endotelial, hematológico, músculo-esquelético, sistema nervoso central, e outros mais raramente como rins, pulmões e olhos⁽⁵⁾.

A sífilis congênita comporta-se como uma doença de amplo espectro clínico. Revela-se por meio de abortamentos (raros), natimortos (muitas vezes hidrópicos),

neonatos com quadro tipo septicêmico ou mantém-se sob a forma sub-clínica em recém-nascidos assintomáticos que poderão apresentar alterações nas fases subseqüentes da vida. Hoje em dia predominam estas formas oligossintomáticas ou assintomáticas⁽⁶⁾.

De maneira geral, dividimos a doença em precoce ou tardia conforme a manifestação clínica tenha aparecido antes ou depois dos dois primeiros anos de vida. Na sífilis congênita precoce, a grande maioria dos recém-nascidos apresenta-se com baixo peso (inferior a 2500g), devido principalmente a prematuridade. O parto prematuro entre 30 e 36 semanas de gestação é muito frequente nos conceptos portadores de sífilis congênita quando o dado referente à idade gestacional pode ser obtido⁽¹²⁾.

O retardo de crescimento intra-uterino é ocasional. Entretanto, o déficit no crescimento pñdero-estatural na fase pós-natal é usual em crianças não tratadas, mesmo que oligo ou assintomáticas⁽⁷⁾.

Frequentemente o recém-nato apresenta hepatomegalia (90%) por reação inflamatória pode acompanhar-se de hiperbilirrubinemia direta e alteração das enzimas hepáticas, esplenomegalia (50%) na maioria dos casos associada à trombocitopenia devido ao aprisionamento das plaquetas num baço aumentado, linfadenopatia (50%), podendo estas se resolver espontaneamente ou persistir com uma leve adenomegalia⁽¹³⁾.

A anemia, em graus variáveis ocorre pela diminuição da vida média das hemácias. Se houver hemólise haverá hiperbilirrubinemia indireta e o teste de Coombs negativo vai auxiliar o diagnóstico diferencial com a eritroblastose fetal⁽¹³⁾.

A pele pode apresentar exantema máculo-papular, que é mais frequente nas regiões perioral, dorsal, plantar e palmar. O pñfigo palmo-plantar, geralmente de acometimento neonatal precoce, corresponde a lesões bolhosas ricas em treponemas. Também podem apresentar condiloma plano e placas sífilíticas nos lábios, língua e palato. A rinite sífilítica apresenta secreção amarela-avermelhada rica em treponemas que surge ao final da primeira semana de vida⁽⁷⁾.

A osteocondrite, periostite e osteomielite sífilíticas acometem ossos longos, costelas e alguns ossos cranianos como o frontal e parietal e estão presentes em quase todos os casos de sífilis congênita precoce. As alterações costumam ser bilaterais e simétricas e pode complicar-se com fraturas patológicas. O quadro clínico destas é pobre, geralmente ao fim de 5 ou 6 semanas pode acontecer a perda da movimentação dos membros chamada de Pseudoparalisia de Parrot. Esta é mais frequente nos membros superiores. Fato marcante nas

alterações ósseas da sífilis é a sua tendência para cura sem antibióticoterapia⁽¹⁴⁾.

Em 60% dos casos o envolvimento do sistema nervoso central é assintomático nas crianças com sífilis congênita precoce. Daí a importância da punção lombar com exame do líquido quando houver suspeita. Caso haja sintomatologia, esta vai se revelar como meningite aguda, em geral até o sexto mês de vida ou com alterações meningovasculares crônicas que resultam em hidrocefalia progressiva, paralisia dos nervos cranianos e / ou lesões cerebrovasculares. Estas podem complicar-se com a ocorrência de convulsões^(7,10).

A síndrome nefrótica, insuficiência renal, coriorretinite tipo "sal e pimenta", glaucoma, pneumonia Alba, insuficiência respiratória e síndrome de má absorção são ocorrências extremamente raras na literatura médica⁽¹⁴⁾.

As conseqüências da sífilis congênita tardia resultam principalmente da inflamação crônica dos tecidos ósseos, sistema nervoso central e dentes. O espessamento dos ossos do crânio pode gerar aspecto grosseiro da frente, chamada "frente olímpica"^(10,14).

