



ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NA CIDADE DE ARAGUAÍNA - TO

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS CASES IN THE CITY OF ARAGUAÍNA (TO), BRAZIL

Hallan Dantas de Melo¹, Gabriel de Brito Fogaça¹, Iara Bucar²

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto, mais frequentemente intraútero, embora a transmissão também possa ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. Este estudo de natureza epidemiológica e caráter observacional, buscou analisar e discutir os casos de Sífilis gestacional e Sífilis Congênita na Cidade de Araguaína-TO. Para tanto utilizou-se do dataSUS para coleta dos dados sobre essas afecções, entre os anos de 2006 a 2019. Portanto, com o viés de buscar interpretar os resultados estatísticos divulgados e realizar comentários pertinentes sobre alguns tópicos tais quais as explicações necessárias para se poder compreender o avanço deste agravo ao longo dos anos, o porquê de sua permanência, bem como seu perfil social como foco da busca de ações complementares para o combate desta doença, sobretudo no que diz respeito a ações preventivas e medidas que reflitam na diminuição de sequelas sociais e econômicas que estão relacionadas à sífilis.

Palavras-Chave: Araguaína. Estudo Epidemiológico. Sífilis.

Syphilis is a bacterial infection of a systemic character, curable and exclusive to humans. In untreated or inadequately treated pregnant women, syphilis can be transmitted to the fetus, most often intrauterine, although transmission can also occur through the birth canal. This study of epidemiological nature and observational character, sought to analyze and discuss the cases of Gestational Syphilis and Congenital Syphilis in the city of Araguaína-TO. For this purpose, dataSUS was used to collect data on these conditions, between the years 2006 to 2018. Therefore, to interpret the published statistical results and make pertinent comments on some topics such as the necessary explanations to be able to understand the progress of this disease over the years, the reasons for its permanence, as well as its social profile as the focus of the search for complementary actions to fight this disease, especially with regard to preventive actions and measures that reflect on the reduction of sequels social and economic issues related to syphilis.

Keywords: Araguaína. Epidemiological study. Syphilis.

¹ Acadêmicos de Medicina do UNITPAC. E-mail: hallan_dantas@hotmail.com; gbritto@hotmail.com.br

² Enfermeira docente do UNITPAC. E-mail: iarabucar@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *T. pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Na ausência de tratamento adequado, as mulheres grávidas podem transmitir a doença para o feto, por via transplacentária ou durante o parto. Em geral, quanto mais avançado for o estágio da gravidez, menor será a possibilidade de transmissão transplacentária (VERONESI, 2010).

A sífilis pode ser contraída também no período de gestação, e como um caso à parte esse estudo epidemiológico tem o intuito de atentar-se a esse universo da doença. A Sífilis Congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sanguínea, transmitido pela gestante para o seu bebê.

A infecção pelo *T. pallidum* durante a gravidez pode resultar em parto prematuro, morte intrauterina, morte neonatal ou sífilis congênita, a qual, clinicamente, pode ser dividida em precoce e tardia (VERONESI, 2010).

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), embora a transmissão também possa ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode haver consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A problemática envolvida em nossa região trata-se da permanência dos casos de sífilis detectados em gestantes e neonatos na cidade de Araguaína-TO, que apesar de medidas adotadas pelo sistema único de saúde com enfoque em atenção primária, ainda permanecem recorrentes. Para tanto, neste artigo, propomos uma análise dos dados obtidos na plataforma do dataSUS, algo útil para o desenvolver do raciocínio clínico. Entretanto se tais dados forem somente coletados e divulgados, não acrescentarão para grande parte da população, principalmente aos cidadãos de Araguaína, em foco as mulheres gestantes ou em período reprodutivo.

2. OBJETIVOS

Esse artigo tem como objetivo analisar e interpretar, a fim de discutir os dados colhidos na plataforma do dataSUS relacionados aos casos de sífilis gestacional e congênita na cidade de Araguaína-TO. Além de como elucidar o perfil social destas doenças; idades mais afetadas, nível educacional das pessoas acometidas, acesso a informação e saúde delas. Nesse sentido, objetiva-se tornar esse estudo uma ferramenta de conhecimento, no intuito de conscientizar sobre a gravidade e questões que a sífilis se relaciona diretamente.

Da seguinte forma, os profissionais da área de saúde podem utilizar deste estudo como fonte de informação para, na prática, abordarem pacientes quanto a importância de tomarem os devidos cuidados com a sífilis, bem como de outras IST's. Portanto, a informação é a peça central desse artigo, visto que almeja levar os dados disponíveis sobre a sífilis além dos círculos dos profissionais da saúde, atingindo a população em geral.

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa descritiva, fazendo uso da epidemiologia descritiva com a utilização da plataforma DataSUS para confecção de material bibliográfico para posterior concretização deste estudo. A coleta de dados se baseou nas estatísticas das afecções aqui retratadas entre os anos de 2006 e 2018.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis, doença sistêmica de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada, é causada pelo *Treponema pallidum*, espiroqueta de transmissão sexual e vertical. O risco de infecção em intercurso sexual é de 60% nas lesões de cancro duro e condiloma plano. Indicava-se notificação compulsória nos casos de sífilis congênita e sífilis em gestante, e em 2010 a sífilis adquirida foi incluída nos agravos de notificação compulsória (SALOMÃO, 2017).

4.1 Sífilis em Gestantes na Cidade de Araguaína-TO Entre 2005-2019

A sífilis congênita é a sífilis transmitida da mãe ao feto, através da circulação transplacentária, que ocorre, em geral, desde o início da gestação (COURA, 2013).

O número de casos de sífilis em gestantes no total foram de 429, entre 2005 e 2008 ocorreram 71 casos, com a taxa de detecção não divulgada. Em 2009 ocorreram 7 casos com taxa de detecção de 2,3, porém no ano seguinte em 2010 o número de casos mais que quadruplica alcançando o limiar de 32 casos e a taxa de detecção também mais que quadruplica, logo, a taxa de detecção baixa pode ser um fator que camufle o número de casos. Contudo, ao considerar o período de análise de sífilis adquirida que está entre 2010 a 2019, nota-se alguns achados. O pico de casos de sífilis adquirida entre 2010 a 2019 foi em 2018, e não sendo diferente na sífilis em gestantes o ano de 2018 foi o que registrou o maior número de casos e de detecção, sendo, 88 casos a uma taxa de detecção de 28,4. No ano de 2019, o número de casos foi de 39 e a taxa de detecção ainda não foi divulgada, porém, ela segue o mesmo padrão dos casos de sífilis adquirida e sofre uma redução, após o maior pico de casos por ano.

Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante, que são medidas relativamente simples, são bastante eficazes na prevenção desta forma da doença.

A taxa de óbito (aborto, natimorto, óbito neonatal precoce) é elevada, estimando-se entre 25 até 40% dos casos (BRASIL, 2002).

