

INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL E NA REGIÃO SUL, DE 2010 A 2014

HOSPITALIZATIONS FOR CONGENITAL SYPHILIS IN BRAZIL AND SOUTH REGION, OF 2010 TO 2014

MÁRCIA REGINA DA SILVA PINHA^{1*}, JANAÍNA DE SOUZA MARCOLINO^{2**}

1. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá; 2. Mestre em Enfermagem, Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá.

* Rua Cuba, 2121, Parque Residencial Tuiuti, Maringá, Paraná-Brasil. CEP: 87043-220. pinha_marcia@hotmail.com

** Rua Monsenhor Kimura, 353, apto 203, Vila Cleópatra, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87010-450. janaina_marcolino@hotmail.com

Recebido em 30/11/2015. Aceito para publicação em 04/02/2016

RESUMO

Embora a sífilis congênita seja prevenida, tem ocupado lugar de destaque, particularmente, nos países em desenvolvimento. O presente estudo objetiva descrever a tendência da morbidade por sífilis congênita no Brasil e nos Estados da Região Sul, assim como verificar o número de internações, o número de dias de internação; e identificar os gastos com internação e tempo de internamento por sífilis congênita. Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo e quantitativo, tendo como fonte de informações os registros de internações hospitalares, de residentes do Brasil e Região Sul no período de 2010 a 2014. Foi verificado que, apesar das diretrizes para o controle dessa doença e para melhoria no atendimento da gestante, o número de internamentos por essa doença na Região Sul do país cresce ano a ano, destacando-se o Estado do Rio Grande do Sul. Apesar da cobertura de atenção pré-natal ser adequada, esta se mostra insuficiente para a redução do número de casos de sífilis congênita, que requer detecção e tratamento sistemáticos para que essa doença deixe de constituir um problema de saúde pública. Entende-se que é necessário conscientizar a mulher da importância da detecção e do tratamento da sífilis, observando que já existem programas de atendimento à gestante.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis congênita, epidemiologia, doenças sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

Although congenital syphilis can be prevented, it has occupied a prominent place, particularly in developing countries. This study aims to describe the trend of morbidity due to congenital syphilis in Brazil and in the Southern Region States, as well as checking the number of hospitalizations, the number of days of hospitalization; and identify spending on hospitalization and length of hospital stay by congenital syphilis. It is an epidemiological, descriptive and quantitative study, taking as input the records of hospital admissions in Brazil and South Region

residents in the period 2010 to 2014. It was found that despite the guidelines for the control of this disease and to improved care of pregnant women, the number of admissions for the disease in southern Brazil grows every year, especially the state of Rio Grande do Sul. Despite the prenatal care coverage be adequate, this is insufficient to reducing the number of cases of congenital syphilis, which requires detection and systematic treatment for this disease is no longer a public health problem. It is understood that it is necessary to educate women about the importance of detecting and treating syphilis, noting that there are already care of pregnant women programs.

KEYWORDS: Congenital syphilis, epidemiology, sexually transmitted diseases

1. INTRODUÇÃO

Apesar das orientações e dos recursos disponíveis, bem como a possibilidade de uso do preservativo masculino e feminino, a incidência das Doenças Transmissíveis pelo Sexo (DST) tem sido alta (TAQUETE *et al.*, 2004).

De forma geral, há informações e políticas voltadas para as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), oferecendo-se medicamentos na rede pública e preservativos, com uma maior atenção voltada para a saúde da mulher. O grande questionamento acontece quando, doenças tratáveis alcançam níveis de complicações que poderiam ter sido evitados com tratamentos específicos e uso de preservativo (TAQUETTE *et al.*, 2004).

Um exemplo destas, é a sífilis, que ainda constitui um relevante problema de saúde pública, embora seja uma doença de fácil diagnóstico e possa ser evitável com o tratamento adequado da gestante e de seu parceiro (COSTA *et al.*, 2013).

De acordo com Gardioli *et al.* (2012), a sífilis foi registrada primeiramente na Europa pelos médicos Mar-

cellus Cumano e Alexandri Benedetto, em 1495, tratando-se de uma doença infecto-contagiosa transmitida via sexual, bem como também verticalmente durante a gestação.

