

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA BAHIA, NO PERÍODO DE 2010 A 2013

Jamile Souza de Oliveira*
Jéssica Vasconcelos Santos**

Resumo

A sífilis congênita (SC) é uma doença infectocontagiosa, sistêmica, de evolução crônica e é transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença. Objetivou-se investigar o perfil epidemiológico de sífilis congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários colhidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Verificou-se um total de 1594 casos confirmados de SC, destes, 1509 (94,7%) tinham até 6 dias de vida. O ano de 2012 apresentou o maior número dessas ocorrências no Estado, com 543 (34,1%). Sobre a região de saúde de Salvador, os números de casos confirmados foram 719. Em 367 (23,0%) casos, as mulheres tinham até 8 anos de estudo. A maioria das mulheres (977) recebeu atendimento pré-natal (61,2%). Em 528 (33,1%) casos, o diagnóstico de sífilis materna ocorreu no período do pré-natal, o qual identificou o maior número de diagnóstico de SC recente: 518 (33,4%). O número de casos em que o parceiro recebeu tratamento: apenas 153 casos (9,6%). Segundo evolução, foram identificados 1244 nascidos vivos. Os achados deste estudo demonstram fragilidade na assistência durante o pré-natal com baixa efetividade das ações de prevenção, bem como tratamento, fatores determinantes no controle da SC.

Palavras-chave

Sífilis congênita. Epidemiologia. Cuidado pré-natal. Bahia.

1. Introdução

A sífilis congênita (SC) é uma doença infectocontagiosa, sistêmica, de evolução crônica, que tem como

agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum*. É transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença, além de ocorrer na passagem do canal de parto ou

* Enfermeira. Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Atualiza Cursos. E-mail: jamileoliveira@hotmail.com

** Enfermeira. Especialista em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Atualiza Cursos. E-mail: j.vasconcelos17@hotmail.com

durante o aleitamento materno, se houver lesões, através de gestantes que foram inadequadamente tratadas, ou não foram tratadas (BRASIL, 2010).

A transmissão ao feto pode gerar natimorto ou abortamento espontâneo, e, aos nascidos vivos, comumente eles terão prematuridade, baixo peso ou infecção grave, condições favorecedoras para o aumento do risco de mortalidade perinatal (BRASIL, 2010). Diante das consequências da portabilidade da SC, neonatos necessitam ficar por longos períodos em Unidades de Terapia Intensiva, resultando em custo superior, em comparação aos recursos utilizados na prevenção e em recém-nascido sem essa infecção (SARACENI, 2005 apud SONDA et al., 2013).

A SC afeta 2 milhões de gestantes em todo o mundo, sendo quatro vezes mais prevalente que a infecção pelo vírus HIV (ARAÚJO et al., 2012; SONDA et al., 2013). E, de acordo com dados do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), só no ano de 2013, o Brasil apresentou 4.877 casos confirmados de sífilis congênita, sendo a Bahia o Estado com a representatividade de 258 casos. Diante disso, lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde, o Plano de Ação por Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita estabelece metas e objetivos, entre os quais, espera-se a redução da incidência para até 0,5 por mil nascidos vivos, e a realização de teste rápido da sífilis em 100% das gestantes usuárias do SUS, até 2015 (BRASIL, 2014).

A SC é um problema de saúde pública, pelo impacto causado em decorrência das falhas nos serviços de atenção básica e desfechos graves, tanto para as gestantes, como para os conceitos (BRASIL, 2010), pois, do ponto de vista epidemiológico, trata-se de um marcador de acessibilidade e de boa qualidade dos serviços de saúde voltados à assistência pré-natal, que ainda é subnotificada em nosso País (BRASIL, 2005 apud GALATOIRE, 2012).

A SC é uma doença de simples diagnóstico e evitável quando o tratamento é realizado de forma adequada, tanto nas gestantes, quanto nos seus respectivos parceiros sexuais. Com referência às manifestações clínicas dos recém-nascidos porta-

dores de sífilis congênita, em dois terços deles, são assintomáticas. E as demais variam de acordo com a classificação da doença: se SC precoce ou tardia (COSTA et al., 2012).