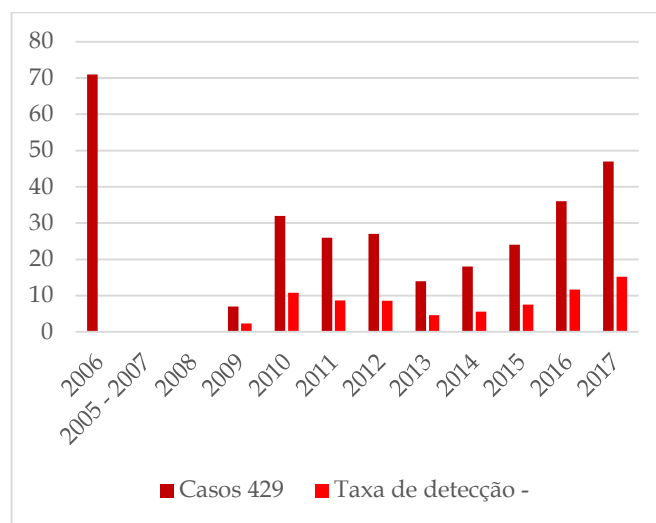


Figura 1. Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2019.

Fonte: DataSUS

O risco de infecção fetal é maior nas fases iniciais da sífilis materna não tratada, declinando depois lentamente, mas a mãe pode infectar o feto durante pelo menos os cinco primeiros anos após a sua infecção (GOLDMAN, 2014).

De acordo com a idade gestacional os casos de sífilis em gestantes entre 2007 a 2019. No 1º trimestre ocorreram 94 casos de sífilis em gestantes, sofrendo uma variação leve a cada ano, porém no mesmo padrão, 2018 sendo o recorde e 2019 com uma queda. No 2º trimestre o total de casos foi de 110 em 2018 com 22 casos e a queda de 2019 com 8 casos. No 3º trimestre o maior número de casos 193, em que há a variância, mas com o recorde em 2018 com 39 casos e a queda menos significativa do que dos outros trimestres, mas com 17 casos. Portanto, o achado principal é que o 3º trimestre demonstra ser o mais crítico no âmbito de gestantes com sífilis segundo idade gestacional de diagnóstico.

Sua transmissão ocorre por contato direto com lesões abertas ou muosas intactas. No local da inoculação, o *Treponema* se multiplica rapidamente e, por via linfática, atinge os gânglios regionais, onde também se multiplicam com rapidez (MARTINS, 2016).

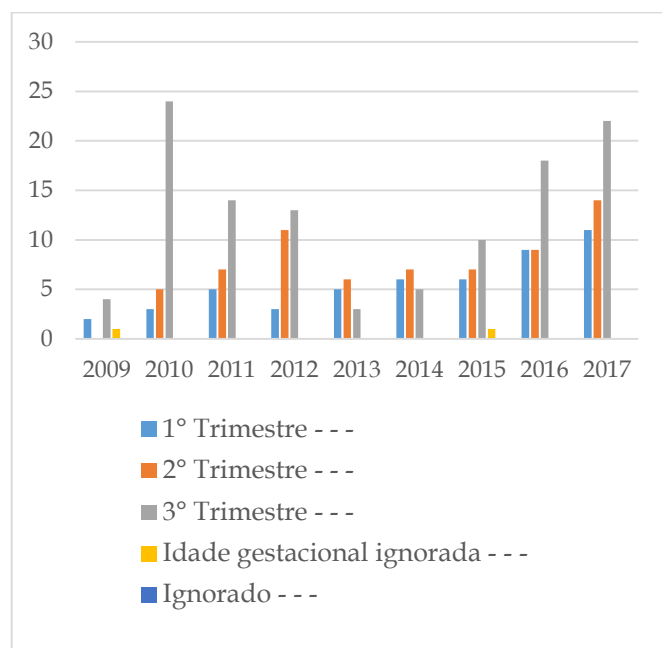


Figura 2. Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2019.

Fonte: DataSUS

A transmissão de *T. pallidum* através da placenta de uma mulher sífilítica para seu feto pode ocorrer em qualquer estágio da gravidez, mas o dano fetal geralmente não ocorre até depois do quarto mês de gestação, quando a competência imunológica fetal começa a se desenvolver (BRAUNWALD, 2013).

Sobre a face epidemiológica, ao debater os principais achados é possível concluir alguns pontos. Como, o período gestacional em que há mais casos de sífilis confirmados, o 3º trimestre possui quase metade dos casos sozinhos. E o que se pode retirar dessa análise é que ou o pré-natal está ineficaz nas fases iniciais quando essas gestantes já deviam ter sido diagnósticas, ou ter recebido profilaxia primária ou secundária, com o objetivo de evitar chegar a esse ponto.

O tempo de incubação oscila de 2 a 4 semanas, embora tenha sido descrito incubação de até 90 dias (MARTINS, 2016).

Manifestações clínicas. Caracteriza-se por quatro fases distintas: Primária: pápula no local da inoculação, evoluindo para úlcera superficial (cancro duro), indolor, com bordos endurecidos e fundo limpo, geralmente com linfadenopatia local, indolor e não-supurativa (bubão sífilítico). Costuma regredir em 1 a 8 semanas. Secundária: inicia 6 semanas a 6 meses após desaparecer a

lesão primária. Pode haver mal-estar, anorexia, perda de peso e adenopatia generalizada. As lesões cutâneas se caracterizam por máculas discretas, vermelho-acobreadas (roséola sífilítica), evoluindo para lesões papulosas, pustulosas, acneiformes ou psoriasiformes. Surgem principalmente no tórax, abdome e braços; são ricas em treponemas (STEFANI, 2008).

A representatividade da idade das gestantes é um fator importante a ser analisado, em que poderá ser associado a vários parâmetros, tais como: sociais, econômicos, psicológicos e dentre outros. Dentre os 10 a 14 anos o total foi de 8 casos, o primeiro caso registrado foi em 2014, o de maior expressividade foi em 2015 com 3 casos. Dentre os 15 aos 19 anos, o total de casos foi de 93 e o de maior expressão foi em 2018 com 25 casos. Dentre os 20 aos 29 anos, o total de casos foi de 242, com maior expressão em 2018 sendo o recorde do período analisado com 42 casos. Dentre os 30 aos 39 anos, o total foi de 78 casos e o de maior expressão foi em 2018 com 17 casos. E dentre 40 anos ou mais o total de 8 casos, com maior expressão em 2011 e 2018 com 2 casos cada. Portanto, a idade das gestantes com as maiores taxas de sinergismo entre gestação e sífilis é entre os 20 aos 29 anos.

Em uma análise com período gestacional e a idade das gestantes a faixa etária em que há um maior número de diagnósticos figura-se entre 20 a 29 anos, nesta faixa etária representa o período reprodutivo da maioria das mulheres brasileiras, logo, novamente será que a falha não está na prevenção com um pré-natal bem efetuado e com foco na sífilis.