Esta DST ainda é causa de grande morbidade na vida intra-uterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50,0% dos casos, tais como, aborto, natí e neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos. A sífilis congênita ainda ocupa espaço entre as causas básicas de óbitos infantis, sobretudo entre as perdas fetais (SARACENI *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2012).

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária (BRASIL, 2006).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação, mas é mais provável que ocorra na primeira ou segunda fase da doença, podendo atingir 100% de probabilidade de transmissão vertical. Além disso, pode ocorrer transmissão direta do *T. pallidum* para o conceito na passagem deste pelo canal de parto, pois há lesões genitais na gestante ou, ainda, a transmissão ocorre no aleitamento, se existirem lesões mamárias (SONDA, 2013).

O diagnóstico da sífilis é realizado indiretamente por testes sorológicos não treponêmicos, como o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Rapid Plasma Reagin* (RPR) e, também, por testes treponêmicos, como o teste imunoluminescência por absorção de anticorpos (FTA-ABS) e teste treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA). Os testes não treponêmicos são feitos para a triagem e, portanto, podem levar a resultados falso-positivos, o que requer a confirmação pelos testes treponêmicos, quando se tem a suspeita da doença (MAGALHÃES *et al.*, 2011; CHAVES *et al.*, 2014).

Também pode ser utilizado teste rápido por tiras de imunocromatografia, treponêmico, que é um exame simples possível de ser realizado em ambulatório com sangue total ou gota de sangue obtida da ponta do dedo, obtendo-se o diagnóstico em apenas vinte minutos. Este teste é utilizado quando a gestante comparece para consulta pré-natal tardiamente ou quando não tem acesso ao laboratório para realizar o teste não-treponêmico (VDRL). Em tais situações, realiza-se o teste rápido e é dada a conduta imediatamente com a aplicação da primeira dose de penicilina, no caso de a amostra ser reagente e, se possível faz a coleta de sangue por punção para a etapa II (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Desde 1943 esta doença pode ser tratada com o uso da penicilina, mas ainda é um processo de saúde presente em países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Frente esta realidade há discussões a respeito desta, tanto quanto seu controle, tratamento e prevenção para evitar a Sífilis especialmente em gestan-

tes e sua transmissão vertical (AVELLEIRA & BOTTINO, 2006).

Essa discussão nasce quando se observa que essa é uma doença passível de tratamento. É inaceitável que crianças nascem com sífilis congênita pelo tratamento inadequado. Todos os anos os números do SUS demonstram o nascimento de crianças com sífilis congênita, essa situação é incompreensível, porque há diretrizes para o controle da mesma, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa Nacional de DST e AIDS. Além disso, deve-se mencionar a Rede Cegonha, um programa do Sistema Único de Saúde – SUS, que propõe melhoria no atendimento da gestante seja durante a gravidez, o parto, pós-parto e também à criança até que esta complete dois anos de idade (BRASIL, 2015) e também a Rede Mãe Paranaense, que procura organizar a atenção materno-infantil desde o pré-natal até o acompanhamento das crianças, particularmente no seu primeiro ano de vida oferecendo tanto o teste convencional quanto o teste rápido para detecção oportuna da doença, principalmente na gestação (PARANÁ, 2015).

No Paraná a sífilis tem chamado a atenção por seus índices, requerendo pesquisa visto que ainda existem recém-nascidos acometidos por transmissão vertical. A taxa de contágio do feto é até de 100% conforme a doença, fase e o período de gestação (SONDA *et al.*, 2013).

Portanto, por ser a sífilis congênita considerada um importante indicador da qualidade de assistência pré-natal, medidas simples como o diagnóstico e tratamento oportunos eliminariam esta manifestação, considerando-se que o estudo da morbidade é um importante indicador para implantação de medidas de melhoria ou adequação na atenção ao pré-natal, o presente estudo tem por objetivo descrever a tendência da morbidade por sífilis congênita no Brasil e nos Estados da Região Sul, entre os anos de 2010 e 2014, assim como verificar o número de internações por sífilis congênicas, o número de dias de internação; e identificar os gastos com internação e tempo de internamento por sífilis congênita.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo com abordagem quantitativa, tendo como fonte de informações para coleta de dados os registros referentes às internações hospitalares, de residentes do Brasil e da Região Sul, no período de 2010 a 2014, através dos dados disponíveis no Sistema de Informação de Internações Hospitalares e bancos eletrônicos de dados do Ministério da Saúde (DATASUS).