Se o mesmo acontecer na articulação esterno-clavicular é chamado sinal de Higoumenakis. O arqueamento da tíbia, na sua face anterior, com convexidade medial, é chamado de "tíbia em sabre". A destruição do osso nasal e das cartilagens adjacentes é chamada "nariz em sela". Ainda entre os estigmas sífilíticos relacionados aos ossos podemos citar as articulações de Clutton, que é o edema indolor e persistente dos joelhos pela osteocondrite crônica⁽¹⁴⁾.

Na cavidade bucal podem aparecer os incisivos centrais superiores, com aspecto de barril ou cravelha, que em geral aparecem aos seis anos de idade. São os dentes de Hutchinson. Os primeiros molares inferiores podem apresentar cúspides múltiplas e mal formadas chamadas "molares em amora". Os defeitos da formação do esmalte acarretam cáries sucessivas e a subseqüente destruição dos dentes⁽¹⁴⁾.

A infecção crônica do sistema nervoso central pode gerar alterações do comportamento, convulsões focais ou retardo mental. Muito raramente pode ocorrer cegueira e / ou surdez.⁽¹⁴⁾

O diagnóstico e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro é a forma mais eficaz de proteção dos conceptos e dos recém-nascidos. O Ministério da Saúde preconiza a realização de exames durante o pré-natal para que a sífilis possa ser tratada precocemente e nas maternidades para que não haja alta hospitalar sem o diagnóstico⁽¹¹⁾.

Justificativa

O aumento da sífilis materna e congênita nos países em vias de desenvolvimento contribui ao incremento das taxas de mortalidade infantil, situação que se não for modificada se traduzirá no retrocesso dos logros alcançados pelos Planos de Saúde Reprodutiva a nível mundial.

Estima-se que dois terços das gestações resultem em sífilis congênita ou aborto espontâneo, complicações que poderiam ser totalmente preveníveis com tecnologias acessíveis e de baixo custo.

O estudo aqui apresentado teve como objetivo descrever a incidência da sífilis congênita nos estados do Brasil, segundo as características Clínico-Epidemiológicas, no período de 2007 a 2009, a partir da obtenção de dados de notificação no SINAN e SINASC.

Métodos

Foi realizado um estudo do tipo ecológico. A população em risco estudada foi considerada a de nascidos vivos de acordo com os dados obtidos do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) acessados nos indicadores de saúde (www.datasus.gov.br – data de acesso em 12 de abril de 2011).

Foram incluídos todos os casos notificados de sífilis congênita no SINAN (Sistema de Agravos de Notificação). Caso confirmado é considerado toda amostra que apresente isolamento do *treponema pallidum* em material de lesão, placenta, cordão umbilical ou material de necropsia através de exame em microscópio de campo escuro, histologia ou por teste de infectividade em coelhos.

Os métodos de coleta de dados sobre a população em risco foi realizada através dos casos de nascidos vivos no SINASC acessada através do DATASUS (www.datasus.gov.br) Os casos confirmados foram acessados através dos dados de agravos de notificação do SINAN também disponíveis no portal do DATASUS.

As variáveis disponíveis de acordo com o sistema de agravo de notificações foram faixa etária do recém nascido, raça, unidade federativa de residência, sexo do recém nascido, escolaridade da mãe, realização do pré-natal, sífilis materna, tratamento do parceiro, classificação final e evolução.

Os dados foram coletados de fontes secundárias disponíveis em sites de acesso livre e gratuito.

Os dados foram apresentados na forma de taxas de incidência e também por números absolutos e porcenta-

gens. Os dados foram processados pelo programa excel 2010 e as tabelas elaboradas no programa word 2010.

Resultados

A tabela 1 apresenta os dados sobre sífilis congênita obtidos no SINAN do ano 2009.

Tabela 1 – Características epidemiológicas da população acometida por sífilis congênita no Brasil no ano de 2009.

VARIAVEL	N	%
SEXO		
Ignorado	316	5,92
Masculino	2471	46,27
Feminino	2553	47,81
TOTAL	5340	100%
FAIXA ETARIA DO RECEM NASCIDO		
Até 6 dias	5050	94,57
7-27 dias	111	2,08
28 dias a <1 ano	143	2,68
1 ano (12 a 23 meses)	15	0,28
2 a 4 anos	5	0,09
5 a 12 anos	16	0,30
TOTAL	5340	100%
RAÇA		
Ign/Branco	939	17,58
Branca	1303	24,40
Preta	286	5,35
Amarela	19	0,35
Parda	2715	50,84
Indígena	78	1,46
TOTAL	5340	100%
ESCOLARIDADE DA MÃE		
Ign/Branco		
Analfabeto	1385	25,98
1a a 4a série incompleta do EF	111	2,08
4ª série completa do EF	647	12,14
5ª a 8ª série incompleta do EF		
EF completo	370	6,94
EF incompleto	1423	26,69
EM completo		
ES incompleta	458	8,59
ES completa	405	7,60
Não se aplica	430	8,07
TOTAL	34	0,64
	12	0,22
	29	0,54
	5331	100%
REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL		
Ign/Branco	294	5,50
Sim	4065	76,12
Não	981	18,37
TOTAL	5340	100%

