

## SÍFILIS CONGÊNITA: Incidência na Cidade de Três Lagoas

**Renata Aparecida de Lima**

Graduanda em Enfermagem,  
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

**Jonas Emerson Lima Trolesi**

Graduando em Enfermagem,  
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

**Rafael de Jesus Gonzaga**

Graduando em Enfermagem,  
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

**Jesse Milanez dos Santos**

Enfermeiro; Especialista em APH – UNIARARAS; Mestre em Enfermagem – UFMS;  
Docente na Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

### RESUMO

A sífilis congênita é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal é transmitida através da placenta para o feto e responsável por desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões neurológicas e outras sequelas, bem como importantes custos diretos e indiretos em saúde pública. O tratamento de sífilis pode ser ambulatorial ou hospitalar, a depender do estado geral da gestante. Para que seja considerado adequado, é necessário esquema medicamentoso e acompanhamento da gestante e parceiro.

**PALAVRAS-CHAVE:** sífilis; sífilis gestacional; transmissão vertical.

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Treponema pallidum*, tem como transmissor, reservatório e único hospedeiro, o homem. Sua transmissão é através da relação sexual e de forma vertical. Há séculos vem desafiando a humanidade e é considerado um problema de saúde pública até hoje (PAEZ et al., 2006).

### 1.1 Sífilis Congênita (SC)

A forma congênita da sífilis é uma infecção transmitida pela gestante infectada para seu concepto por via transplacentária, conhecido como transmissão vertical há possibilidade também de transmissão direta do *T. pallidum* pelo contato do recém-nato com lesões genitais materna do canal do parto (REMINGTON; KLEIN, 1995). É uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória,

considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e responsável por desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascimento, lesões neurológicas e outras sequelas, bem como importantes custos diretos e indiretos em saúde pública (ARAUJO et al., 2012).

A presença de sífilis na mulher gestante pode causar inúmeras consequências tais como o aborto espontâneo, a morte intrauterina, nascimento pré-termo e óbito perinatal em até 40% dos casos, inclusive má formação em múltiplos órgãos. Os neonatos sobreviventes apresentam-se assintomáticos em mais de 50% dos casos, podendo, com o tempo, vir a manifestar surdez, problemas visuais e até retardo mental (DAMASCENO et al., 2014; DE LORENZI et al., 2009).

Os fatores de risco associados à infecção congênita por sífilis se relacionam a não realização de pré-natal, a gravidez na adolescência, o uso de drogas ilícitas pela mãe ou pelo parceiro (principalmente *crack*/cocaína), a ausência de parceiro sexual fixo e/ou a existência de múltiplos parceiros, baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, multiparidade, acesso limitado aos serviços de saúde e presença de outras doenças sexualmente transmitidas (IST's) na mulher ou no parceiro (DAMASCENO et al., 2014).

A infecção no ser humano pode ser transmitida pelo contato sexual, por transfusões de sangue e, no caso das gestantes, por vias placentárias, sendo que a forma mais frequente de contágio é através da relação sexual, sendo o contato direto com as lesões contagiosas (cancro duro e lesões secundárias) responsáveis por 95% dos casos de sífilis (MAMEDE et al., 2001).

## 1.2 Diagnóstico da Sífilis

O diagnóstico de sífilis é realizado pelo teste VDRL e/ou teste rápido para sífilis durante a gestação, na primeira consulta de pré-natal e na 28ª semana. Quando o resultado é positivo, adota-se a conduta de tratamento da gestante e parceiro para prevenir que o concepto nasça com SC (DE LORENZI et al., 2009).

O diagnóstico da neurosífilis é por meio de exames radiográfico, sorológicos, do liquor cefalorraquidiano (VALDERRAMA; ZACARIAS; MAZIN, 2004). São utilizados métodos treponêmico e não treponêmico para os exames. O não treponêmico é conhecido como VDRL (*veneral disease research laboratory*) que apresenta baixa especificidade e alta sensibilidade. É um exame quantitativo e para o controle da sífilis é ideal para o rastreamento.

Os treponêmicos são os testes usados para confirmação do diagnóstico, sendo eles FTA-Abs (*fluorescent treponemal antibody absorption*), MHA-TP (*microhemagglutination assay for Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum hemagglutination*), ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) e o teste rápido Determine TP®.

