

Carvalho, P. M. G. et al.



PESQUISA

Casos de sífilis congênita em uma maternidade pública no estado do Piauí
Syphilis cases of congenital in a public maternity in Piauí state
Los casos de sífilis congénita en una maternidad publica del Estado del Piauí

Patricia Maria Gomes de Carvalho¹, Ivone de Araújo Vieira², Núbia Erlany da Costa Oliveira³, Taires da Silva Almeida⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as notificações de sífilis congênita em uma maternidade pública no estado do Piauí no período de 2008 a 2013, descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos bebês tiveram sífilis congênita e identificar os aspectos clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos com sífilis congênita. Trata-se de uma pesquisa transversal, documental, censitária, realizada a partir do banco de dados disponível do Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Observou-se que entre 2011 e 2012 foram notificados no Piauí 29 casos de sífilis congênita, esses casos foram distribuídos de forma ascendente a cada ano. Dos casos analisados 86,21% das gestantes realizaram pré-natal e possuíam de 16 a 21 anos com pouca escolaridade. O tratamento inadequado das gestantes mostrou a realidade da assistência no pré-natal na Estratégia saúde da família. A incidência de sífilis congênita é um indicador da qualidade da assistência pré-natal. Logo, seu aumento ressalta a necessidade de ações voltadas para seu controle. **Descritores:** Sífilis congênita. Cuidado pré-natal. Vigilância epidemiológica. Enfermagem materno-infantil.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze reports of congenital syphilis in a public hospital in the state of Piauí in the period 2008 to 2013, describe the epidemiological profile of pregnant women whose babies had congenital syphilis and identify clinical and laboratory aspects of newborns with syphilis congenital. It is a cross-sectional survey, document, census, held from the available database of the National Notifiable Diseases system. It was observed that between 2011 and 2012 were reported in Piauí 29 cases of congenital syphilis, these cases were distributed in ascending order each year. Of the cases analyzed 86.21% of pregnant women received prenatal care and had 16 to 21 years with little schooling. Improper treatment of pregnant women showed the reality of care in prenatal care in the Family Health Strategy. The incidence of congenital syphilis is a quality indicator of prenatal care. Thus, its increase underscores the need for actions to control it. **Descriptors:** Congenital syphilis. Antenatal care. Epidemiological surveillance. Maternal-child nursing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los informes de la sífilis congénita en un hospital público en el estado de Piauí, en el período de 2008 a 2013, describir el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas cuyos bebés tenido sífilis congénita e identificar los aspectos clínicos y de laboratorio de los recién nacidos con sífilis congénito. Se trata de un estudio transversal, documento, censo, realizado desde la base de datos disponible del sistema nacional de enfermedades de declaración obligatoria. Se observó que entre 2011 y 2012 se registraron en Piauí 29 casos de sífilis congénita, estos casos se distribuyeron en orden ascendente cada año. De los casos analizados 86,21% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal y tenía 16 a 21 años con baja escolaridad. El tratamiento inadecuado de las mujeres embarazadas mostró la realidad de la atención en el cuidado prenatal en la Estrategia Salud de la Familia. La incidencia de la sífilis congénita es un indicador de calidad de la atención prenatal. Por lo tanto, su aumento de relieve la necesidad de adoptar medidas para su control. **Descriptor:** Sífilis congénita. La atención prenatal. Vigilancia epidemiológica. Enfermería materno-infantil.

1 -Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP, Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGE), Docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina (PI). Email: patriciamaria80@hotmail.com. 2 -acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina (PI). Email: ivone192011@hotmail.com. 3 -acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina (PI),email:nubiaerlany@hotmail.com. 4 -acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina(PI),email: tairesalmeida@hotmail.com

Carvalho, P. M. G. et al.

INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são consideradas problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, a transmissão vertical da sífilis e do HIV acabam por determinar maiores incidências de perdas gestacionais e de ocorrências de doenças congênitas como a aids e a sífilis, quando não há abordagem correta (BRASIL; 2007a).

No Brasil, a prevalência de sífilis em parturientes encontra-se em 1,6%, aproximadamente quatro vezes maior que a infecção pelo HIV, representando cerca de 50.000 gestantes infectadas no ano de 2004. A sífilis congênita é um claro evento marcador da qualidade da assistência à saúde, ocorrendo em média quatro mil novos casos notificados a cada ano, com uma taxa de incidência de 1,6 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2007d). Com relação à taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, em 2011 observou-se uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, 3,8 e 3,6, respectivamente (BRASIL, 2012).

Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil propôs um Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (SC) como um problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização Mundial e Pan-americana de Saúde, definindo o seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso / 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2009).

A sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de se tratar de doença de fácil diagnóstico e de ser

totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado adequadamente (COSTA et al., 2013).

Esse trabalho teve como objetivo analisar as notificações de sífilis congênita em uma maternidade pública no estado do Piauí no período de 2008 a 2013,; Descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos bebês tiveram sífilis congênita com relação a idade, escolaridade, realização de pré-natal, diagnóstico de sífilis materna, procedência, teste não treponêmico no parto/curetagem, teste confirmatório treponêmico parto/curetagem E Identificar os aspectos clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos com sífilis congênita, com relação a realização do teste não treponêmico, diagnóstico clínico, esquema de tratamento e evolução do caso.

