

### Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita em uma maternidade de Fortaleza-CE

### Epidemiological profile of reported cases of congenital syphilis in a maternity hospital in Fortaleza-CE

Iarlla Silva Ferreira<sup>1</sup>, Karla de Abreu Peixoto Moreira<sup>2</sup>, Francisca Alice Cunha Rodrigues<sup>3</sup>,  
Jocélia Maria de Oliveira<sup>4</sup>, Thaissa Pinto de Melo<sup>5</sup>, Carolyn Gonçalves Rodrigues Meireles<sup>6</sup>

#### Resumo

Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita em uma maternidade. Estudo epidemiológico descritivo, desenvolvido em um hospital e maternidade do município de Fortaleza - CE, no qual foram analisadas 208 fichas de notificação compulsória de sífilis congênita da instituição, entre os meses de agosto de 2012 a agosto de 2017. As genitoras eram pardas (95,6%), donas de casa (67,6%), com escolaridade entre a 5ª e 8ª série incompleta do ensino fundamental (30,5%) e uma média de idade de 23,9 anos; 83,9% realizou pré-natal e 64,4% foram diagnosticadas com sífilis durante a gestação. Contudo, 47,5% realizaram tratamento inadequado e 68,9% dos parceiros não foram tratados concomitantemente. Assim, o perfil epidemiológico das genitoras reflete a influência dos determinantes sociais da saúde no desfecho da sífilis congênita. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde identifiquem as populações mais vulneráveis à sífilis materna e, conseqüentemente, congênita, para o desenvolvimento de estratégias para prevenção deste agravo.

**Palavras-chave:** *Sífilis congênita; Saúde Pública; Epidemiologia; Notificação de doenças.*

#### Abstract

To describe the epidemiological profile of reported cases of congenital syphilis in a maternity hospital. A descriptive epidemiological study developed at Maternity Hospital in the city of Fortaleza, CE, in which 208 mandatory sheets emission of congenital syphilis from August 2012 to August 2017 were analyzed. The mothers were brown (95.6%), housewives (67.6%), with incomplete 5th to 8th grades of elementary school education (30.5%) and a mean age of 23.9 years;

<sup>1</sup> Enfermeira. Técnica da Vigilância do Óbito NUIAS/SESA. Mestre em Enfermagem – UFC.

<sup>2</sup> Enfermeira obstetra do Centro Obstétrico do Hospital José Martiniano de Alencar e coordenadora da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC/UFC. Doutora em Enfermagem - UFC.

<sup>3</sup> Enfermeira obstetra do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde - UECE.

<sup>4</sup> Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC/UFC. Mestre em Saúde Pública.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública – UFC.

<sup>6</sup> Enfermeira no Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC/UFC. Mestre em Ciências e Saúde - UFPI.

**Endereço para correspondência:** [iarlla@live.com](mailto:iarlla@live.com)

59.9% were diagnosed during pregnancy, but 47.4% underwent inadequate treatment and 68.9% of the partners were not treated concomitantly. Thus, it is imperative that health professionals identify the populations most vulnerable to maternal syphilis and, consequently, congenital, for the development of strategies to prevent this disease.

**Keywords:** *Congenital Syphilis; Public Health; Epidemiology; Disease Notification.*

## Introdução

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória no Brasil desde o ano de 1986, instituída pela Portaria de nº 542, do dia 22 de dezembro de 1986, correspondendo a uma doença de transmissão vertical, a partir de uma gestante não tratada ou tratada inadequadamente, para o feto, por via transplacentária. Quando ocorre a sífilis congênita, há uma probabilidade de 40% dos casos evoluírem para aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal. A transmissão do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer momento da gestação ou fase clínica da doença materna, com uma chance de 50 a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia<sup>1,2</sup>.

Na última década, a taxa nacional de incidência da sífilis congênita vem crescendo progressivamente, passando de 1,7 para cada mil nascidos vivos em 2004, para 4,7 em 2013. Algumas Unidades da Federação, especificamente dez, apresentaram a taxa de incidência em 2013 superior à média nacional. Dessas, cinco cidades estão localizadas no Nordeste brasileiro: Sergipe (11,2), Ceará (7,7), Alagoas (7,7), Pernambuco (7,1) e o Rio Grande do Norte (5,9). Dentre as capitais, podemos citar Recife (18,2), Maceió (15,2), Fortaleza (14,6), Aracaju (10,5) e Salvador (9,8). Logo, todas apresentaram uma taxa de incidência pelo menos duas vezes maior que a média do país<sup>3</sup>.