Fonte: DATASUS

No ano de 2009 foram notificados 5340 casos de sífilis congênita, não havendo predominância de gênero, com 2471 (46,27%) do sexo masculino e 2553 (47,81%) do sexo feminino. Mas segundo a faixa etária pode se observar que o índice de maior ocorrência foi na idade de 0 até 6 dias com 5050 (94,57%) casos, sendo a sífilis congênita precoce a de maior predominância.

Segundo a raça, a predominante foi à raça parda com 2715 (50,84%) casos. Neste estudo foi observado que a maioria das mães 1423 (26,69%) possuía da 5ª a 8ª série do ensino fundamental, seguido por os dados em branco 1385 (25,98%). O número de mães que realizaram o pré-natal foi 4065 (76,12%).

Tabela 2 – Características clínicas da população acometida por sífilis congênita no Brasil no ano de 2009.

VARIÁVEL	N	%
SIFILIS MATERNA		
Ign/Branco	270	5,06
Durante o pré-natal	2270	42,51
No momento do parto/curetagem	2034	38,09
Após o parto		
Não Realizado	701	13,13
TOTAL	65	0,01
	5340	100%
TRATAMENTO DO PARCEIRO		
Ign/Branco		
Sim	1101	20,62
Não	1173	21,97
TOTAL	3066	57,41
	5340	100%
CLASSIFICAÇÃO FINAL		
Ign/Branco	779	14,59
Sífilis Congênita Recente	4190	78,46
Sífilis Congênita Tardia	74	1,38
Natimorto/Aborto por Sífilis	165	0,09
Descartado	132	2,47
TOTAL	5340	100%
EVOLUÇÃO		
Ign/Branco	259	5,14
Vivo	4630	91,90
Óbito pelo agravo notificado	114	2,26
Óbito por outra causa	35	0,69
TOTAL	5038	100%

Fonte: DATASUS

Em relação à detecção de sífilis materna o maior índice observado foi durante a realização do pré-natal com 2270 (42,51%) casos, seguido daquelas que foram diagnosticadas no momento do parto/curetagem com 2034 (38,09%) casos. De acordo com o tratamento do parceiro, o número de parceiros não tratados foi o maior, com 3066 (57,41%) casos. Com relação à classificação final o número predominante foi de sífilis congênita recente com 4190 (78,46%) casos. Na evolução da doença observou-se que o maior número 4630 (91,90%) foi de recém-nascidos vivos.

Tabela 3 – Taxa de incidência de sífilis congênita nos diversos estados do Brasil no ano de 2009.

UF DE RESIDÊNCIA	CASOS	POPULAÇÃO EM RISCO	TAXA DE INCIDÊNCIA
NORTE			
Amazonas	160	75089	2,13
Acre	50	16756	2,98
Pará	351	142418	2,46
Pará	61	24899	2,45
Tocantins	101	14140	7,14
Amapá	26	9641	2,70
Roraima	5	26078	0,19
Rondônia			
NORDESTE			
Bahia	271	217456	1,25
Rio Grande do Norte	209	48888	4,27
Rio Grande do Norte	15	50899	0,29
Piauí	377	141777	2,66
Pernambuco	89	60044	1,48
Paraíba	653	130866	4,99
Ceará	121	123095	0,98
Ceará	186	55427	3,35
Maranhão	120	35099	3,42
Alagoas			
Sergipe			
CENTRO-OESTE			
Distrito Federal	131	43921	2,98
Distrito Federal	55	48384	1,14
Mato Grosso	127	40269	3,15
Mato Grosso do Sul	32	87295	0,37
Goias			
SUDESTE			
São Paulo	823	598455	1,37
São Paulo	573	216571	2,64
Rio de Janeiro	188	252115	0,74
Minas Gerais	104	51457	2,02
Espírito Santo			
SUL			
Paraná	111	149181	0,74
Paraná	38	83455	0,45
Santa Catarina	363	133645	2,72
Rio Grande do Sul			

Fonte: DATASUS

Observou-se que a taxa de incidência mais alta no período de 2009 se deu no norte, no estado do Amapá (7,14), seguido do nordeste, no estado do Ceará (4,99) e posteriormente Rio Grande do Norte (4,27), Sergipe também apresentou um alto índice (3,42), seguido de Alagoas (3,35).