O nível de escolaridade entre os casos de gestantes com sífilis entre 2007 a 2019, pode ampliar as margens do estudo unindo-se com o trimestre e a idade das gestantes. Gestantes analfabetas possui um total de 6 casos, com o pico em 2010, com 3 casos. Gestantes da 1ª a 4ª série incompleta, o número de casos sobe para 20 no total e o pico entre 2007 e 2008 com 11 casos. Gestantes com a 4ª série completa, segue com o aumento do número total de casos para 29 e o pico está em 2009 com 9 casos. Gestantes da 5ª a 8ª série incompleta representam o maior número de casos com uma explosão nos dados, configurando 104 no total e o pico estabelece-se em 2018 com 23

casos. Gestantes com o fundamental completo, ocorre o inverso, com uma redução significativa no total de casos, caindo para 28 e o pico está em 2018 com 8 casos. Gestantes com ensino médio incompleto, ocorre novamente um aumento no número de casos, alcançando um valor total de 75 casos de sífilis em gestantes com o pico de 22 casos no ano de 2018. Gestantes com ensino médico completo, continuam com um aumento no número de casos, que sobe para 102 no total, alcançando o pico com 25 casos em 2018. Gestantes com o superior incompleto voltam a ter o número de casos reduzidos alcançando um total de 10 casos e um pico com de 3 casos em 2017. Gestantes com superior completo mantêm o número de casos em 10, porém o pico de distribui em 3 para 2017 e 3 para 2018. O número de casos ignorados foram de 18 e o pico foi 5 em 2015 e 2016.

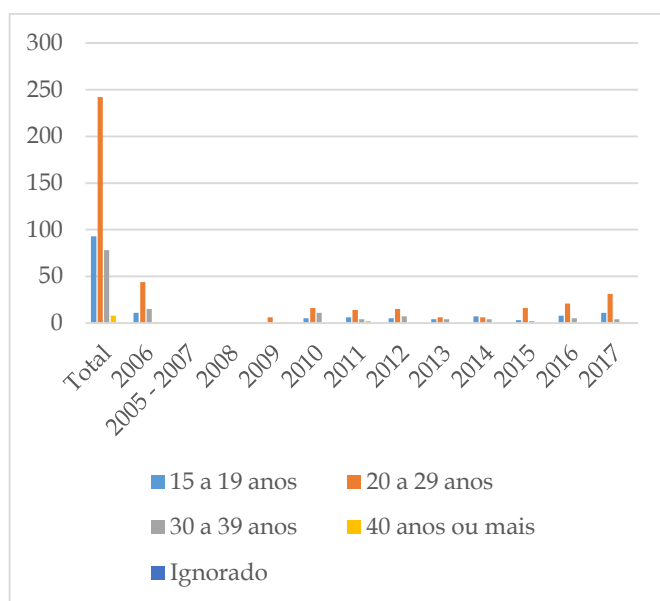


Figura 3. Casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2019.

Fonte: DataSUS

A escolaridade pode influenciar em vários sentidos, neste perfil epidemiológico os casos de sífilis são bastante variados com mulheres com seus estudos completo e incompleto, ou seja, existe um déficit na educação sexual dos jovens de Araguaína - TO. Partindo desse princípios, se as mulheres recebessem uma educação sexual bem estruturada e fundamentada, possivelmente os dados anteriores estariam menores, visto que, com

a mulher informada ela teria o conhecimento e acima de tudo conheceria a importância do pré-natal para sua gestação segura e além disso teria um maior discernimento das infecções sexualmente transmissíveis.

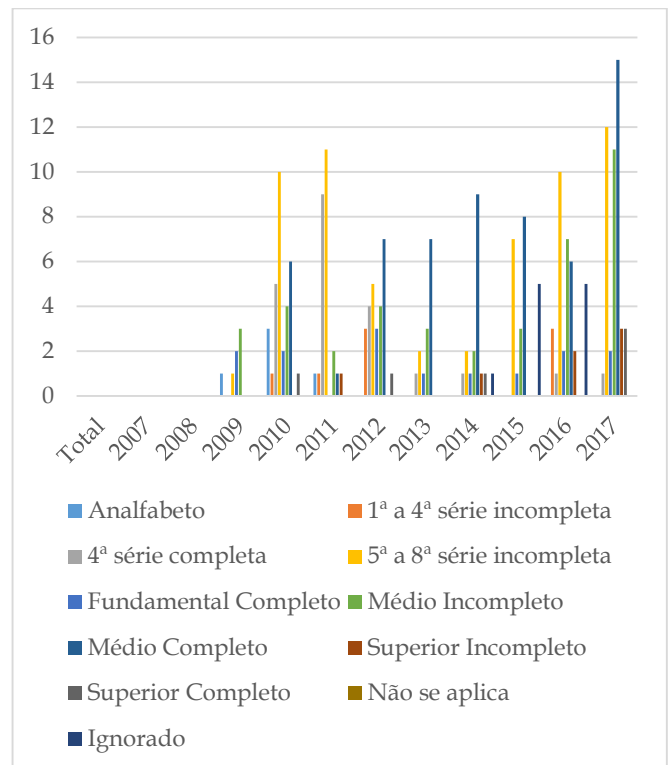


Figura 4. Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2019.

Fonte: DataSUS

A diferença entre as raças e o total de casos de gestantes com sífilis, a raça branca possui um total de 46 casos, a maior incidência estabeleceu-se entre 2005 a 2008. A raça preta, possui um total de 33 casos com seu pico de 10 casos em 2018. A raça amarela possui 3 casos no tal com registro de um caso nos anos de 2013, 2016 e 2018. A raça parda configura-se com o maior número de casos, ultrapassando todas as outras raças, registrando um total de 342 casos e seu pico foi de 71 casos somente no ano de 2018. A raça indígena, durante o período de 2005 a 2019 não foram catalogados nenhum caso. O número de casos ignorados ao total foi de 5 e com maior número em 2013 e 2016 com 2 casos cada.

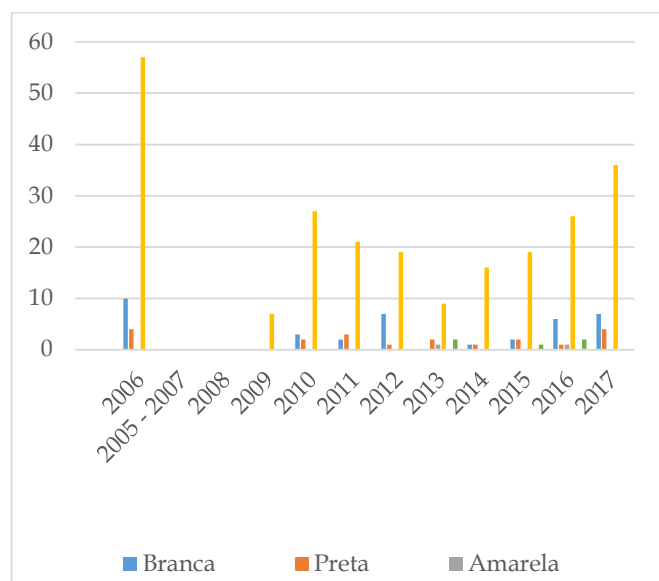


Figura 5. Casos de gestantes com sífilis segundo raça ou cor por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2019.

