
Análise de casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul período de 2008 a 2010
Analysis of confirmed cases of congenital syphilis in the state of Mato Grosso do Sul in the period from 2008 to 2010

ALINA PAULA DE CARVALHO MARTELLI¹
GABRIELA GONÇALVES DE OLIVEIRA²
TATIANA REICHERT DA SILVA ASSUNÇÃO³

RESUMO: A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, ocasionada pela bactéria *Treponema pallidum* e que pode ser transmitida pela via sexual e transplacentária. A sífilis congênita é uma disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão da sífilis geralmente pode ocorrer em qualquer fase da gestação, independente do estágio que a doença se encontra. O presente estudo teve como objetivo analisar os casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2010. Através dos registros obtidos do DATASUS verificou-se que durante o ano de 2008 houve 65 casos, em 2009 houve 73 casos e no ano de 2010 houve somente 15 casos confirmados de sífilis congênita no Estado do Mato Grosso do Sul. Conforme as análises realizadas durante o trabalho, enfatiza-se a importância de realizar o acompanhamento de pré-natal em mulheres grávidas, prevenindo dessa forma a proliferação de casos de sífilis.

Palavras-chave: sífilis congênita, gestantes, Mato Grosso do Sul.

ABSTRACT: Syphilis is a systemic infectious disease, caused by the bacterium *Treponema pallidum* and can be transmitted sexually and

¹ Bacharel em Biomedicina. Discente do Programa de Pós-Graduação em Análises Clínicas com Ênfase em Toxicologia e Forense da UNINGÁ/MAXPÓS/Dourados-MS.

¹ Bacharel em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina, (1997). Mestre em Patologia Experimental pela Universidade Estadual de Londrina (2004). Doutora em Patologia Experimental pela Universidade Estadual de Londrina (2011).

¹ Bacharel em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Londrina, (2007). Especialização em Especialização em Análises Clínicas. (2009) Mestrado em Patologia Experimental (2010).

transplacentally. Congenital syphilis is a hematogenous spread of the *Treponema pallidum* of pregnant women untreated or inadequately treated for their fetus, via the placenta. The transmission of syphilis can often occur at any stage of pregnancy, regardless of the stage that the disease is. The present study aimed to analyze the confirmed cases of congenital syphilis in the state of Mato Grosso do Sul from 2008 to 2010. Through the records obtained DATASUS found that during 2008 there were 65 cases in 2009 there were 73 cases and in 2010 there were only 15 confirmed cases of congenital syphilis in the state of Mato Grosso do Sul According to analyzes carried out in work, emphasizes the importance of follow up antenatal pregnant women, thus preventing the proliferation of cases of syphilis.

Key-words: congenital syphilis, pregnant women, Mato Grosso do Sul.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa de evolução crônica, descrita há mais de 500 anos, causada pelo *Treponema pallidum* e, atualmente no Brasil e no mundo, tem tornado-se um grande problema de saúde pública (KOMKA; LAGO, 2007). A sífilis é transmitida principalmente através do ato sexual, podendo evoluir, quando não tratada, para estágios que afetam a pele e diversos órgãos internos (SECRETARIA DE SAUDE DE SÃO PAULO, 2008).

A sífilis congênita é uma disseminação hematogênica do *T. Pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu filho, pois atravessa a placenta independente em que estágio da doença a gestante se encontra (SECRETARIA DE SAUDE DE SÃO PAULO, 2008). A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986, devendo ser preenchida uma ficha contendo todas as informações necessárias do paciente infectado e enviadas para DATASUS (NADAL; FRAMIL, 2007).

Cerca de 40% dos casos de sífilis congênita podem evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito peri-natal (OLIVEIRA et al., 2008). De acordo com o Ministério da Saúde (2006) a gestante com sífilis confirmada tem 50% de chance de a criança nascer com infecção assintomática ou apresentar sintomas nos primeiros 3 meses de vida, justificando a importância das campanhas de triagem sorológica da mãe na maternidade.

A sífilis congênita é dividida em dois períodos: a precoce e a tardia. A Precoce é assintomática, ocorre até o segundo ano de vida e a criança pode apresentar baixo peso ao nascimento, prematuridade,

esplenomegalia, lesões cutâneas, e outras. A sífilis tardia surge após o segundo ano de vida, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos (SECRETÁRIA DE SAÚDE DE SAO PAULO, 2008). De acordo com Ministério da Saúde (2006) a transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.