TABELA 4 – Taxas de Incidência de sífilis congênita nos diversos estados do Brasil no período de 2007 a 2009.

UF DE RESIDÊNCIA	2007	2008	2009
NORTE			
Amazonas	1,91	2,90	2,13
Amazonas	7,54	6,33	2,98
Acre	1,84	2,60	2,46
Pará	3,20	3,93	2,45
Tocantins	6,79	5,89	7,14
Amapá	2,29	2,77	2,70
Roraima	0,39	0,33	0,19
Rondônia			
NORDESTE			
Bahia	0,75	1,11	1,25
Bahia	2,70	4,29	4,27
Rio Grande do Norte	0,73	0,47	0,29
Piauí	4,02	3,14	2,66
Pernambuco	1,19	1,27	1,48
Paraíba	3,10	2,39	4,99
Paraíba	1,16	1,89	0,98
Ceará	0,85	3,39	3,35
Maranhão	2,88	3,90	3,42
Alagoas			
Sergipe			
CENTRO-OESTE			
Distrito Federal	3,65	4,46	2,98
Distrito Federal	1,41	1,32	1,14
Mato Grosso	1,37	3,71	3,15
Mato Grosso do Sul	0,13	0,26	0,37
Goias			
SUDESTE			
São Paulo	1,42	1,78	1,37
São Paulo	4,27	4,69	2,64
Rio de Janeiro	0,36	1,01	0,74
Minas Gerais	3,27	3,01	2,02
Espírito Santo			
SUL			
Paraná	0,60	0,69	0,74
Paraná	0,13	0,41	0,45
Santa Catarina	2,09	2,92	2,72
Rio Grande do Sul			
TOTAL	60,11	70,92	61,11

Fonte: DATASUS, 2011.

No período de 2007 a 2009 observou-se que a maior taxa de incidência de casos de sífilis congênita se deu no ano 2008 no norte do Brasil no estado do Acre com uma taxa de 6,33, seguido do Sudeste no estado de Rio de Janeiro com 4,68 e posteriormente o Distrito Federal com 4,45.

Discussão

Desde 1986, a sífilis congênita é de notificação compulsória, tendo sido incluída no SINAN⁽¹⁵⁾. No intervalo compreendido entre os anos de 2007 a 2009 foram notificados 16.911 casos da doença.

No presente estudo realizado com base em dados secundários obtidos no SINAN, pode-se observar muitas informações ignoradas ou em branco, o que chama a atenção de que ainda é necessário reforçar a qualificação da informação que é repassada, para a base de dados oficial do SINAN, assim como também se deve reforçar a capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento de instrumentos de notificação, tomando em conta a grande importância destes, como assina-la Saraceni et cols⁽¹⁵⁾.

As falhas na assistência do pré-natal, a realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas são fatores importantes que poderiam explicar que ainda exista um número alto de casos de sífilis congênita, já que se trata de uma doença de fácil diagnóstico e com um tratamento acessível, como indica o estudo realizado por Valderrama et cols⁽⁸⁾.

Uma informação também preocupante foi descrita a respeito do tratamento do parceiro, onde a prevalência de não tratados representou mais da metade das notificações, isso se excluindo os dados ignorados ou em branco. Similar situação ocorreu no estudo realizado por Araujo et cols⁽¹²⁾, provavelmente pela falta de informação da doença e pela baixa escolaridade da população brasileira adulta.

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto, já que nas gestantes é mais dramático pela possível e inaceitável ocorrência da sífilis congênita nos dias de hoje, onde o rastreamento sorológico obrigatório no acompanhamento pré-natal, o tratamento e a prevenção adequados são perfeitamente capazes de evitar a infecção do concepto e a re-infecção materna. Estas medidas são simples, amplamente disponíveis, de baixo custo e de grande impacto no controle da doença, porém idealmente essas ações seriam mais

efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes de a gravidez ocorrer. Segundo Araujo et cols,⁽¹²⁾ acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento.