No entanto, para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora de sífilis, ter somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente. É necessário que haja uma rede organizada de assistência, que garanta o acesso das gestantes, das parturientes e dos recém-nascidos à conclusão do diagnóstico, controle e tratamento da infecção pela sífilis. O Ministério da Saúde apoiará os Estados, DF e municípios na implantação dos testes rápidos de sífilis nos serviços de atenção básica, por meios de recursos financeiros, materiais pedagógicos, envio de testes rápidos, entre outros. (BRASIL, 2012).

Na primeira consulta do pré-natal, recomenda-se a triagem sorológica, com a realização do VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). Se o resultado for negativo, a repetição do exame deverá ser feita da 28^a à 30^a semana. O autor ainda afirma que, no tratamento, a droga de escolha continua sendo a penicilina. E a penicilina G cristalina ou a penicilina G benzatina são as indicadas para o tratamento dos recém-nascidos (BRASIL, 2000 apud ROMANELLI et al., 2014).

Dessa forma, o estudo teve como objeto de investigação o perfil epidemiológico de sífilis congênita no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. E visou a contribuir para o conhecimento sobre a ocorrência e perfil dos casos notificados de sífilis congênita, destacando a significância em números de casos, de acordo com suas variáveis.

Assim, considerando-se a necessidade de diminuição dos casos, é importante que os enfermeiros, os que desempenham papel primordial no processo de prevenção, tenham acesso a informações demonstrativas da magnitude do problema na sua região, para, então, dispor de subsídios para o reconhecimento das dificuldades e falhas presentes e também para construir com ou como gestores no planejamento e monitoramento das estratégias a serem empreendidas. Dessa maneira, fomentarão numa saúde pública eficiente e eficaz.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo, de abordagem quantitativa, com dados secundários no Estado da Bahia, pertinentes ao período de 2010 a 2013.

Em 2013, de acordo com os dados do Censo Demográfico daquele ano, disponibilizados pela Fundação de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Bahia ocupava uma área de 564.733.177 km² e reunia uma população de 15.044.137 habitantes, com densidade demográfica de 24,82 hab/km². O Estado contava com 417 municípios, sendo sua capital a cidade de Salvador (IBGE, 2014).

As informações sobre sífilis congênita foram obtidas no portal DATASUS, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, sendo incluídos apenas os casos confirmados e notificados no referido sistema e consolidados em 24 de novembro de 2014 de novembro.

Foram empregadas as seguintes variáveis: município de residência, região de saúde, escolaridade da mãe, realização do pré-natal (sim, não, ignorado/em branco), sífilis materna, tratamento do parceiro (sim, não, ignorado/em branco), classificação final e evolução.

A análise descritiva e o processamento de dados serão feitos por meio do Tabwin32, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Windows Excel, versões 2010.

Os resultados foram descritos em porcentagem e por números absolutos, expostos através de tabelas e gráficos, baseando-se na população estudada. Eles serão discutidos, a partir do conhecimento prévio e visão crítica sobre o tema, além do referencial teórico explicitado, visando a responder à pergunta de investigação e atingir os objetivos propostos.

É relevante, porém, não olvidar que existe a suspeita de que os dados manejados na presente pesquisa podem ensejar discrepância com a realidade fática,

em virtude da possível subnotificação dos serviços públicos e privados.

O estudo foi realizado utilizando dados secundários de acesso livre, o que avaliza a preservação da identidade dos sujeitos e princípios éticos, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

3. Resultados e Discussão

Considerando a faixa etária do recém-nascido no período de 2010 a 2013, verificou-se um total de 1594 casos confirmados de sífilis congênita, como mostra a Tabela 1. Destes, 1509 (94,7%) tinham até 6 dias de vida, 52 (3,3%) tinham de 7-27 dias e 33 (2,1%) tinham entre 28 dias e <1 ano. O ano de 2012 apresentou o maior número dessas ocorrências no Estado: 543 e, no ano de 2013, observou-se uma diminuição nesses números, 274 casos.