Fonte: DataSUS

Um dado interessante é que desde 2005 nenhuma gestante indígena foi diagnosticada com sífilis, porém, a dúvida central é a população indígena do Norte do Tocantins composta pelos povos Apinajé, Karajá-Xambioá, Krahó e Krahó Canela, não possuem mesmo nenhum caso de gestantes com sífilis? Ou será um caso de subnotificação? Em que a população indígena não está recebendo o suporte necessário de saúde, será que essas mulheres estão realizando o pré-natal nas aldeias? Então, é algo que deve ser investigado pelas esferas públicas municipais.

A penicilina é a droga de escolha para todas as formas de sífilis. Sífilis Congênita no período neonatal (antes de 28 dias). Em qualquer circunstância, toda gestante deverá fazer VDRL quando da admissão hospitalar ou imediatamente após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O esquema de tratamento padrão é com antibioticoterapia, da classe dos beta lactâmicos, mais específicos as penicilinas, em 2015, 24 gestantes foram tratadas com esse antibiótico, em 2016 foram 34 gestantes, em 2017 foram 35 gestantes e em 2018 totalizando 88 gestantes, ou seja, há um aumento do número de tratamentos com penicilina e um aumento do número de casos. Outros esquemas foram usados, mas com menor relevância.

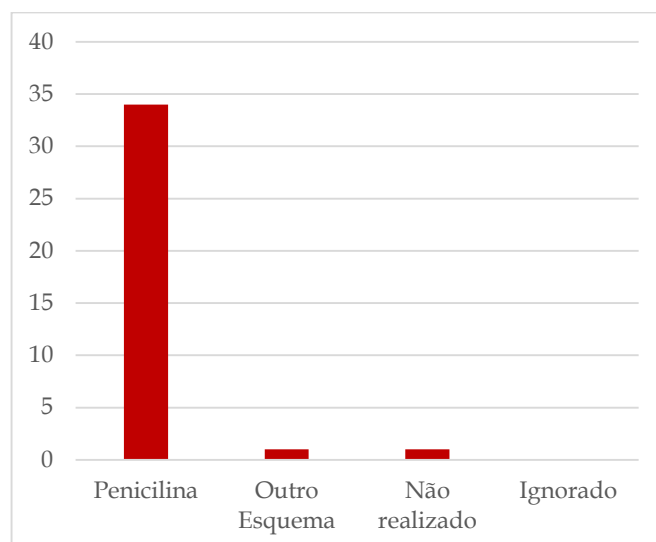


Figura 6. Casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico. Brasil, 2014-2017. 2016.

Fonte: DataSUS

O tratamento adequado da mãe antes da 16ª semana de gestação normalmente evita a doença clínica no neonato. Posteriormente, o tratamento não poderá impedir sequelas tardias da doença na criança (GOLDMAN, 2014).

A fase clínica da sífilis é de suma importância, devido as manifestações clínicas que podem ocorrer nas pacientes, o tipo e tempo de tratamento, além das complicações possíveis para casa estágio. A sífilis primária representa com um total de 192 casos, o ano de 2018 obteve o recorde de casos diagnosticados com 42, em 2019 houve uma queda para 17 casos. Sífilis secundária possui um total de 55 casos, sendo que 2010 foi o ano com maior número de casos com 11, nos anos de 2009, 2013 e 2014 não foram registrados nenhum caso. Sífilis terciária, totalizou 77 casos, com seu pico máximo em 2018 registrando um total de 14 casos e 12 casos em 2019 e no ano de 2009 não foram registrados nenhum caso. Sífilis latente, possui um total de 32 casos, sendo que 2018 ocorreram 18 casos e 2019 somente 3 casos, nos anos de 2002 a 2008, 2009, 2011, 2012 não possuem casos registrados. O número de casos ignorados foi de 46 ao total, sendo o de maior relevância no ano de 2017 com 11 casos.

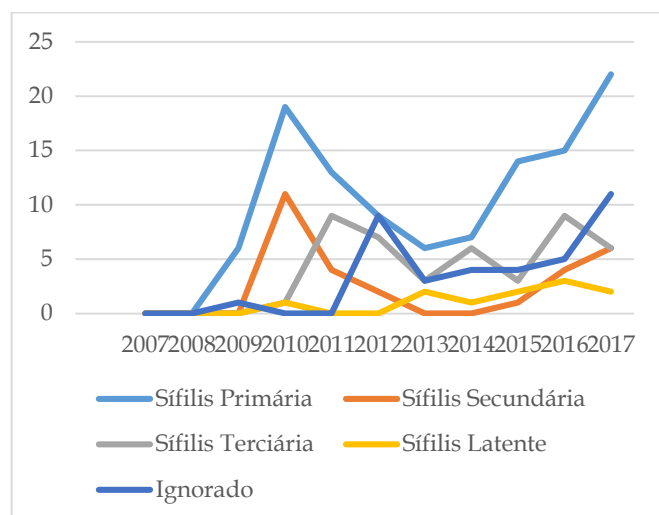


Figura 7. Casos de gestantes com sífilis segundo classificação clínica por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2019.

Fonte: DataSUS

A classificação clínica da sífilis no município, tem o seu predomínio no estágio de sífilis primária, o que relativamente é positivo, pois, quanto mais precoce o diagnóstico é realizado melhor é a resposta terapêutica e o prognóstico tanto para mãe quanto para o filho. Logo, há uma discrepância, visto que, a clínica está ambientada no primeiro estágio, mas por que o período gestacional de diagnóstico de maior prevalência é o 3º trimestre? Pois, já que a gestante ao fazer o pré-natal realiza o teste de detecção para sífilis, logo, ele deve receber o tratamento, então, se ela recebe e realiza esse tratamento o maior período da gestação não deveria ser o 3º trimestre. Logo, está tendo uma falha entre, pré-natal, diagnóstico, tratamento, adesão e acompanhamento. Esses quatro pilares se bem executados podem reduzir os casos de sífilis em gestantes na cidade de Araguaína - TO.

4.2 Análise dos Casos De Sífilis Congênita na Cidade de Araguaína-TO

Sífilis adquirida - recente (menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente; tardia (com mais de um ano de evolução): latente e terciária. Sífilis congênita - recente (casos diagnosticados até o segundo ano de vida); tardia (casos diagnosticados após o segundo ano de vida) (LOPES, 2013).