Após a coleta de dados, estes foram apresentados por meio de gráficos e tabelas, contabilizados através de frequência e porcentagens, sendo analisado no programa Excel. Por se tratar de análise de dados secundários e de domínio público, o projeto não prevê riscos ou danos aos participantes e sendo encaminhado para apreciação do

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade Ingá-Uningá conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde e aprovado sob o parecer n. 1.030.383.

3. RESULTADOS

A evolução dos casos de internação por sífilis congênita no Brasil e na Região Sul, verificando-se que no Brasil em 2010 ocorreram 3.938 casos, enquanto em 2014 o número de casos foi de 9.234, que corresponde a um aumento de 5.296 ou 134,48%. Avelleira e Bottino (2006) relataram que no período de 1998 a 2004 foram registrados no Brasil 24.448 casos de sífilis congênita.

No quinquênio 2010/2014 foram notificados ao Sistema Nacional de Informação de Agravos de notificação (SINAN) um total de 313489 dias de internações por sífilis congênita e deste total, 2824 foram notificados nos estados da Região Sul do Brasil. Os dados referentes ao número de casos e aos dias de internações estão detalhados na tabela 1.

A Região Sul também apresentou aumento no número de casos de internação por sífilis congênita, tendo sido encontrado em 2010 um total de 279 casos e 926 casos em 2014, ou seja, em 2014 ocorreram 647 casos a mais do que em 2010, o que corresponde a um aumento de 231,90%. Portanto, a evolução do número de internamentos por sífilis congênita na Região Sul é maior do que a ocorrida no país no período analisado. (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição de frequências de variáveis internações, e dias de internações (DI) de casos de sífilis congênita (Brasil e estados da Região Sul), nos anos de 2010 a 2014.

Variável	UF	2010		2011		2012		2013		2014	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Internações	PR	38	13,8	56	14,6	83	16,0	112	16,0	161	18,0
	SC	17	6,0	32	8,3	42	8,0	63	9,0	83	9,0
	RS	224	80,2	295	77,1	396	76,0	540	75,0	682	73
DI (regiões)	Brasil	39904	100	49098	100	59735	100	74316	100	90436	100
	R. Sul	2954	7,4	4038	8,2	5406	9,0	7444	10,0	9479	10,5
DI (estados)	PR	402	13,6	510	12,6	814	15,0	1115	15,0	1508	16,0
	SC	161	5,4	277	6,8	366	6,8	526	7,0	662	7,0
	RS	2391	81,0	3251	80,6	4226	78,2	5803	78,0	7309	77,0

Fonte: DATASUS

No Rio Grande do Sul é encontrado maior número de ocorrência de internações por sífilis congênita. Entretanto, deve-se observar que neste Estado, apesar de aumentar ano a ano o número de internações, verifica-se um decréscimo na participação do mesmo no total da Região Sul, ou seja, em 2010, dos 100% (n=279) casos de internação por sífilis congênita que ocorreram na Região Sul, 80,2% ocorreram no Rio Grande do Sul. Esse percentual foi decaindo gradualmente nos anos seguintes, até atingir 73% em 2014. (Tabela 1)

Esse decréscimo no número de casos de internações por Sífilis congênita no Rio Grande do Sul pode ser justificado devido à implantação de programas pela Secretaria de Estado da Saúde que estabeleceu como priori-

dade a implantação da testagem rápida de sífilis na atenção básica, visando aumentar o acesso da população, visando tratar os casos diagnosticados e evitar a transmissão vertical (BAGATINI, 2014).