Sobre a região de saúde de Salvador, os números de casos confirmados foram 719, sendo a capital a cidade que apresenta o maior número — 638 casos (88,7%) — destacando-se entre as demais. Entre os municípios que apresentam o maior número de casos, é possível identificar os que possuem maior desenvolvimento econômico, como: a capital, Salvador, com 638 casos (56,5%), Feira de Santana, com 77 (6,8%) e Camaçari, com 76 (6,7%), como mostram as Tabelas 2 e 3. A Tabela 4 exibe a escolaridade materna; em 367 casos (23,0%), as mulheres tinham até 8 anos de estudo, no entanto, o número de casos de mães com registro de escolaridade ignorada/em branco é de 630 (39,4%). A maioria das mulheres (977) recebeu atendimento pré-natal (61,2%), mas os números negativos apontados ainda estão elevados — 326 (20,4%) — segundo a Tabela 5.

Diante da Tabela 6, em 528 (33,1%) casos, o diagnóstico de sífilis materna ocorreu no período do pré-natal e, em 511 (32,1%), ocorreu no momento do parto/curetagem. Na fase do pré-natal, identificou-se o maior número de diagnóstico de sífilis con-

gênita recente: 518 (33,4%) e, no momento do parto/curetagem, 488 (31,4%), Tabela 7. A Tabela 8 expõe o número de casos em que o parceiro recebeu tratamento, apenas 153 casos (9,6%), porém o número de casos ignorados/em branco mostra-se elevado, com 600 (37,6%), sendo que, do total, 841 (52,8%) não realizaram tratamento. Diante dos casos confir-

madados de sífilis congênita, segundo sua evolução e ano de diagnóstico apresentados na Tabela 9, identificou-se um total de 1556 casos, sendo 239 (15,4%) ignorados/em branco, 1244 (79,9%) nascidos vivos, 61 (3,9%) óbitos pelo agravo notificado e 12 (0,8%) óbitos por outra causa. Mostrou-se significativo o número de casos expostos no ano de 2012, com 524.

Tabela 1. Número de casos de SC, segundo a faixa etária do recém-nascido e ano de diagnóstico. Bahia, 2010 a 2013.

FAIXA ETÁRIA	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 6 dias	4	100	290	91,8	438	96,1	522	96,1	254	92,7	1508	94,7
7-27 dias	0	0	14	4,4	13	2,9	13	2,4	12	4,4	52	3,2
28 dias a < 1 ano	0	0	12	3,8	5	1	8	1,5	8	2,9	33	2,1
TOTAL	4	100	316	100	456	100	543	100	274	100	1593	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 2. Número de casos de SC em menores de 1 ano de idade, segundo o município de residência e ano de diagnóstico. Região de Saúde de Salvador, 2010 a 2013.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Candeias	0	0	2	1,8	5	2,4	12	4,5	1	0,7	20	2,8
Itaparica	0	0	0	0	0	0	2	0,8	2	1,5	4	0,6
Lauro de Freitas	0	0	9	8,1	7	3,4	12	4,5	7	5,2	35	4,9
Madre de Deus	0	0	0	0	1	0,5	0	0	0	0	1	0,1
Salvador	2	100	94	84,7	188	91,3	234	88	120	89,6	638	88,7
Santo Amaro	0	0	4	3,6	1	0,5	0	0	2	1,5	7	1
São Francisco do Conde	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	1	0,1
São Sebastião do Passé	0	0	1	0,9	2	1	3	1,1	2	1,5	8	1,1
Vera Cruz	0	0	0	0	2	1	3	1,1	0	0	5	0,7
TOTAL	2	100	111	100	206	100	266	100	134	100	719	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 3. Ranking dos 12 municípios com maior número de casos confirmados de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, segundo o ano de diagnóstico. Bahia, 2010 a 2013.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Camaçari	0	0	7	3,2	14	4,4	37	9,2	18	9,5	76	6,7
Candeias	0	0	2	0,9	5	1,6	12	3	1	0,5	20	1,8
Feira de Santana	0	0	32	14,6	22	7	16	4	7	3,7	77	6,8
Ilhéus	0	0	26	11,9	21	6,6	18	4,5	0	0	65	5,8
Jequié	1	33,3	2	0,9	7	2,2	9	2,2	6	3,2	25	2,2
Juazeiro	0	0	9	4,1	13	4,1	11	2,7	13	6,8	46	4,1
Lauro de Freitas	0	0	9	4,1	7	2,2	12	3	7	3,7	35	3,1
Porto Seguro	0	0	2	0,9	10	3,2	17	4,2	3	1,6	32	2,8
Salvador	2	66,7	94	42,9	188	59,5	234	58,2	120	63,2	638	56,5
Teixeira de Freitas	0	0	19	8,7	19	6	19	4,7	7	3,7	64	5,7
Vitória da Conquista	0	0	17	7,8	10	3,2	17	4,2	8	4,2	52	4,6
TOTAL	3	100	219	100	316	100	402	100	190	100	1130	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 4. Casos confirmados de sífilis, por escolaridade materna e ano de diagnóstico. Bahia, 2010 a 2013. (continua)