A Sífilis Congênita e a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ao ser analisada a figura 8 nota-se algo peculiar: num contexto geral a taxa de detecção variou de maneira instável em todos os anos, atingindo-se o valor mínimo de 5,4 no ano de 2012 e máximo de 19,1 em 2016. Numa abordagem geral, apesar desta oscilação, notamos que o número de casos sobe drasticamente com o passar dos anos.

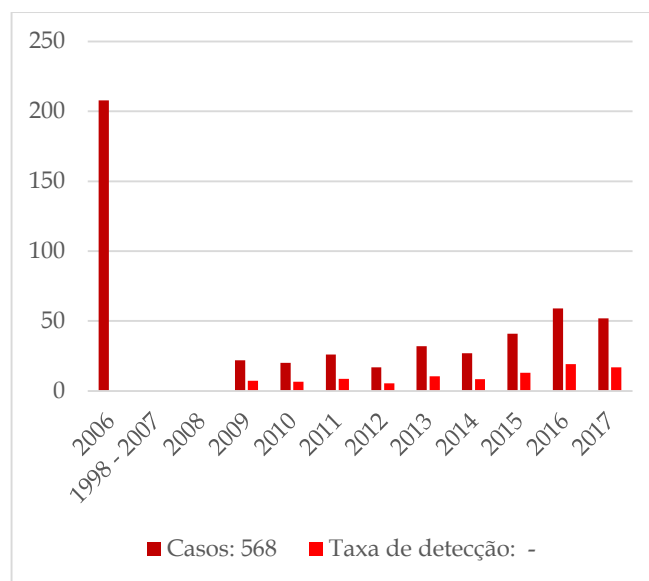


Figura 8. Sífilis congênita em menores de um ano.

Fonte: DataSUS

Na Sífilis Congênita recente, os sinais e sintomas surgem logo após o nascimento ou nos primeiros 2 anos de vida, comumente nas 5 primeiras semanas. Os principais sinais são baixo peso, rinite com coriza ser sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Podem ocorrer hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropisia, pseudoparalisia dos membros, fissura orificial, condiloma plano, pênfigo palmoplantar e outras lesões cutâneas, icterícia e anemia. Quando ocorre invasão maciça de treponemas e/ou esses são muito virulentos, a evolução do quadro é grave e a letalidade, alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A placenta encontra-se volumosa, com lesões e manchas amareladas ou esbranquiçadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Já na Sífilis Congênita tardia, os sinais e sintomas são observados a partir do 2º ano de vida. Os principais sintomas são tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A idade da criança no momento do diagnóstico segue como um padrão excelente para que se exponha a eficácia na detecção da doença. A figura 9 traduz dados importantes: a grande maioria dos diagnósticos são realizados entre crianças com menos de 7 dias de vida demonstrando certa eficácia na abordagem ao neonato no município de Araguaína, porém no ano de 2016, mesmo ano em que houve a maior taxa de detecção da doença, 4 crianças foram diagnosticadas de maneira mais tardia, entre o 28º e o 365º dia de vida.

O teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) deve ser realizado em todas as gestantes no início da gestação e deve ser repetido perto do término da gestação em mulheres que vivem em áreas onde a sífilis é relativamente comum (GOLDMAN, 2014).

O diagnóstico final de sífilis congênita é extremamente importante tanto para o prognóstico da doença, quando para se firmar a qualidade do serviço de saúde oferecido. De acordo com as estatísticas epidemiológicas do dataSUS, apenas o ano de 2006 teve crianças diagnosticadas com sífilis congênita tardia, sendo contabilizado 3 casos. Além disso este mesmo ano teve 5 abortos causados por sífilis. Por

consequente, este mesmo ano demonstrou um número absurdo de casos de sífilis congênita recente, num total de 200 casos. O que torna o ano de 2006 responsável por 35,71% dos diagnósticos de sífilis congênita recente dentre os anos de 2016 a 2017.

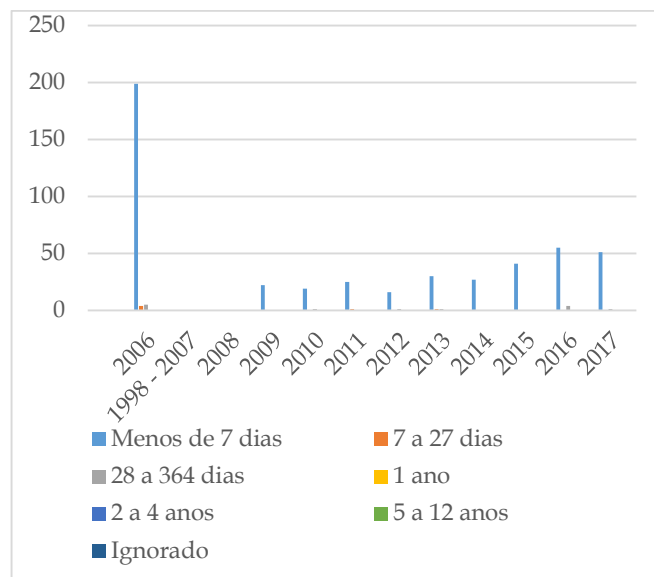


Figura 9. Casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018.

Fonte: DataSUS

Além destes números podemos afirmar que entre 2007 e 2017 somente foram detectados casos de sífilis congênita recente, sendo zero nestes anos o número de diagnósticos de sífilis congênita tardia, o número de abortos por sífilis e de natimortos por sífilis.

A análise da figura 11 nos permite afirmar uma série de informações de grande relevância. A idade da mãe nos casos de sífilis congênita é epidemiologicamente importante para que sejam definidos os períodos de idade de maior risco. De acordo com os dados colhidos, notaremos que a grande maioria dos casos ocorre com mães em idades entre 20 e 29 anos, permanecendo este padrão estável entre 2006 e 2017. Contudo, o que se torna interessante, é o fato de que de maneira geral o número de casos de sífilis congênita de acordo a idade da mãe vem crescendo nas idades entre 10 e 14 anos entre 2009 e 2017, cujo ano com menor número de casos é o de 2010 (2 casos), e o maior é o de 2017 (14 casos).