Santa Catarina apresentou o menor número de casos em todos os anos. No entanto, esse número foi aumentando a cada ano, assim como a participação do Estado no total da Região Sul (6,0% em 2010 e 9,0% em 2014). Essa mesma situação é encontrada no Estado do Paraná, que em 2010 teve 38 internamentos (13,8% da Região Sul) e 161 casos em 2014 (18,0% da Região).

Esse aumento dos casos de sífilis congênita também pode ser sugestivo de uma melhoria na notificação de casos ao longo dos anos, atribuída ao avanço vigilância epidemiológico na Região Sul, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (COSTA, 2013). Apesar dessas melhorias nota-se que houve um aumento expressivo dessas notificações tanto em nível de estado como em nível de Brasil.

De acordo com os dados o número de dias de internações por sífilis congênita na região Sul correspondeu a 7,4% das internações do país em 2010; a 8,2% das internações em 2011; a 9,0% de 2012; a 10,0% de 2013 e a 10,5% de 2014. Estes percentuais confirmam os dados encontrados anteriormente onde ocorre um aumento no número de casos de 2010 a 2014 na região Sul. (Tabela 1)

Em relação ao número de dias de internações apresentou um aumento entre 2010 e 2014 em decorrência do aumento do número de casos de internação por sífilis congênita. Os percentuais obtidos são próximos aos apresentados na Tabela 1, ou seja, da ocorrência de internações. (Tabela 1)

Tabela 2. Média dos dias de internações por sífilis congênita nos Estados da região Sul do Brasil entre 2010 e 2014.

Unidades	Anos					Média
	2010	2011	2012	2013	2014	
Paraná	10,6	9,1	9,8	10,0	9,4	9,8
Santa Catarina	9,5	8,6	8,7	8,3	7,9	8,6
Rio Grande do Sul	8,6	11,0	10,6	10,7	10,7	10,3

Fonte: DATASUS

A média de dos dias de internação por sífilis congênita é apresentado na tabela 2. Tem-se, assim, que no Estado de Santa Catarina, no período de 2010 a 2014, cada paciente ficaram internado por sífilis congênita 8,6 dias em média; no Paraná a média foi de 9,8 dias e no

Rio Grande do Sul 10,3 dias. A média para a Região Sul foi 10,4 dias, enquanto do Brasil foi 10,1 dias. (Tabela 2).

Com relação aos custos impostos ao SUS, relacionados aos dias de internações por casos de sífilis congênita no quinquênio 2010 a 2014, na região Sul, observa-se tendência de diminuição gradativa em relação aos gastos do Brasil, sendo que em 2010 foi gasto 20,7% em relação ao Brasil e 2014 foram 20,2%. Apesar dessa diminuição é importante destacar que em 2014 houve um aumento considerável dos gastos em relação aos anos anteriores (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de frequências de custos hospitalares totais e diários, Brasil, Região Sul e estados do Sul, anos de 2010 a 2014.

Variáveis	UF	2010	2011	2012	2013	2014
Custos totais com internação	PR	45.388,51	24.211,02	52.311,62	52.759,91	91.808,06
	SC	23.270,62	30.640,33	24.066,71	23.696,75	27.694,31
	RS	352.913,01	537.249,40	547.556,09	705.524,19	863.642,54
	Sul	421.572,14	592.100,75	623.934,42	781.980,90	983.144,91
	Brasil	2.034.124,67	3.080.305,97	3.968.929,02	3.964.138,90	4.864.377,84
Custos diários	PR	112,68	47,51	64,31	47,11	60,66
	SC	144,09	111,34	65,86	45,32	42,24
	RS	183,20	165,56	130,45	122,11	118,35

Fonte: DATASUS

De acordo com a tabela os gastos com internações de casos de sífilis congênita da Região Sul de 2010 a 2014 apresentou uma diminuição gradativa em relação aos gastos do Brasil, sendo que em 2010 foi gasto 20,7% em relação ao Brasil e 2014 foram 20,2%. Apesar dessa diminuição é importante destacar que em 2014 houve um aumento novamente dos gastos em relação aos anos anteriores.

Quanto aos gastos com internações nos estados da Região Sul observa-se que houve um aumento nos três estados, sendo o aumento mais significativo no Rio Grande do Sul que em 2010 foi de 352.913,01 e em 2014 o gasto foi de 863.642,54.