Este agravo reflete problemas de acesso e utilização de serviços, principalmente em uma população desfavorecida. Por isso, esta doença caracteriza-se por ser uma doença de morbimortalidade perinatal evitável, em decorrência da possibilidade de realização do diagnóstico e tratamento durante a gestação. Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) a considera como um indicador sensível para avaliar a qualidade do serviço, sendo necessário o

monitoramento da taxa de sífilis congênita, principalmente pela atenção primária à saúde dos municípios<sup>4</sup>.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico das gestantes dos casos notificados de sífilis congênita em uma maternidade de Fortaleza-CE.

## Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, que foi realizado em um hospital e maternidade da atenção terciária do município de Fortaleza, o qual dá um suporte exclusivo para a assistência à saúde da mulher.

A amostra foi composta por todos os casos notificados no SINAN de sífilis congênita em crianças, natimortos ou abortos ocorridos na maternidade supracitada. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema de informação brasileiro alimentado pela notificação e investigação de doenças de notificação compulsória<sup>5</sup>. Foi utilizado o recorte temporal de cinco anos retrospectivamente, agosto de 2012 a agosto de 2017. A amostragem foi do tipo não aleatória por conveniência<sup>6</sup>.

Foram analisados 208 casos de sífilis congênita, com dois casos de gemelares notificados, por isso o número de recém-nascidos é superior ao de genitoras (N=206). Foram excluídos os casos descartados de sífilis congênita. Os dados foram coletados durante o mês de outubro de 2017 através de dados secundários contidos na ficha de notificação do SINAN.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, atendendo a todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>7</sup>, referentes às pesquisas com seres humanos, sob o número de parecer 2.199.632 e CAAE 72503317.3.0000.5037.

## Resultados

No período analisado, a maioria dos casos de sífilis congênita notificados ocorreu no ano de 2016 com 60 casos, correspondendo a 29,1%, seguido por 2014 com 23,3% (48), 2015 com 22,8% (47) e 2013 com 11,6% (24).

Das 206 genitoras, 95,6% eram de cor parda, 67,6% donas de casa e 30,5% tinham escolaridade entre a 5ª e 8ª série incompleta do ensino fundamental, como mostra a Tabela 1. A média de idade foi de 23,9 anos, com uma idade mínima de 14 e máxima de 42 anos (Tabela 2).

**Tabela 1:** Caracterização das genitoras de acordo com características sociodemográficas (N=206)

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Cor autorreferida</b>		
Parda	197	95,6
Branca	3	1,4
Preta	3	1,4
Ignorado	2	0,9
Amarela	1	0,4
<b>Ocupação</b>		
Do lar	139	67,6
Campo não preenchido	24	11,6
Outras	43	20,8
<b>Escolaridade</b>		
5ª a 8ª série incompleta do EF*	63	30,5
Ensino médio completo	38	18,4
Ignorado	34	16,5
Ensino fundamental completo	32	15,5
Ensino médio incompleto	15	7,2
4ª série incompleta do EF*	13	6,3
4ª série completa do EF*	9	4,3
Analfabeta	1	0,4
Educação superior completa	1	0,4

\*EF=ensino fundamental.

**Tabela 2:** Caracterização das genitoras de acordo com a idade (N=206)

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>P-valor</b>
Idade	206	23,9	14	42	0,00000

P-valor: significância do teste de Shapiro-wilk. \*Valor referente ao teste não treponêmico realizado no momento do parto/curetagem.

Das genitoras, 83,9% realizaram o pré-natal, 68,4% estavam cadastradas na Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-CE, 64,0% foram diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal e 31,0% no momento do parto ou da curetagem.

Quando admitidas na maternidade, 72,4% das gestantes obtiveram teste treponêmico reagente e 86,4% teste não treponêmico reagente, destes 18,4% tinham titulação de 1:4. Quanto ao tratamento para sífilis materna, 47,5% das gestantes realizaram terapia considerada inadequada e 36,4% não realizaram nenhum tratamento, como apresenta a Tabela 3.

No que se refere aos parceiros sexuais, 68,9% não realizaram tratamento concomitante à gestante e 13,5% das fichas foram preenchidas como ignoradas neste campo (Tabela 3).