O controle e diagnóstico da sífilis são realizados através de exames laboratoriais, incluindo testes específicos detectam o agente *T. Pallidum* (treponêmicos) e não específicos detecta a resposta imune do paciente ao agente *T. Pallidum* (não-treponêmicos) onde a pesquisa do agente implicará nas fases da doença (primária, secundária e terciária), sendo necessário saber quais são esses exames adequados para cada fase da doença e interpretar seu resultado (NADAL; FRAMIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), os testes sorológicos são as principais formas de se estabelecer um diagnóstico confirmatório da sífilis e são divididos em testes não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). Os testes específicos, como imunofluorescência indireta (FTA-ABS) e hemaglutinação (TPHA), empregam o agente *Treponema pallidum* como antígeno e são utilizados como testes confirmatórios para a sífilis (ALMEIDA et al., 2009).

O VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), um teste não-treponêmico, consiste em uma técnica de alta sensibilidade para o diagnóstico da sífilis, sendo amplamente usada devido à facilidade e rapidez de execução. Por se tratar de um teste não específico, é utilizado como método de triagem e, portanto, a confirmação do diagnóstico deve ser obtida empregando-se testes específicos (SANTANA et al., 2006).

Os testes treponêmicos ou os não-treponêmicos que forem positivos nos exames de recém-nascidos pode ser devido a transferência passiva de anticorpos IgG maternos, mas tendem-se a declinar lentamente até a sua negatização em alguns meses. Já na sífilis congênita, os títulos se mantêm caracterizando uma infecção ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

METODOLOGIA

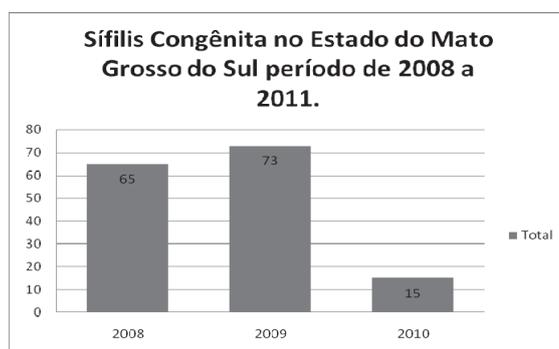
Por tratar-se de uma análise documental e descritiva de casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul do período de 2008 a 2010, o presente estudo não precisou passar pelo

comitê de ética da Uningá. Foram analisados dados do DATASUS através do o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e pesquisados artigos em bancos de dados como SCIELO e BIREMI sobre sífilis congênita.

RESULTADOS

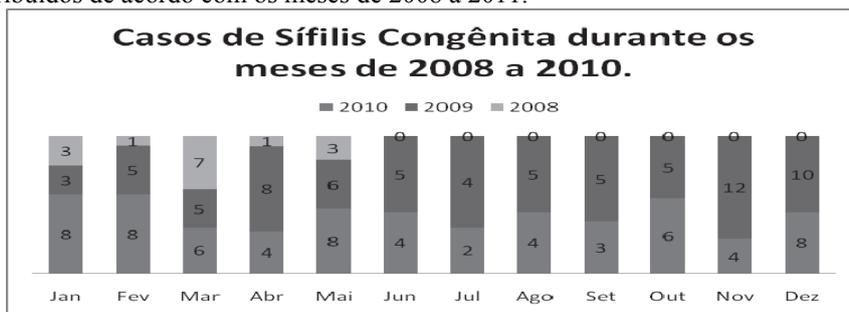
De acordo com os dados obtidos através do SINAN, durante o ano de 2008 foram descritos 65 casos confirmados de sífilis congênita, no ano de 2009 verificados 73 casos confirmados e no ano de 2010 foram relatados 15 casos de sífilis confirmados, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Prevalência de sífilis Congênita no Estado do Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2010.



Analisando-se a distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul observou-se que durante o ano de 2008 houve uma maior incidência nos meses de janeiro, fevereiro, maio e dezembro (8 casos), em 2009 houve aumento durante o mês de Novembro (12 casos) e em 2010, aumento durante os meses de março (7 casos). Esses dados, apresentados no gráfico 2, demonstram que a distribuição da doença não está relacionada ao período do ano.