ESCOLARIDADE MATERNA	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ign/Branco	3	75	133	42	172	37,7	211	38,7	111	40,5	630	39,4
Analfabeto	0	0	5	1,6	5	1,1	4	0,7	4	1,5	18	1,1
1ª a 4ª série incompleta do EF	0	0	30	9,5	54	11,8	51	9,4	17	6,2	153	9,6
4ª série completa do EF	0	0	13	4,1	18	3,9	24	4,4	18	6,6	73	4,6
5ª a 8ª série incompleta do EF	0	0	72	22,7	103	22,6	130	23,9	62	22,6	367	23
Ensino fundamental completo	0	0	11	3,5	21	4,6	28	5,1	17	6,2	77	4,8
Ensino médio incompleto	1	25	25	7,9	38	8,3	39	7,2	27	9,9	130	8,1
Ensino médio completo	0	0	23	7,3	37	8,1	48	8,8	15	5,5	123	7,7

Tabela 4. Casos confirmados de sífilis, por escolaridade materna e ano de diagnóstico. Bahia, 2010 a 2013. (conclusão)

ESCOLARIDADE MATERNA	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Educação superior incompleta	0	0	2	0,6	1	0,2	3	0,6	0	0	6	0,4
Educação superior completa	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2	1	0,4	3	0,2
Não se aplica	0	0	3	0,9	6	1,3	6	1,1	2	0,7	17	1,1
TOTAL	4	100	317	100	456	100	545	100	274	100	1597	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 5. Número de casos de sífilis congênita por ano de diagnóstico e realização de pré-natal. Bahia, 2010 a 2013.

REALIZOU PRÉ-NATAL	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ign/Branco	2	50	64	20,2	76	16,7	100	18,3	52	19	294	18,4
Sim	2	50	186	58,7	285	62,5	340	62,4	163	59,5	977	61,2
Não	0	0	67	21,1	95	20,8	105	19,3	59	21,5	326	20,4
TOTAL	4	100	317	100	456	100	545	100	274	100	1597	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 6. Número de casos de sífilis em gestantes por fase e ano de diagnóstico. Bahia, 2010 a 2013.

SÍFILIS MATERNA	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ign/Branco	2	50	37	11,7	54	11,8	66	12,2	29	10,6	188	11,8
Durante o pré-natal	1	25	94	29,7	149	32,7	193	35,5	91	33,2	528	33,1
No momento do parto/curetagem	1	25	103	32,6	142	31,1	165	3,4	100	36,5	511	32,1
Após o parto	0	0	79	25	106	23,2	117	21,5	50	18,2	353	22,1
Não realizado	0	0	3	0,9	5	1,1	2	0,4	4	1,5	14	0,9
TOTAL	4	100	316	100	456	100	543	100	274	100	1594	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 7. Número de casos de sífilis materna, segundo classificação final e período do diagnóstico. Bahia, 2010 a 2013.