Este estudo demonstrou que a incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil é alta, apesar dos dados apresentarem limitações, já que a subnotificação de casos de sífilis materna e sífilis congênita é elevada. Portanto, não se conhece a verdadeira magnitude do problema, pelo que há necessidade de desenvolver um plano para aprimorar a qualidade do Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

Pode-se notar também que o número predominante foi das mães que realizaram o pré-natal, porém, a falta de tratamento ou o tratamento inadequado poderiam explicar a transmissão vertical de sífilis.

Outro dado de alta relevância é a dos parceiros não tratados, o que seria consequência da falta de informação da doença como também da falta de atenção e tratamento adequado do parceiro no momento em que uma gestante é diagnosticada com sífilis.

Tendo em vista os dados apresentados, é importante desenvolver programas de educação e conscientização sobre a sífilis como tal, para prevenir as consequências futuras, assim como também se deve enfatizar na atenção tanto da gestante quanto do seu parceiro, não se limitando unicamente na gestante.

Em síntese, a sífilis congênita ainda tem um impacto negativo no Brasil, a aparição de casos da doença põem de manifesto deficiências de ordem tanto estrutural como técnico nos serviços de saúde. Assim mesmo, a pesar de que no Brasil a cobertura de atenção pré-natal é aceitável, a falta de detecção e tratamento sistemáticos da doença determina que a sífilis congênita continue sendo um problema de saúde pública.

Referências

- 1- Guinsburger R. In: Infectologia Pediátrica. 2 Ed .São Paulo: Atheneu, 1998.Cap. 37: Sífilis Congênita,p.323-334.
- 2- Revista Saber Viver on line, Sífilis Congênita, www.saberviver.org.br, acessado em: > 20 de abril de 2011.
- 3- Stoner B, Schmid G, Guraiib M, Adam T, Broutet N. Use of maternal syphilis seroprevalence data to estimate the global morbidity of congenital syphilis. Amsterdam: Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD); July 10-13 2005 (Abstract # 699).

- 4- OPS Organización Panamericana de Salud. Unidad de VIH/sida. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación. Washington, D.C., mayo de 2004. Achado em: www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf
- 5- Azimi P. In: Tratado de Pediatría, Nelson (Org.)..5ed. Rio de Janeiro. Guanabara, 1996. Cap. 201: Sífilis Congênita,p. 991-995.
- 6- Lago G, Garcia R. Sífilis Congênita: uma emergência emergente também no Brasil. Jor. Ped. 76 (6): 461-465. 2000.
- 7- Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Aug [cited 2011 Apr 11] ; 42(4): 768-772. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en>. Acesso em: 14 abr. 2011.
- 8- Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2004 Sep [cited 2011 Apr 11] ; 16(3): 209-210. Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004000900012&lng=en>. Acesso em: 15 abr. 2011.
- 9- Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. J. Bras. Patol. Med. Lab. [serial on the Internet]. 2002 [cited 2011 Apr 12] ; 38(4): 267-271. Available from:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442002000400004&lng=en>. Acesso em: 16 abr. 2011.
- 10- Salazar A, Perret C, Chavez A, Garcia P, Millan Z, Goycoolea M et al . Evaluación de métodos diagnósticos para sífilis congénita. Rev. chil. infectol. [revista en Internet]. 2000 [citado 2011 Abr 11] ; 17(4): 289-296. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182000000400002&lng=es>. Acesso em: 26 abr. 2011.
- 11- Ministério Da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Situação atual. Boletim Epidemiológico DST. IV (2): 1-5, 1998.
- 12- Araujo A, Leite M, Paes S, Carvalho M. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, set, 2010; 26(9):1747-1755
- 13- Chawla V, Pandit PB, Nkrumah FK. Congenital syphilis in the newborn. Arch Dis Child 1988; 63(11):1393-1394.
- 14- Brasil, Ministério de Saúde -SVS- Programa Nacional de DST/Aids, Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, 2da Ed. Brasília, 2006.
- 15- Saraceni V, Vellozo V, Leal C, Hartz A. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev. bras. epidemiol. [periódico na Internet]. 2005 Dez [citado 2011 Maio 20] ; 8(4): 419-424. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000400010&lng=pt>. Acesso em: 3 maio 2011.

Endereço para correspondência

Thiago M. Sakae
 Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL
 Unidade Hospitalar de Ensino
 Av. Marcolino Martins Cabral, s/n – Centro
 Tubarão, SC. CEP 88701-900
 E-mail: thiagosakae@gmail.com