Gráfico 2. Número de casos sífilis congênita no Estado do Mato Grosso do Sul distribuídos de acordo com os meses de 2008 a 2011.



DISCUSSÃO

No ano de 2010, foram identificados 15 casos de sífilis congênita no estado do Mato Grosso do Sul de acordo com os dados obtidos do SINAN, demonstrando que houve uma queda no número de casos confirmados da doença, em relação aos anos anteriores, de 2008 (73 casos) e 2009 (65 casos). Aqui ressalta-se a importância da assistência pré-natal pois pode evitar a transmissão da doença para o concepto, levando à diminuição no número de casos de sífilis congênita bem como nas consequências da doença no concepto (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Recomenda-se que o diagnóstico da sífilis congênita seja feito através de uma combinação de diversos fatores clínico, sorológico, radiográfico e da microscopia direta. O Ministério da Saúde normatizou a definição sobre caso de sífilis congênita, conforme demonstrado no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1. Definição sobre caso de sífilis congênita.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Caso confirmado: quando o <i>T. pallidum</i> ou seu material genético é constatado fisicamente em amostras de lesões, líquido amniótico, cordão umbilical ou de tecidos oriundos da necropsia ♦ Caso presuntivo: quando pelo menos um dos seguintes parâmetros está presente: <ol style="list-style-type: none"> 1 – RN ou criança cuja mãe contaminada não tenha sido tratada ou o foi de forma inadequada; 2 – RN ou criança exibindo teste treponêmico positivo e algumas das seguintes alterações: evidência de sífilis congênita ao exame físico; alterações radiológicas; VDRL positivo no líquido; elevado conteúdo de proteínas ou leucocitose no líquido, na ausência de outras causas; IgM positiva para lues 3 – Natimorto sífilítico – morte fetal ocorrida em gestação de mais de 20 semanas ou feto com peso superior a 500g, nascido de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada.

Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO, 2006.

Embora o comportamento do exame VDRL, frente ao diagnóstico da doença sífilítica apresente algumas limitações, como reações falso-positivas e menor sensibilidade em relação à outros testes treponêmicos, apresenta a vantagem de ser de baixo custo, possíveis de ser utilizado em laboratórios com estrutura simples (SANTANA et al., 2006). O VDRL é um método de diagnóstico não-treponêmico e amplamente utilizado para o rastreamento de sífilis no Brasil, favorecendo diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil para evitar as seqüelas das formas tardias da sífilis (NADAL; FRAMIL, 2007).

O melhor esquema terapêutico para o tratamento tanto da sífilis em adultos quanto da sífilis congênita, emprega a penicilina a qual vem sendo utilizadas a décadas e pode ser empregada em qualquer fase da doença (GUINSBURG; SANTOS, 2010). O tratamento imediato com penicilina benzatina parenteral continua sendo a melhor forma de prevenção da sífilis congênita (ALMEIDA et al., 2009).

A penicilina cristalina ou procaína têm sido as drogas de escolha, uma vez que a penicilina benzatina apresenta pouca penetração líquórica, é considerado um medicamento que pode não atingir ou manter níveis treponemicidas em nível de sistema nervoso central (GUINSBURG; SANTOS, 2010). Na tabela abaixo demonstra-se um esquema terapêutico preconizado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Tabela 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e controle de cura.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Intervalo entre as séries	Opções terapêuticas na impossibilidade de uso da Penicilina:	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	Penicilina G Benzatina 1 série* Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Penicilina G Benzatina 2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Penicilina G Benzatina 3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	doxiciclina 100 mg 12/12h (VO), 30 dias, ou tetraciclina 500 mg, 6/6h (VO), ou eritromicina 500 mg, 6/6h (VO)	Exame sorológico não-treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa 18 a 24 milhões de UI por dia. 10 a 14 dias	4/4 h diariamente por 10 dias	Penicilina procaína 2,4 milhões UI (IM) diariamente associada à probenecida 500 mg (VO) quatro vezes por dia, ambas de 10 a 14 dias	Exame de líquido de 6/6 meses até normalização

Fonte : MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006)

De acordo com Ministério da Saúde (2006) crianças no período pós-neonatal com diagnóstico confirmado, deve iniciar o tratamento conforme preconizado, verificando-se o intervalo das aplicações utilizando a penicilina G cristalina (de 4 em 4 horas), para a penicilina G procaína (de 12 em 12 horas).