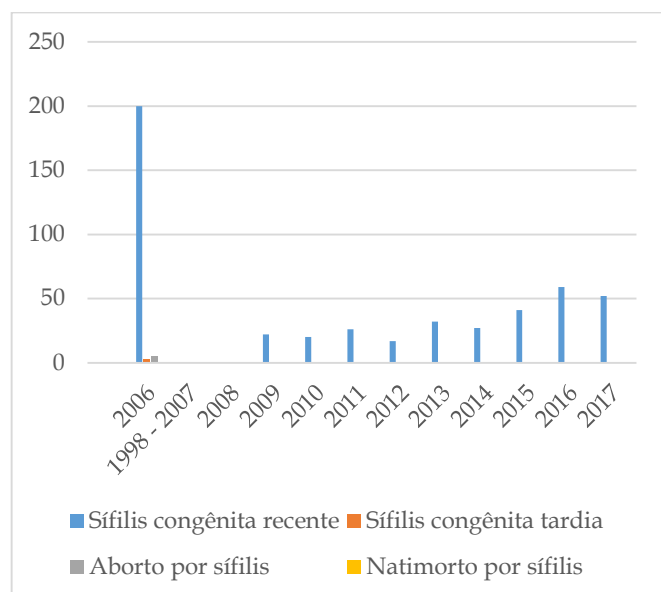


Figura 10. Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018.

Fonte: DataSUS

Ainda levando-se em consideração o período de 2009 à 2017, as idades compreendidas entre 30 e 39 anos seguem um padrão oscilatório, contendo mais variações, onde o menor número de casos se encontra nos anos de 2012 e 2014, ambos com 3 casos, e o maior número de casos no ano de 2016 (12 casos). O período de idade mais atingido (20 a 29 anos) conteve seu menor número de casos no ano de 2012 (8 casos) e atingiu seu auge em 2016, com o total de 34 casos.

Contudo, ao se observar o ano de 2006, notaremos mais uma vez que este se destaca pelo expressivo número de casos, sendo 115 casos entre 20 e 29 anos, 45 casos entre 10 e 14, outros 45 casos entre 30 e 39 anos, e ainda mais 3 casos entre 40 anos ou mais.

De acordo com a figura 12, a faixa escolar materna mais acometida pela sífilis congênita segue uma oscilação, onde os números mais expressivos se encontram nos níveis médio e fundamental, e menos expressivos no ensino superior.

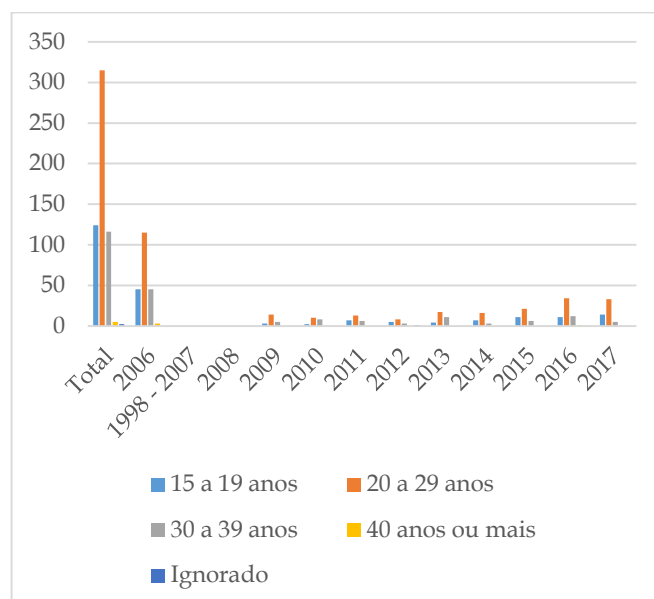


Figura 11. Casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018.

Fonte: DataSUS

Em números absolutos, veremos que entre o período de 2006 a 2017, 167 das mães continham entre a 5ª e 8ª série incompletas, 111 entre a 1ª e 4ª série incompletas, 101 possuíam o ensino médio completo, 87 o médio incompleto, 26 o fundamental completo, outros 26 o superior completo, 23 a 4ª série completa, 11 o superior incompleto e por fim, 6 pessoas eram analfabetas. Das 111 mães que possuíam entre a 1ª e a 4ª série incompletas, notaremos de 91 tiveram o diagnóstico de sífilis congênita em seu filho(A) no ano de 2006, por conseguinte, os demais 20 casos se encontram distribuídos entre os anos de 2009 e 2017 (2007 e 2008 não possuem casos).

Ademais, veremos que entre 2009 e 2017 (2007 e 2008 não possuem casos), os números mais expressivos demonstram que as idades escolares mais atingidas foram entre a 5ª e a 8ª série incompleta, o ensino médio completo, e o ensino médio incompleto.

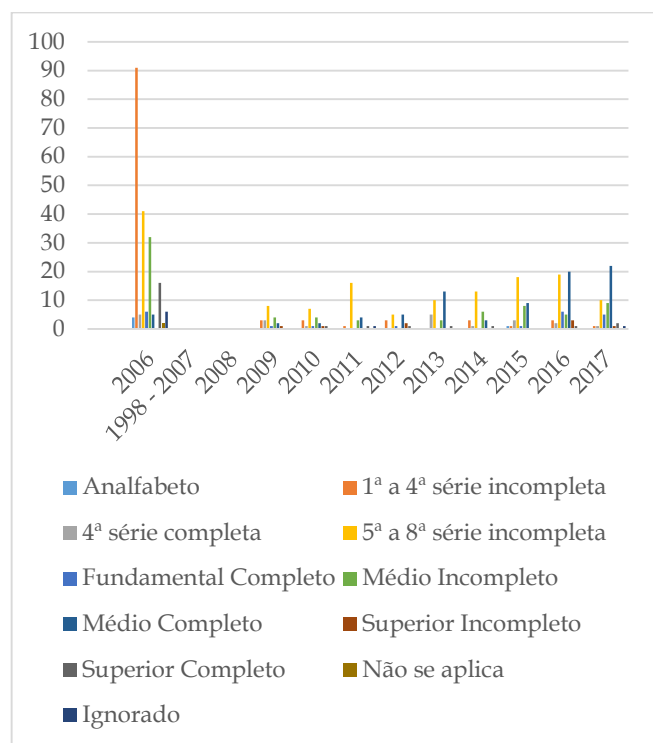


Figura 12. Casos de sífilis congênita segundo escolaridade da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018.

Fonte: DataSUS

A análise da figura 13, nos permite concluir que no período compreendido entre 2006 e 2017, de todos os 568 casos de sífilis congênita, 344 destes eram em mães que possuíam a cor parda, indicador este que permaneceu como o mais prevalente em todos os anos estudados. Por conseguinte, temos 167 casos cujo dado fora ignorado, seguido de 41 casos na cor branca, 13 casos na cor preta, 2 casos em indígenas e apenas 1 caso em amarelos.

Ao se analisar esta figura, notaremos que de todas as mães que tiveram filhos(as) com sífilis congênita (568), 491 delas realizara o pré-natal, indicando uma adesão relativamente importante por parte da população ao programa, contudo, um dado interessante a ser observado é que o ano de 2014, sofreu com maior número de mães que não fizeram o acompanhamento pré-natal durante a gestação, onde 8 mães negaram acesso ao programa.