SÍFILIS MATERNA	SC recente		SC tardia		Natimorto/ Aborto		Descartado		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ign/Branco	188	12,1	0	0	0	0	0	0	188	11,8
Durante o pré-natal	518	33,4	1	25	1	12,5	8	24,2	528	33,1
No momento do parto/curetagem	488	31,4	0	0	7	87,5	17	51,5	512	32,1
Após o parto	343	22,1	2	50	0	0	8	24,2	353	22,1
Não realizado	15	1	1	25	0	0	0	0	16	1
TOTAL	1552	100	4	100	8	100	33	100	1597	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 8. Número de casos de parceiros tratados por ano de diagnóstico (incluídos somente casos que tiveram diagnóstico da sífilis materna durante o pré-natal). Bahia, 2010 a 2013.

TRATAMENTO PARCEIRO	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ign/Branco	2	50	116	36,7	150	32,9	221	40,7	111	40,5	600	37,6
Sim	1	25	23	7,3	44	9,6	58	10,7	26	9,5	153	9,6
Não	1	25	177	56	262	57,5	264	48,6	137	50	841	52,8
TOTAL	4	100	316	100	456	100	543	100	274	100	1594	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

Tabela 9. Número de casos de SC, segundo evolução e ano de diagnóstico. Bahia, 2010 a 2013.

SÍFILIS MATERNA	EM BRANCO		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ign/Branco	2	50	41	13,1	56	12,5	78	14,9	62	23,1	239	15,4
Vivo	2	50	261	83,7	372	83,2	420	80,2	188	70,1	1244	79,9
Óbito pelo agravo notificado	0	0	8	2,6	17	3,8	24	4,6	12	4,5	61	3,9
Óbito por outra causa	0	0	2	0,6	2	0,4	2	0,4	6	2,2	12	0,8
TOTAL	4	100	312	100	447	100	524	100	268	100	1556	100

Fonte: SINAN (até 24/09/14).

No estudo epidemiológico sobre sífilis congênita no Estado da Bahia, os resultados obtidos, considerando o período de 2010 a 2013, foram um total de 1594 casos. Esses números, porém, não estão em concordância com a meta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a eliminação da doença, ou seja, está-se longe de alcançar a extinção desse agravo. O Ministério da Saúde (MS) estabelece metas e objetivos, esperando uma incidência de sífilis congênita menor do que 0,5/1.000 nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o MS vem implementando ações para a redução da morbimortalidade da sífilis congênita e, quiçá, erradicação, focando principalmente na interrupção da cadeia de transmissão e levando em conta o tratamento adequado, o agrupamento de outros programas de saúde, o melhoramento de sistemas de vigilância e a interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2010).

Para que essas propostas sejam alcançadas, é preciso que haja uma maior divulgação dos protocolos de sífilis congênita, tanto nos serviços durante o pré-natal, como nas maternidades durante o parto. Os programas de triagem podem apresentar uma maior eficácia, se a situação do País e a situação de cada região forem adequadamente conhecidas. Entende-se, assim, que crianças diagnosticadas e tratadas precocemente terão um melhor prognóstico (KOMKA; LAGO, 2007 apud CARVALHO; BRITO, 2014).

E o que se vê diante do estudo realizado é que a maioria dos casos é diagnosticada precocemente, tanto quando se trata dos recém-nascidos, levando-se em conta, neste estudo crianças até um ano de idade, como nas gestantes, que são diagnosticadas, em sua maioria, durante o atendimento pré-natal.

Isso indica que há uma falha no acompanhamento da gestante, apresentando uma maior necessidade de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas fases de identificação, acompanhamento e tra-

tamento dos casos. A adequada atenção prestada às gestantes no período do pré-natal é uma ferramenta de grande importância para a redução da sífilis congênita, fundamentando as diversas chances de intervenção. Dessas ações, as que demonstram maior destaque são: o acompanhamento da gravidez, a solicitação do exame VDRL, na primeira consulta, e de outro no período da 28ª à 30ª semana de gestação. E o aconselhamento e tratamento tanto das gestantes quanto de seus parceiros sexuais acometidos pela infecção (OPS, 2011 apud CARVALHO; BRITO, 2014).

