

A sífilis congênita e gestacional no estado da Bahia, Brasil nos anos de 2012 a 2016

Maia de Lima, Maricelia¹
Barbosa Ribeiro, Iago²
Costa da Silva Sena, Jessica³
Nunes de Jesus, Waldson⁴
Lima Almeida, Hortência⁵
Lorena Morais de Oliveira, Bruna⁶

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana/Doutoranda em Saúde Coletiva, Feira de Santana, Brasil, limapfa6@gmail.com

² Universidade Estadual de Feira de Santana/Graduação em Enfermagem, Feira de Santana, Brasil, iagobarbosa04@gmail.com

³ Universidade Estadual de Feira de Santana/Graduação em Enfermagem, Feira de Santana, Brasil, jsenauefs@gmail.com

⁴ Universidade Estadual de Feira de Santana/Graduação em Enfermagem, Feira de Santana, Brasil, ualdson@msn.com

⁵ Universidade Estadual de Feira de Santana/Graduação em Enfermagem, Feira de Santana, Brasil, hort.enfer@outlook.com

⁶ Universidade Estadual de Feira de Santana/Graduação em Enfermagem, Feira de Santana, Brasil, brunaamoliveira26@gmail.com

Resumo: Introdução: A Sífilis é uma infecção decorrente de infecção hematogênica do *Treponema pallidum* que pode ser transmitida pela relação sexual, transfusão sanguínea ou transmissão vertical, ou seja, da mãe infectada para o concepto. Os últimos anos mostraram o crescimento tanto da sífilis Gestacional (SG) quanto da sífilis congênita (SC) no Brasil. Objetivo: analisar a morbidade da SG e SC no estado da Bahia nos anos 2012 a 2016. Método: pesquisa por análise de dados secundários, disponíveis no departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e posterior processamento pelo Programa Microsoft Office Excel © 2016, desvolvidas em duas etapas, a primeira o análise da incidência da SC na Bahia nos anos de 2012 a 2016 usando a variável de desfecho o sexo, enquanto na segunda etapa foi o análise da SG na Bahia nos anos de 2012 a 2016. Resultados: Há crescimento da SC na Bahia, inclusive o sexo que é mais acometido pela doença é o sexo feminino alcançando no ano de 2016 (8,97 casos/1000nv). Na SG, existe o crescimento progressivo da doença estando relacionado ao início tardio do acompanhamento pré-natal e a falta de adesão do parceiro ao tratamento, gerando a reinfecção na gestante. Conclusão: existe uma fragilidade nas ações de combate e controle da doença é necessário o seu fortalecimento, a promoção de uma assistência qualificada com as gestantes.

Palavras-chave: Saúde Pública, Sífilis Congênita, Sífilis Gestacional, Atenção à Saúde, Epidemiologia.

I. INTRODUCCIÓN

A sífilis é uma doença antiga, conhecida há mais de 500 anos. Seu agente etiológico, a espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), consiste em uma bactéria gram-negativa, que é transmitida na relação sexual, transfusão sanguínea, no contato com lesões mucocutâneas e ao feto por via transplacentária que foi descoberto em 1905. Após a década de 1940, pensou-se que a penicilina levaria ao desaparecimento da doença; entretanto, embora o *T. pallidum* continue sensível à penicilina, a sífilis continua atingindo milhões de pessoas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, que o número de casos vem aumentando de maneira progressiva^(5,8).

A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). Essa maior transmissibilidade é explicada pela intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária e secundária. Essas lesões são raras ou inexistentes por volta do segundo ano da infecção⁽²⁾.

Para compreender os mecanismos que estão levando ao aumento dos números de casos da sífilis e por sua vez o desenvolvimento de intervenções para sua redução e de suas consequências é necessário a ocorrência das notificações. No que tange a sífilis gestacional (SG) e a sífilis congênita (SC) sua notificação é obrigatória e tem a pretensão de reduzir a sua incidência^(3,7). A Organização Pan-Americana de Saúde tem como meta a eliminação da sífilis congênita nas Américas, definida como ocorrência de menos de 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos. Essa meta é adotada pelo Ministério da Saúde, no Brasil^(6,4). Com o aumento da cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) e de ações básicas como o atendimento pré-natal, seria esperado um melhor controle da transmissão vertical da sífilis, mas são escassos os estudos de base nacional que analisem a associação entre a incidência da SC e a expansão de cobertura da ESF^(1,5,7). O objetivo do trabalho foi analisar a morbidade da SG e SC no estado da Bahia nos anos 2012 a 2016..

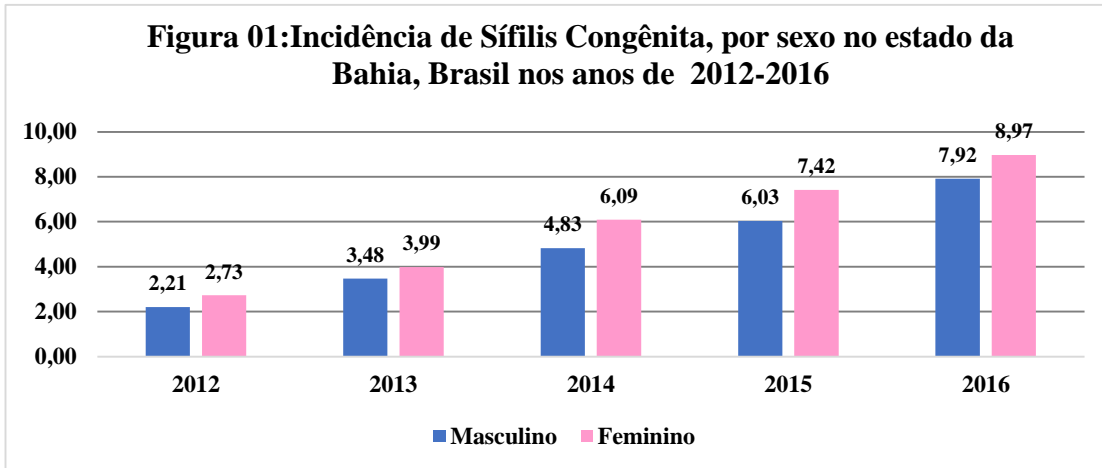
II. MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, descritivo, com abordagem quantitativa com base de dados secundários do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) entre 2012 e 2016 onde foram analisados no Programa Microsoft Office Excel ©.