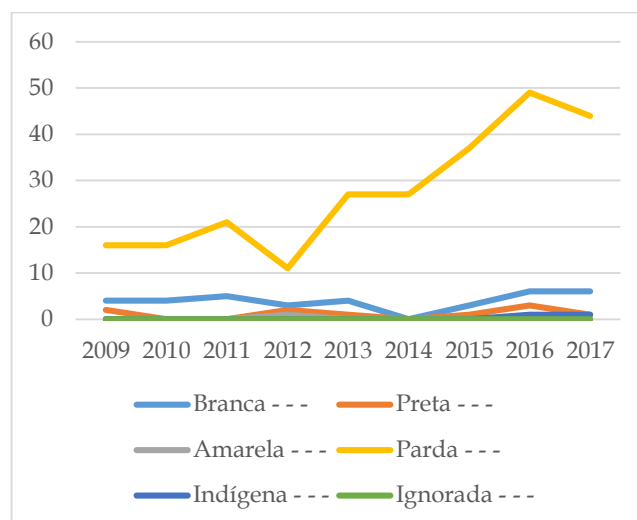


Figura 13. Casos de sífilis congênita segundo raça ou cor da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2018.

Fonte: DataSUS

O risco de infecção fetal é maior nas fases iniciais da sífilis materna não tratada, declinando depois lentamente, mas a mãe pode infectar o feto durante pelo menos os cinco primeiros anos após a sua infecção (GOLDMAN, 2014).

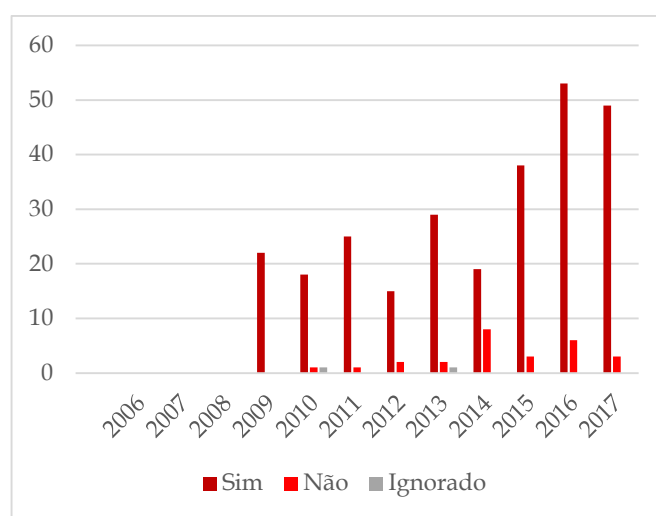


Figura 14. Casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2018.

Fonte: DataSUS

O momento do diagnóstico da sífilis congênita trata-se de um importante indicador preditor de muitas consequências. Ao coletar os dados referentes a estas características, notamos que a maior parte dos diagnósticos foram feitos ainda durante o pré-natal, representado 236 de todos os 402 casos analisados entre 2009 e 2017. O

segundo momento mais prevalente trata-se do diagnóstico realizado no momento do parto/curetagem, representando 153 casos, seguindo por 6 casos após o parto e 7 casos cujo diagnóstico não fora realizado em nenhum destes momentos.

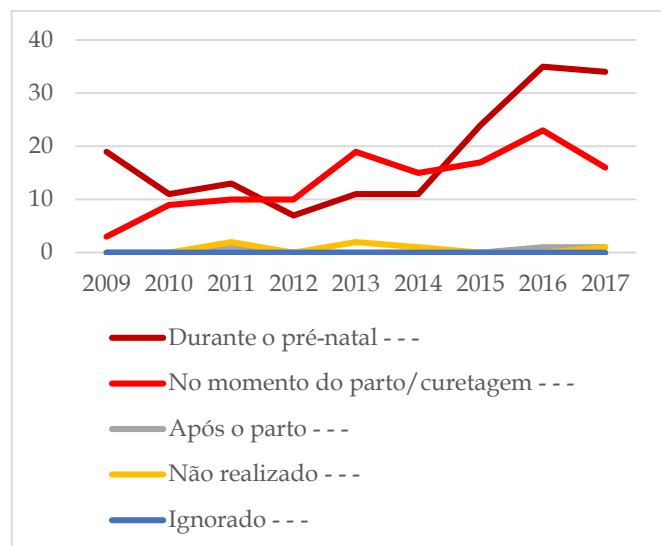


Figura 15. Casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2018.

Fonte: DataSUS

Os dados aqui evidenciados nos elucidam que durante período compreendido entre 2006 e 2017, a abordagem terapêutica da mãe na maioria dos casos de sífilis congênita se mostrou inadequada, representando 376 de todos os 598 casos notificados. O tratamento adequado nestes anos representou apenas 95 casos, sendo tal número muito menos expressivo e ainda veremos que outros 92 casos não receberam tratamento e os últimos 5 foram ignorados.

Se analisarmos separadamente cada ano deste seguimento poderemos observar a progressão deste padrão, já que o tratamento inadequado seguiu como a terapêutica mais prevalente em todos os anos.

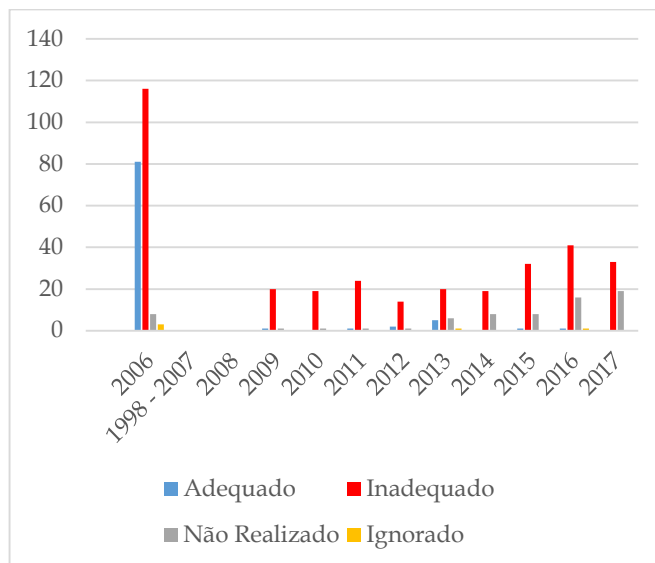


Figura 16. Casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018.

Fonte: DataSUS

Por conseguinte, o tratamento do parceiro da mãe em casos de sífilis congênita segue o mesmo padrão, evidenciando que de 568 casos, somente 68 parceiros foram tratados, enquanto 464 não receberam tratamento entre 2006 e 2017.