A sífilis congênita é um sério problema de saúde pública, pois vem aumentando em algumas regiões do Brasil, apesar de terem métodos eficazes, de baixo custo e de fácil uso para a sua prevenção e controle. A região Sudeste notificou o maior número de casos ao longo do período de 1998 a 2005 correspondendo a 50% dos casos notificados no país. A região Nordeste notifica 28% dos casos e apresentou um aumento constante desde o ano 2000. As regiões Centro-Oeste (7,8%), Norte (6,9%) e Sul (6,8%) apresentam comportamento similar com o menor número de notificações (RIPSA, 2006).

A sífilis congênita apresenta prevalência em grupo de mulheres de baixa renda ou com estilos de vida vulneráveis, pois é uma população que não tem acompanhamento de pré-natal muitas vezes por falta de condições financeiras, por isso as campanhas informativas e o acompanhamento durante o pré-natal é importante para estar evitando vários tipos de doenças como o caso de sífilis congênita (KOMBA; LAGO, 2007).

As notificações dos casos confirmatórios de sífilis registrados pelos municípios através DATASUS (Ministério da Saúde) contribui para o desenvolvimento de políticas de saúde e de vigilância epidemiológica para o monitoramento da sífilis materna e congênita. O acompanhamento durante o pré-natal continua sendo a forma mais eficaz de prevenir a doença na gestante e a sua transmissão para o concepto. A motivação e capacitação dos profissionais de saúde, no que se refere ao diagnóstico da doença, às medidas de conduta adotadas e à notificação da sífilis gestacional e congênita também contribuem a esse quadro (ALMEIDA et al., 2009).

CONCLUSÃO

Através dos registros retirados do DATASUS verificou-se que durante o ano de 2009 houve um aumento significativo no número de casos confirmados de sífilis congênita no Estado do Mato Grosso do Sul. Conforme as análises feitas durante o trabalho demonstra-se a importância de realizar o acompanhamento de pré-natal em gestantes a fim de evitar a proliferação de casos de sífilis congênita. Se o estado do Mato Grosso do Sul investir mais em campanhas informativas principalmente em

mulheres gestantes de classe média baixa, o índice de sífilis congênita no estado tende a diminuir ao passar dos anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.C. et al. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 41, n. 3, p. 181-184, 2009.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

BARSANTI, C. et al. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 32, n. 6. p. 605-611, nov./dez., 1999.

FELDMANN, C.G. **Comparativo dos dados da sífilis na gestação e sífilis neonatal informada no sisprenatal, SINAN e AIH, no município de Porto Alegre 2000 a 2004**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

GUINSBURG, R. et al. **Critérios diagnóstico e tratamento da sífilis congênita**. Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. Universidade Federal de São Paulo, 2010.

KOMBA, M.R.; LAGO, E.G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre. v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez., 2007.

LIMA, B.G.C. et al. **Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995**. Rio de Janeiro. v. 38, n. 4, p. 267-271, 2002.

MINISTERIO DA SAÚDE, **Manual de bolso: sífilis congênita**. Programa Nacional de DST/ Aids, 2006.

NADAL, S.R.;FRAMIL, V.M.S. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis. **Revista brasileira de Coloproctologia**, v. 27, n. 4, p. 479-482, 2007.

OLIVEIRA, V. M. et al. Detecção de sífilis por ensaios de ELISA e VDRL em doadores de sangue do Hemonúcleo de Guarapuava, Estado do Paraná. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 41, n. 4, p. 428-430, jul./ago., 2008.

RIPSA, Rede interagencial de informações para a saúde. **Incidência de sífilis congênita**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis congênita. 2006.

SANTANA, L. R. et al. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 38, n.2, p. 71-73, 2006.

SARACENI, V. et al. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 419-24, 2005.

SARACENI, V.; MIRANDA, E.A. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, n. 3, p. 490-496, , 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SAO PAULO. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

Enviado em: abril de 2012.

Revisado e Aceito: novembro de 2012.