**Tabela 3:** Caracterização das genitoras de acordo com características diagnósticas (N=206)

Variáveis	f	%
Realizou pré-natal nesta gestação		
Sim	173	83,9
Ignorado	19	9,1
Não	14	6,7
Município de realização do pré-natal		
Fortaleza	141	68,4
Campo não preenchido	36	17,4
Outros	19	9,2
Caucaia	10	4,8
Diagnóstico de sífilis materna		
Durante o pré-natal	132	64,0
No momento do parto/curetagem	64	31,0
Ignorado	7	3,4
Após o parto	3	1,4
Teste não treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	178	86,4
Não reagente	13	6,3
Não realizado	10	4,8
Ignorado	5	2,3
Titulação do teste não treponêmico no parto/curetagem		
1:4	38	18,4
1:1	35	16,9
1:32	32	15,5
Campo não preenchido	29	14,0
1:16	26	12,6
1:8	26	12,6
1:2	21	10,1
1:64	12	5,8
1:128	6	2,9
1:256	3	1,4
1:523	1	0,4
Teste treponêmico no parto/curetagem		
Reagente	153	74,2
Não realizado	29	14,0
Ignorado	15	7,2
Não reagente	9	4,3
Esquema de tratamento		
Inadequado	98	47,5
Não realizado	75	36,4

Ignorado	20	9,6
Adequado	13	6,3
Parceiro(s) tratado(s) concomitante à gestante		
Não	142	68,9
Sim	38	18,4
Ignorado	26	13,5

## Discussão

Vários estudos<sup>8,9</sup> corroboram com o perfil sociodemográfico das genitoras identificados neste achado, pois observaram que a maioria dos casos de sífilis congênita ocorria em mulheres com determinadas características maternas, como a cor parda ou negra, poucos anos de estudos (<8 anos), faixa etária entre 20 e 29 anos e baixa condição socioeconômica. O que aponta que estas características correspondem a fatores de riscos independentes para a ocorrência de sífilis congênita, refletindo, assim, a influência das iniquidades sociais na determinação deste desfecho evitável e possivelmente grave<sup>10,11</sup>.

Destaca-se que, quanto à escolaridade materna, a pesquisa realizada com base nos dados do estudo Nascir no Brasil observou que quanto menor a escolaridade materna maior as chances de ocorrer infecção pela sífilis e a sífilis congênita<sup>11</sup>, dado este que corrobora com o identificado pelo presente estudo.

No que se refere às características diagnósticas, as mulheres haviam realizado o pré-natal, sendo diagnosticadas com sífilis materna principalmente durante o pré-natal e durante o momento do parto ou curetagem, indicando a alta cobertura da atenção primária em saúde e a testagem da maioria das pacientes. No entanto, a maior parte das genitoras recebeu o tratamento inadequado ou não foram tratadas. Da mesma forma, os parceiros sexuais não realizaram o tratamento concomitante à gestante. Percebendo-se, portanto, que apesar da taxa de cobertura do pré-natal ser favorável e a maioria das pacientes serem diagnosticadas durante a gestação, o tratamento para sífilis em gestantes não ocorreu conforme preconizado por protocolo instituído pelo Ministério da Saúde e ainda há uma grande parcela de mulheres que são diagnosticadas apenas no momento do parto, aumentando as chances da transmissão vertical da sífilis.

Essas informações são ratificadas quando analisam-se os dados referentes à internação das gestantes nas maternidades, as quais apresentam teste rápido reagente e teste confirmatório (não treponêmico) reagente durante

a admissão, com uma titulação de 1:4, reduzindo as chances de serem uma cicatriz sorológica e sinalizando, na verdade, uma fase latente da infecção, em que a paciente não apresenta nenhum sinal clínico<sup>12</sup>.

Tais achados também foram encontrados por outros autores<sup>13,14</sup>, sendo que as populações estudadas possuíam uma alta cobertura no atendimento pré-natal, porém, era preponderante a quantidade de mulheres que receberam o tratamento inadequado para sífilis e que os parceiros não foram tratados, apresentando relação estatisticamente significativa com a redução do número de consultas no pré-natal e com o aumento de mulheres diagnosticadas no parto.