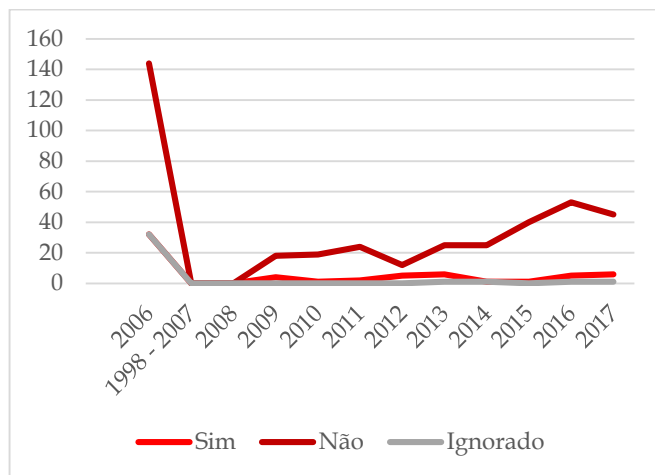


Figura 17. Casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2018.

Fonte: DataSUS

Esta mesma análise geral em cada ano demonstra que parceiros não tratados representam uma expressiva maioria dos casos, cujo ano de 2016 por exemplo desponta com 40 casos não tratados contra 1 tratado.

Ao observarmos os números óbitos, perceberemos que apenas o ano de 2014 possui registro de 1 óbito, trazendo, portanto, o coeficiente de 31,3.

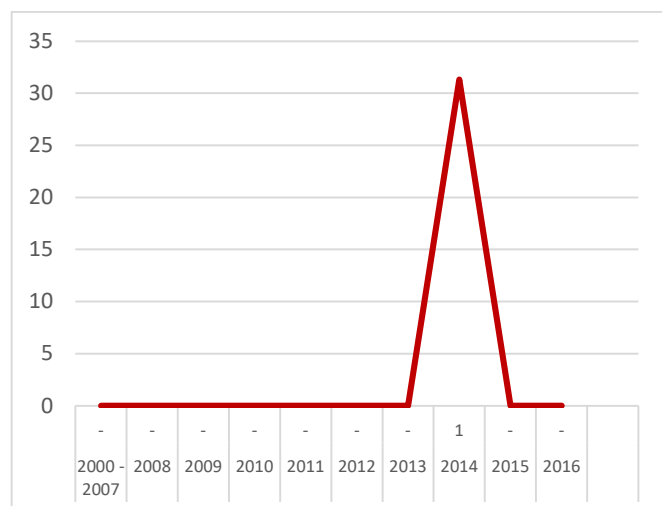


Figura 18. Óbitos por sífilis congênita em menores de um ano e coeficiente bruto de mortalidade (por 100.000 nascidos vivos) segundo ano do óbito. Brasil, 2000-2017.

Fonte: DataSUS

A infecção materna não tratada pode resultar em uma taxa de perda fetal de até 40% (com a natimortalidade mais comum que o aborto, por causa do início tardio da patologia fetal), prematuridade, morte neonatal ou sífilis congênita não fatal (BRAUNWALD, 2013).

Existem ainda outros dados de suma importância dentro da problemática envolvida na atenção primária e suas relações com os casos de sífilis congênita. Inicialmente nota-se em porcentagem expressiva que mães cujos filhos foram acometidos por sífilis congênita se concentram em um período escolares específico, sendo que em sua maioria estão no ensino fundamental ou médio.

Dentro deste contexto se encontra um elo entre as ações de saúde pública e o acesso à informação dentro do ambiente escolar. Pois desta maneira o uso da escola como ambiente de palestras, aulas ou mesmo programas que tenham como objetivo informar aos alunos sobre este agravo, traria uma visão diferenciada entre esta parte da comunidade e resultaria potencialmente em grande redução no número de casos de sífilis

gestacional e/ou congênita expresso conforme dados da figura 12.

Outro ponto indubitavelmente importante a ser questionado é a notável falha no tratamento que marca um forte contraste com a boa taxa de realização do pré-natal em mães com filhos acometidos por sífilis congênita. Neste ponto pode se destacar que a baixa adesão ao tratamento traz consequências nefastas que podem ser evitadas por meio do fortalecimento da informação às mães que pode ser iniciado desde programas na própria escola como já abordado e se estender no ambiente da UBS e nas ações da ESF, informando de maneira insistente a importância da manutenção do tratamento bem como o acompanhamento de cada caso.

Entre os lactentes nascidos vivos, somente a sífilis congênita fulminante é clinicamente aparente ao nascimento, e esses bebês têm um prognóstico muito ruim. O problema clínico mais comum é o de um neonato aparentemente sadio, nascido de uma mãe com um teste sorológico positivo (BRAUNWALD, 2013).

Por fim é necessário destacar que todas essas medidas devem ser aplicadas com veemência ao parceiro das pacientes. Aqui encontramos um grave problema de quase ausência de tratamento do parceiro no contexto de uma doença que é transmitida sexualmente. De qualquer maneira os programas de conscientização, informação e prevenção podem e devem ser aplicados, o que pode trazer uma enorme repercussão em longo prazo nas taxas de incidência de sífilis congênita e gestacional.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise desses dados epidemiológicos, é possível detectar pontos a serem questionados e apontar possíveis mudanças. Com o intuito de reduzir o número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita em Araguaína - TO. Baseando-se, no acesso à informação que está interpretada e comentada em vários trechos desse artigo. Alguns pilares podem ser apontados para que se reduza o número de casos de sífilis como: pré-natal, diagnóstico precoce, tratamento rigoroso, adesão e acompanhamento. Porém, para que haja uma

mudança, considerável, no número de infecções sexualmente transmissíveis, como em análise à sífilis, uma educação sexual bem formulada nos níveis fundamentais e médio das escolas públicas, poderia ser uma medida de baixo custo e alta eficácia para o município e Estado. Portanto, ao instruir junto à educação, os jovens poderão evitar a contaminação e a disseminação.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

BRAUNWALD, Eugene; FAUCI, Anthony S.; HAUSER, Stephen L.; KASPER, Dennis L.; LONGO, Dan L.; JAMESON, J. Larry - Harrison Medicina Interna - 2 Volumes - 18ª Edição, Editora Artmed, Rio de Janeiro, 2013.

COURA, José Rodrigues. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. Goldman Cecil Medicina - Vol. 1 - 24ª Ed. Editora Elsevier, 2014.

LOPES, Antônio Carlos. Clínica médica: diagnóstico e tratamento/ Antônio Carlos Lopes. - São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

MARTINS, Milton de Arruda et al. Clínica Médica: doenças infecciosas e parasitárias. 2. ed. São Paulo: Manole, 2016. 864 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed. Brasília. 2010.

SALOMÃO, Reinaldo Infectologia: Bases clínicas e tratamento / Reinaldo Salomão - 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

STEFANI, Stephen Doral. Clínica médica: consulta rápida (recurso eletrônico) - 3. Ed. - Porto Alegre: Artmed, 2008.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto - Tratado de Infectologia - 2 Volumes - 4ª Edição, Editora Atheneu, 2010.