Foram coletados dados da sífilis congênita e sífilis gestacional sendo a variável de desfecho o sexo, utilizando como medida de morbidade a incidência e prevalência.

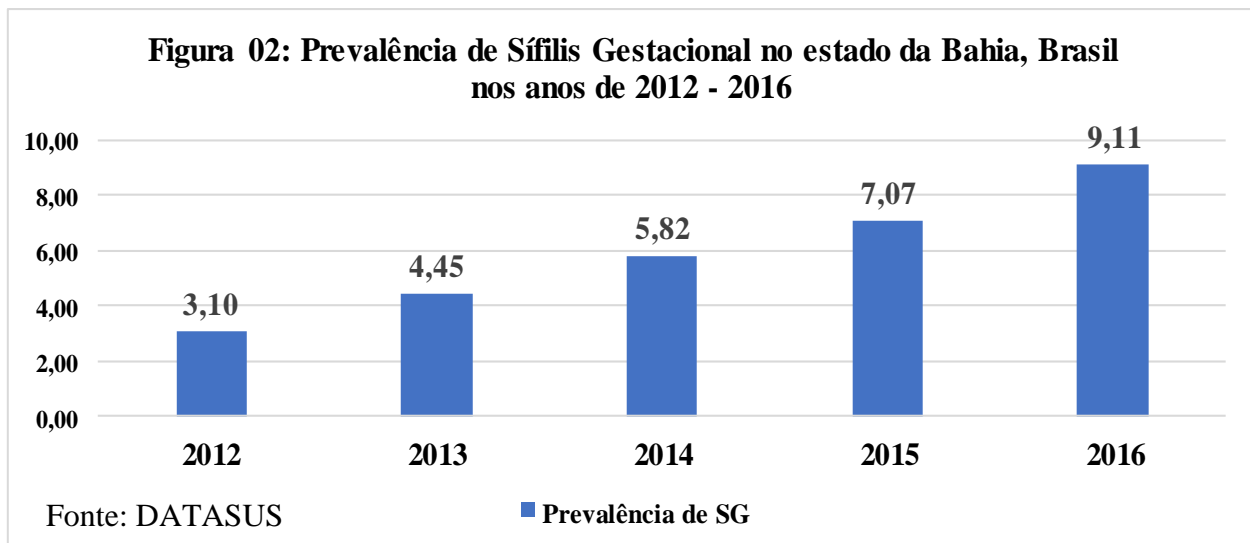
III. RESULTADOS

Nos anos do estudo foram notificados 5.454 casos de SC em menores de um ano de idade no estado da Bahia, A incidência geral apresenta acréscimo progressivo no número e casos tendo em 2012 (3,1casos/1000nv) e alcançando em 2016 (9,1 casos/1000 nv). A característica sexo observada neste estudo, indica que há predominância do sexo feminino (Figura 01) entre os RN sendo em 2012 com (2,73/1000nv) e 2016 com (8,97 casos/1000nv).



Fonte: DATASUS.

Referente a SG na Bahia, os dados demonstram que ocorre uma tendência progressiva da doença (Figura 02), enquanto no ano de 2012 registrou (5,07 casos/1000 nv.), o ano de 2016 foram registrados (13,08 casos/1000 nv.), valendo destacar que esses números podem ser ainda maiores por conta dos casos de subnotificação.



No segundo semestre de 2011 e início de 2012 foi desenvolvido um estudo denominado: “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento”, neste estudo foi mostrando que a cobertura do pré-natal no Brasil a marca de 98,7% das mulheres gestantes. No que tange a realização de teste imunocromatografia para sífilis foi de 89,1 (um exame) e 41,2% (dois exames) nas gestantes brasileiras acompanhadas no pré-natal ⁽⁴⁾. Ainda assim, com o aumento na cobertura ao acesso ao serviço de pré-natal e a

realização dos testes não-treponêmicos, existem fatores que interferem no aumento da SG e consequentemente influencia o aumento do SC, alguns autores ^(4,7,1) destacam dois problemas, o primeiro deles é o início do pré-natal tardio, que irá refletir no menor número de consultas com a gestante, e por sua vez menor quantidade nos solicitados como exames de rotina, o outro problema está relacionado ao fato do(s) parceiro(s) da gestante não realizarem o tratamento com a penicilina, ou seja, mesmo tratando a gestante, ela está sujeita a reinfeção durante a gravidez.

IV. CONCLUSÃO

Inferre-se que não há progressão exponencial tanto da SG quanto da SC, demonstrando que existe uma fragilidade nas ações de combate e controle da doença, sendo necessário o seu fortalecimento, a promoção de uma assistência mais qualificada com as gestantes, e a importância dos profissionais em notificar a doença.

REFERÊNCIAS

1. Araújo CL, Szwarcwald CL, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):479-86.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
4. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2014;48(5):766-774.
5. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Scientia. Medica.* 2007; 4 (17): 205-11.
6. Pan American Health Organization. Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy. 2. ed. Washington (DC); 2012.
7. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(3):490-496.
8. Souza BC, Santana LS. As consequências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. *Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente.* 2013; 3 (1): 59-67.