A assistência pré-natal, segundo diretrizes do Ministério da Saúde, deve contar com a realização de, pelo menos, seis consultas, distribuídas ao longo da gravidez, de modo a garantir que a primeira delas se inicie o mais precocemente possível (até a 12ª semana) e, em seguida, a oferta de exames básicos, como o VDRL. Deve contar, ainda, com assistência de qualidade, acolhimento e intervenções oportunas (SÃO PAULO, 2010).

O estudo mostrou que, segundo a evolução da SC, a grande maioria corresponde a nascidos vivos, e a classificação final apresenta-se em maior número na sífilis congênita recente. Porém, é sabido que essa doença tanto pode levar a quadros graves, até o óbito, como pode apresentar-se de forma assintomática, contudo, devem ser adiantadamente tratadas.

Com referência à inadequação do tratamento das mães, os recém-nascidos devem ser submetidos a exame físico e ao VDRL, além de exames complementares, como hemograma, estudo radiológico de ossos longos e punção lombar para exame do líquido. Conforme os achados clínicos e laboratoriais, os recém-nascidos devem submeter-se a esquemas terapêuticos com penicilina benzatina e/ou penicilina cristalina (BRASIL, 2014). E quando o tratamento não é iniciado até o terceiro mês de vida, pode culminar em danos irreversíveis, como lesões ósseas, articulares, neurológicas e oftalmo-

lógicas, prejudicando, assim, o desenvolvimento dessa criança (KAWAGUCHI, 2014).

Tendo em vista o grande número de parceiros que não realizam tratamento ou que o fazem inadequadamente, torna-se ineficiente o controle da sífilis na gestação. Isso possibilita reinfecção e transmissão vertical, mostrando que há dificuldades de resolubilidade da atenção primária de saúde. É de suma importância a realização do tratamento das gestantes, bem como de seu parceiro sexual, para que sejam evitadas as consequências.

Com relação à escolaridade materna, parte das mães apresenta baixo nível de instrução — até 8 anos — porém, a grande maioria dos registros refletia a falta de capacitação dos profissionais quanto ao conhecimento do manejo das fichas, bem como da necessidade e importância da notificação desses dados, já que se apresentaram como ignorados/em branco. Tal procedimento inadequado acaba por dificultar o controle da SC, cabendo, principalmente, ao desconhecimento da doença e seu tratamento pelas gestantes.

A dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) no período gestacional e, talvez, o desconhecimento das gestantes dos danos que podem acometer a saúde, tanto da mãe quanto do bebê, constituem outros empecilhos para o controle da SC. Destaca-se aqui que, na assistência à gestante com sífilis, devem ser levados em consideração aspectos como o comportamento sociocultural, que vai além dos recursos humanos, material e médico (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011; DOMINGUES et al., 2013).

Os maiores índices dos casos notificados de sífilis no Estado foram compostos pelos municípios de Salvador, Feira de Santana, Camaçari, Ilhéus e Teixeira de Freitas. São municípios economicamente ativos e com população acima de 100.000 mil habitantes, responsáveis por 57,7% dos casos expostos na Bahia (SINAN, 2013).

Cumprir mencionar que, na assistência pré-natal, há disparidades de acesso, quando se trata do uso desses serviços em relação ao local de residência, seja pela facilidade de exames diagnósticos, como o VDRL, pelos residentes nos grandes centros, seja pelo tratamento, o que gera desigualdades na inserção e na qualidade da assistência pré-natal, bem como no controle das DSTs (BRASIL, 2012).

E, diante disso, é possível afirmar, também, que a soma das ocorrências das quatro cidades acima é, aproximadamente, duas vezes menor que a de Salvador. Por outro lado, os municípios que apresentam uma população significativamente menor que as expostas acima e que dispõem de poucos recursos têm chances maiores de demonstrar subnotificações nos registros. Essa condição exprime uma grande dificuldade do real conhecimento da situação de saúde e, de modo consequente, o planejamento das ações e o monitoramento de indicadores (CARVALHO; BRITO, 2014).