### 1.3 Tratamento da Sífilis

O tratamento de sífilis pode ser ambulatorial ou hospitalar, a depender do estado geral da gestante. Para que seja considerado adequado, é necessário esquema medicamentoso e acompanhamento da gestante e parceiro; teste VDRL negativo ou diminuído, entre quatro a oito vezes em até seis meses e término do esquema farmacológico 30 dias antes do nascimento da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O tratamento da sífilis é o mesmo para gestantes e não gestantes, e depende do estágio em que a doença se encontra, com um diferencial primordial, somente o antibiótico penicilina, possui a capacidade de prevenção da transmissão do *T. pallidum* por via vertical, variando a dose conforme o estágio que se encontra a infecção (MAGALHOES et al., 2011). Posteriormente, ao início do tratamento se é possível identificar a reação de Jarisch-Herxheimer, o qual é indicativo de desenvolver sinais e sintomas, como cefaleia; artralgia; febre e calafrios, podendo desaparecer em um período de 24 horas (COSTA et al., 2013).

A gestante mesmo depois de ter feito os testes necessários e não tratar adequadamente, o feto vai ser infectado pela doença, sendo considerada uma infecção vertical, podendo ocorrer diversas maneiras são ela através do parto prematuro, o bebê pode nascer com baixo peso e levar a óbito. Deformidades ósseas, manchas na pele, convulsões, meningite, deformidade de nariz, dentes, mandíbula e céu da boca. Dificuldade no aprendizado, fissura na boca e outros.

## 2 OBJETIVOS

Descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita no município de Três Lagoas/MS, do período de 2015-2018.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo epidemiológico de abordagem quantitativa, de corte transversal, descritivo e analítico, a pesquisa compilou informações sobre os testes realizados pelo IPED-APAE partir de bancos de dados entre 2015-2018, do município de Três Lagoas (MS).

Esses dados foram fornecidos pelo responsável do Banco de dados do SISPRENATAL, IPED/APAE e departamento de IST, AIDS e Hepatites virais do Ministério da saúde em formato de planilhas de Excel.

### 4 RESULTADOS

Os dados do MS/SVS/Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais do município de Três Lagoas (MS), do período de 2015-2018 identificaram um total de 157 casos de SC.

Neste estudo verificou-se a incidência de sífilis gestacional conforme o trimestre (Tabela 1) e o nível de escolaridade (Tabela 2), além da sífilis congênita conforme o tratamento precoce ou tardio (Tabela 3).

**TABELA 1. Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano, do município de Três Lagoas (MS), do período 2015-2018.**

Idade Gestacional	Total	2015	2016	2017	2018
1º Trimestre	48	7	9	29	3
2º Trimestre	65	26	18	20	1
3º Trimestre	35	13	7	13	2
Idade gestacional ignorada	9	2	5	2	-
Ignorado	-	-	-	-	-

**Fonte:** Extraído de MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do município de Três Lagoas, MS.

Nos casos de sífilis gestacional no município de Três Lagoas teve uma aumento de 20 casos diagnosticados de 2016 para 2017 no 1º trimestre, e no a no de 2018 foram apenas 3 casos comprovados segundo o departamento de DST AIDS e hepatites virais.

Verifica-se na Tabela 2 que os casos de gestantes com sífilis com escolaridade do analfabeto à superior completo foram somados o total de 151 casos diagnosticados, sendo que de 5ª-8ª série teve mais casos totalizando 65 gestantes e

menos casos no superior completo com 1 caso apenas.