Outro dado importante foi a diferença de gastos entre os estados sendo o estado de Santa Catarina que apresentou o menor gasto que foi de 129.368,72, ou seja, 3,8% dos gastos da Região Sul, enquanto o estado do Paraná gastou 7,8% do total e o Rio Grande do Sul 88,4%.

Nota-se que o gasto diário por paciente internado com sífilis congênita foi maior no Rio Grande do Sul com uma média de gasto de 143,93 reais, valor este superior ao da região Sul que foi de 122,84 reais e cerca de duas vezes e meia o gasto do Brasil. O estado que menos gastou com essa doença foi o Paraná com um gasto de 66,46 reais por dia por paciente internado, mesmo assim ficou acima da média do Brasil que foi de 57,48 reais. Entretanto, os três Estados apresentaram gasto diário superior à média do país.

4. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos indicaram que, apesar de atualmente haver diretrizes para o controle da sífilis congê-

nita, bem como para melhoria no atendimento da gestante, o número de internamentos por essa doença na Região Sul do país cresce ano a ano, destacando-se o Estado do Rio Grande do Sul.

A não-realização do pré-natal ou a realização de forma inadequada são fatores que podem ocasionar à sífilis congênita. Dessa forma, a cobertura de atenção do pré-natal, embora adequada, mostra-se insuficiente para a redução do número de casos de sífilis congênita, que requer a conscientização das mulheres sobre a detecção e tratamentos sistemáticos, para que essa doença deixe de constituir um problema de saúde pública.

Diante do alto índice da doença, são primordiais maiores esclarecimentos às gestantes logo no início do pré-natal.

Por todos esses aspectos, a UBS como atenção primária à saúde e a Estratégia da Saúde da Família (ESF), deveria conscientizar a população sobre a importância da detecção e tratamento das DST's. Intervindo assim, na diminuição de casos de sífilis congênita (uma vez que está também é uma DST) e dos gastos do Estado com essa patologia que pode ser prevenida ou tratada in útero.

A saúde da família deveria ser tratada de forma global, envolvendo o casal como um todo, objetivando, promover propagandas a nível nacional sobre o pré-natal do homem, os direitos da mulher que o programa rede cegonha garante, tais como, a atenção à saúde no pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento da criança até dois anos de idade.

Salvo que a cobertura no pré-natal já ocorre, porém, atualmente é falha, deixando explícito que os profissionais da rede de saúde não estão conseguindo alcançar o objetivo que é reduzir a incidência de casos de sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

- [1] ARAÚJO, C.L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.
- [2] AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Bras. Dermatol., v. 81, n. 2, p. 111-1265, 2006.
- [3] BAGATINI, C.S.L. *et al.* Programa de teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica no Rio Grande do

- Sul. Escola de Enfermagem – UFGRS, Rio Grande do Sul, p. 33, 2014.
- [4] BENAZZI, A. S. T. *et al.* Pré natal masculino : um novo olhar sobre a presença do homem. *Revista Pol. Pública*, São Luís, v.15, n.2, p. 327-333, jul./dez. 2011.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [6] BRASIL. Ministério da Saúde. Rede cegonha. Disponível em:
<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- [7] CHAVES, J. *et al.* Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 58 (3): 187-192, jul./set. 2014.
- [8] COSTA, C.C. *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.
- [9] DAMASCENO, A.B.A. *et al.* Sífilis na gravidez. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014.
- [10] GARDIOLI, D.D.S. *et al.* Sífilis recente com fase papulomatosa: quadro clínico típico, diagnóstico incorreto. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, v. 24, n. 2, p. 118-121, 2012.
- [11] MAGALHÃES, D.M.S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde*, v. 22, Sup 1, p. S43-S54, 2011.
- [12] PARANÁ. Secretaria de Saúde. Rede mãe paranaense. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- [13] SARACENI, V. *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, ago. 2005.
- [14] SONDA, E.C. *et al.* Sífilis congênita: uma revisão de literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013.
- [15] TAQUETTE, S.R. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 37, n.3, p. 210-214, mai./jun. 2004.