4. Conclusão

AOs achados deste estudo são de suma relevância, pois demonstram a fragilidade na assistência durante o pré-natal, com baixa efetividade das ações de prevenção, bem como tratamento, fatores determinantes no controle da SC. Considerando a significância dos casos com maior representatividade, foi possível perceber que aqueles diagnosticados precocemente, na evolução da SC, ocorreram com o nascimento de bebês vivos; as gestantes realizaram o pré-natal; a capital foi o local com maior notificação; os parceiros sexuais não foram tratados e, quanto à escolaridade das gestantes, considerou-se com até 8 anos de estudo. O ano de 2012 apresentou o maior número de ocorrência de notificações, levando-se em conta todas as variáveis, havendo queda no ano posterior.

E, apesar do tratamento que, quando realizado adequadamente, apresenta eficácia e baixo custo, se comparado aos custos nas unidades de terapia intensiva dos recém-nascidos acometidos por esta

infecção, a sífilis congênita ainda é um grave problema de saúde pública no Estado da Bahia.

Diante disso, é necessário dar especial atenção à capacitação dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, que está diretamente ligado a ações educativas e de prevenção da SC. Deve estar apto também a realizar todas as ações padronizadas pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao diagnóstico, notificação e tratamento. Além disso,

lançar mão de todos os mecanismos disponíveis para intensificar a integração da gestante e do parceiro, consciente de que o papel do enfermeiro, na assistência pré-natal, vai além do conhecimento científico, e considerar todas as conjunturas particulares de cada indivíduo, quer sejam elas de cunho socioeconômico-cultural ou comportamental, cuidando, assim, de forma individualizada, humanizada e integral.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE STATE OF BAHIA IN THE PERIOD OF 2010 TO 2013

Abstract

Congenital Syphilis (CS) is an infectious-contagious, systemic and chronicle evolution disease, transmitted through the placenta during at any time of the pregnancy or clinical stage of the disease. The objective was to investigate the epidemiological profile of Congenital Syphilis in the State of Bahia in the period of 2010 to 2013. This is an epidemiological study of descriptive nature and quantitative approach, with secondary data collected through the Information System for Notifiable Diseases. A total of 1594 cases of CS were confirmed, of which 1509 (94.7%) were 6 days old. The year of 2012 had the highest number of such occurrences, with 543 (34.1%). Referring to the region of healthy of Salvador, the number of confirmed cases were 719. In 317 cases (23%), women had up to 8 years of education. Most women (977) received prenatal care (61.2%). In 528 (33.1%) cases, the diagnosis of maternal syphilis occurred in the prenatal period, which identified the greatest number of recent diagnostic CS: 518 (33.4%). The number of cases where the partner received treatment, only 153 (9.6%). According to evolution, 1244 born alive were identified. The findings of this study show frailty in the assistance during prenatal care with low effectiveness of the preventing actions as well treatment, determining factors on the control of CS.

Keywords

Congenital Syphilis. Epidemiology. Prenatal care. Bahia.

Referências

ARAÚJO, Cinthia Lociks de et. al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.3, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: Guia de Bolso. 8. ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 368-373.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 4.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica**: Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 8.

_____. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2014. Disponível

em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/sifilisc/bases/sifilisbrnet.def>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para a redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 12.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período de 2007-2010. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200010&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 03 nov. 2014.

COSTA, Camila Chaves da et. al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 nov. 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et. al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.1, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/19.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

GALATOIRE, Pamela Sue Aranibar; ROSSO, José Antônio; SAKAE, Thiago Mamôru. Incidência de sí-

filis congênita nos Estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **ACM Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 41, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/924.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

MELO, Nara Gertrudes Diniz Oliveira; MELO FILHO, Djalma Agripino de; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a10.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

ROMANELLI, Roberta Melo de Castro et. al. Abordagem neonatal nas infecções congênicas — toxoplasmose e sífilis. **Revista Médicas de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.24, n.2, 2014. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1601>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. **Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo, Secretaria de Saúde, 2010. p. 43-51.

SONDA, Eduardo Chaida et al. Sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v.3 n. 1, 2013. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

SOUZA, Juliana Raquel Silva et. al. Sífilis congênita: análise dos últimos cinco anos. **Paraninfo Digital**, Natal, n.20, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n20/pdf/453.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2014.