A extensão do tratamento para o parceiro sexual é importante visto que, além de se prevenir uma reinfecção materna, é uma oportunidade para tratar e prevenir infecções sexualmente transmissíveis na população em geral<sup>9</sup>.

Ressalta-se que os dados encontrados neste estudo, no que diz respeito ao esquema de tratamento, corroboram com o de outra pesquisa realizada em Aracaju-SE, na qual 47,3% das 313 genitoras que participaram do estudo realizaram o esquema de tratamento inadequado e 50,8% não realizaram nenhum tratamento para sífilis<sup>15</sup>.

Quanto às titulações do teste não treponêmico no parto ou curetagem, autores identificaram uma maior ocorrência de sífilis congênita em mulheres com titulações maiores que 1:8<sup>16</sup>. Todavia, neste estudo foi identificado uma maior prevalência de titulações 1:1 e 1:4.

Desse modo, é imprescindível a adequação do atendimento pré-natal nos municípios, onde o diagnóstico e o tratamento para sífilis caracterizam-se como um evento sentinela para avaliar a qualidade do serviço, evitando casos de sífilis congênita. Refletindo, assim, a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde em diagnosticar, tratar e notificar a sífilis materna, pois a notificação gera dados para a análise da situação de saúde, o que pode colaborar efetivamente com o controle deste agravo<sup>17</sup>.

## **Conclusão**

O perfil sociodemográfico das genitoras mostra a influência dos determinantes sociais da saúde no desfecho da sífilis congênita. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde que realizam a assistência pré-natal na atenção primária à saúde identifiquem, através dessas características,

as populações mais vulneráveis à sífilis materna e congênita, conseqüentemente.

Quanto ao diagnóstico materno de sífilis, a maior parte das genitoras realizou pré-natal e foram diagnosticadas durante a gestação com sífilis maternal. Contudo, não foram tratadas de forma adequada e os parceiros não foram tratados concomitantemente. Portanto, percebe-se que há uma dicotomia, pois há uma alta cobertura do serviço de pré-natal. No entanto, questiona-se a qualidade da assistência prestada, visto que a maioria das gestantes e das parcerias sexuais foram inadequadamente tratadas. Sugere-se, assim, a realização de novos estudos que avaliem a qualidade da assistência pré-natal nos serviços de atenção primária à saúde.

Percebe-se, também, a baixa qualidade do preenchimento das fichas de notificação compulsória da sífilis congênita, nas quais muitos itens estavam em branco ou assinalados como ignorados, além de algumas informações contraditórias. Havendo, assim, a necessidade de sensibilizar os profissionais quanto à importância do correto preenchimento da ficha de notificação, pois esta subsidia o planejamento de ações e estratégias para prevenir a sífilis materna e congênita.

## Referências

1. Souza DMN, Costa CC, Chagas ACMA, Oliveira LL, Oriá MOB, Damasceno AKC. Sífilis Congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. J. Nurs. UFPE On line. 2014; 8(1):160-5.
2. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Sífilis: o que é? Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2015. Brasília, DF; 2013.
4. Milanez H, Amaral E. Why are we still unable to control the problem of syphilis in pregnant women and their newborns? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008;30(7): 325-327.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Definir uma lista de notificação compulsória de saúde, agravos e eventos de saúde nos serviços de saúde pública e privado em todo o território nacional. Diário Oficial da União 2016; 17 fev.
6. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.

8. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(1):147-57.
9. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Junior Souza PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. *Rev. Saúde Pública.* 2014; 48(5):766-774.
10. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJAB, Ribeiro GS. Incidence and risk factors for congenital syphilis in Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2013; 18(2): 499-506.
11. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(6): e00082415.
12. Milanez H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2016; 38(editorial): 425–427.
13. Oliveira LR, Costa MCN, Barreto FR, Pereira SM, Dourado I, et al. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2014; 47(3):334-340.
14. Muricy CL, Pinto Júnior VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Rev. da Sociedade Bras. de Medicina Tropical.* 2015; 48(2): 216-219.
15. Santos GS, Oliveira LX, Guimarães AMDN, Nardello DM, Braz JM, Barreto IDC. Aspectos epidemiológicos da sífilis congênita associados à escolaridade materna. *Rev Enferm UFPE Online.* 2016; 10(8): 2845-52.
16. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(4):681-694.
17. Saboeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Santos MC, Talhari S, Ferreira LCL. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(4): 715-723.