**TABELA 2. Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2018**

Escolaridade	Total	2015	2016	2017	2018
Analfabeto	1	-	-	1	-
1ª a 4ª série incompleta	5	1	1	3	-
4ª série completa	8	1	2	4	1
5ª a 8ª série incompleta	65	22	16	24	3
Fundamental Completo	26	4	7	14	1
Médio Incompleto	24	8	4	11	1
Médio Completo	21	9	7	5	-
Superior Incompleto	2	1	-	1	-
Superior Completo	1	-	1	-	-
Não se aplica	0	-	-	-	-
Ignorado	4	2	1	1	-

**Fonte:** Extraído de MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do município de Três Lagoas, MS.

**TABELA 3. Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018**

Diagnóstico Final	Total	2015	2016	2017	2018
Sífilis congênita recente	13	2	2	8	1
Sífilis congênita tardia	0	0	0	0	0
Aborto por sífilis	0	0	0	0	0
Natimorto por sífilis	0	0	0	0	0

**Fonte:** MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do município de Três Lagoas, MS.

Os casos de SC recente teve um alto índice no ano de 2015 com 8 casos, mas não houve casos nos demais períodos totalizando o total de 13 casos no período 2015-2018 (Tabela 3).

## 5 CONCLUSÃO

A pesquisa observou que os casos de sífilis são mais comuns em pessoas com baixo nível de escolaridade, inapropriadas condições socioeconômicas, com início tardio do acompanhamento pré-natal e número insuficiente de consultas, a falta de procura para diagnóstico, tratamento e para evitar a reincidência dos casos.

Em especial junto às gestantes, para que os exames sejam realizados no sentido de confirmar ou diagnosticar a doença, o acompanhamento com consultas

periódicas, atenção integral às pacientes nas Unidades de Saúde e controle através do Sistema Único de Saúde disponível para todos.

Os casos de sífilis gestacional tem maior índice de casos comparando com a SC, percebemos a importância da prevenção, de campanhas educativas que alertem no sentido de evitar o contágio.

Diante disso, observa-se que o não acompanhamento pré-natal é considerado fator de risco principal para a SC. Soma-se a este fator má qualificação de recursos humanos e quantidade insuficiente de profissionais para a atenção pré-natal de qualidade, além da infraestrutura inadequada do posto de saúde (LIMA et al., 2013).

A participação do enfermeiro é fundamental para fortalecimento da atenção pré-natal, haja vista que esta consulta se dará com identificação dos fatores de riscos gestacionais a fim de que sejam diminuídas implicações na saúde das gestantes, em especial aquelas com sífilis e o enfermeiro proporciona extensão na cobertura e melhoria da qualidade na atenção pré-natal, o qual deve estar ciente de que a atenção qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, fácil acesso a serviços de saúde de qualidade com ações que integrem todos os níveis da atenção, como promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e recém-nascido desde o atendimento ambulatorial básico ao hospitalar para alto risco (SHIMIZU; LIMA 2009).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da União, Brasília (DF); 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), 2015. Disponível em [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/\\_p\\_boletim\\_sifilis\\_2015\\_fechado\\_pdf\\_p\\_\\_18327.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids. n. 36, v 48, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. – Volume único. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. – Volume único. Brasília, 2017.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.47, n.1, 2013. p.152-159.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Boletim epidemiológico: Sífilis. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais. Nota informativa nº 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 06 jun 2016]. Disponível: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2016/58919/nota\\_informativa\\_no006\\_importancia\\_e\\_urgencia\\_na\\_a\\_82765.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2016/58919/nota_informativa_no006_importancia_e_urgencia_na_a_82765.pdf)

DE LORENZI, D. R. S. et al. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. Femina, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009

DAMASCENO, A. et al. Sífilis na gravidez. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), v. 13, n. 3, 2014.

LIMA, M. G.; SANTOS, R. F. R.; BARBOSA, G. J. A.; RIBEIRO, G. S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.

MAMEDE, J. A. V.; MARIN, E. J.; ANDRADE, C. A. Sífilis. In: GUARIENTO, Antonio; VILAR, João Alberto (org.). Medicina Materno Fetal. São Paulo: Atheneu, 2001.

PAEZ, M.; RIVEROS, M. I. R. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congênita en el sub sector público a nível nacional, Paraguay – 2000-2004. DST J Bras Doenças Sex Transm, v. 18, p. 117-123, 2006.

REMYINGTON, J. S.; KLEIN, J. O. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. Nome da revista ou livro 4th Ed. Rios de Janeiro. p. 52-57, 1995.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm, v. 62, n. 3, p. 387-392, Brasília, mai.-jun. 2009.

VALDERRAMA, J.; ZACARIAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congênita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica. v. 16, n. 3, p. 211-217, 2004.