A sífilis materna constitui uma importante causa potencialmente evitável de óbito fetal e de outros resultados perinatais adversos ocorrendo principalmente nas regiões menos desenvolvidas do mundo. Nos países desenvolvidos, a maioria dos óbitos fetais ocorre ante parto e no pré-termo, 10 a 25% deles são causados por infecções, estando a sífilis entre as mais comuns (NASCIMENTO et al., 2012).

O risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase da infecção na gestação. Essas considerações justificam a necessidade de testagem duas vezes na gestação (primeira consulta e 3º trimestre) e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto). A realização do teste para sífilis (VDRL,RPR) no início do 3º trimestre (28 - 30 semanas) permite tratamento materno até 30 dias antes do parto,

Carvalho, P. M. G. et al. intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intrauterino (BRASIL, 2012a).

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde prestarem assistência com dignidade a mulher e ao recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerando o outro como sujeito e não como objeto passivo da atenção, que é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006a).

O diagnóstico e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro é a forma mais eficaz de proteção dos conceptos e dos recém-nascidos. O Ministério da Saúde preconiza a realização de exames durante o pré-natal para que a sífilis possa ser tratada precocemente nas maternidades para que não haja alta hospitalar sem o diagnóstico. O tratamento é simples, barato e efetivo, e o companheiro da mulher infectada também deve ser tratado, para evitar a reinfecção. A atenção a esse problema é fundamental para mudar o quadro da sífilis no país (BRASIL, 2006b).

Os testes sorológicos para a sífilis podem ser não treponêmicos, como o VDRL e RPR, que são quantitativos (expressos em títulos 1:2, 1:4 etc.) e utilizados para triagem e monitoramento da infecção. Os testes treponêmicos são aglutinação passiva (TPHA ou MHA-TP), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (Elisa ou EIE). Estes testes são mais específicos e utilizados para confirmar a infecção treponêmica (BRASIL, 2006b).

A utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. O significado de testes positivos, treponêmicos ou não, no soro dos recém-nascidos, é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua negatificação, ao fim de alguns

Casos de sífilis congênita em uma maternidade...

meses. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa (BRASIL, 2006b).

Na avaliação clínica dos exames laboratoriais se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias (BRASIL, 2006b).

A triagem faz parte do exame pré-natal e deve ser realizada no início da gravidez, e de novo no início do 3º trimestre. Também é recomendada durante a internação hospitalar por parto ou aborto, sendo que a sífilis congênita é de notificação compulsória; cada caso diagnosticado deve ser informado à vigilância epidemiológica municipal ou estadual (BRASIL, 2012b).

A sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível sócio econômico, embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, esses resultados sinalizam que pouca escolaridade e baixa renda podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde. Consequentemente, a assistência pré-natal inadequada contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis nessa população (MAGALHÃES, 2013).

A puérpera deve ser orientada sobre a importância do seu acompanhamento clínico e ginecológico e do acompanhamento da criança até definição de sua situação sorológica, e adesão do recém-nascido ao tratamento (BARROSO, 2007).

O Ministério da Saúde lançou em 2012 a portaria nº 77 que dispõe sobre a realização do Teste rápido para detecção do HIV e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes

Carvalho, P. M. G. et al. e seus parceiros sexuais atribuindo esta competência às equipes de Atenção Básica. No art.2º designa que os testes rápidos para HIV e sífilis deverão ser realizados por profissionais da saúde de nível superior, devidamente capacitados para realização da metodologia, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ SVS/ MS (BRASIL, 2012).

Apesar de o Ministério da Saúde recomendar testagem universal das gestantes no pré-natal para HIV e sífilis, os dados disponíveis sugerem que essas infecções são sub-diagnosticadas na gestação. A qualidade do pré-natal está implicada na incidência e no desfecho da sífilis congênita, havendo uma relação inversa entre o número de consultas pré-natal e o risco de resultados fatais (BRASIL, 2009).

Em 26 de dezembro de 2013 o Ministério da saúde alterou a portaria nº 77 para a 3.275 que dispõe que os testes para HIV e sífilis deverão ser realizados por profissionais de saúde capacitados por treinamentos presenciais ou por ensino à distância, para a realização da metodologia, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ SVS/ MS (BRASIL, 2013).

O "Projeto Nascer Maternidades" foi instituído em 2002 no Sistema Único de Saúde (SUS), visando resgatar a oportunidade perdida de diagnóstico pré-natal. Suas diretrizes determinam a realização de testes de todas as parturientes que não comprovem, peri-parto, sorologias negativas para HIV e sífilis realizadas no pré-natal e a adoção de medidas profiláticas e/ou terapêuticas, face à positividade dos exames. A triagem diagnóstica é realizada por meio do teste rápido para HIV e do VDRL (BRASIL, 2009).

No Brasil, a transmissão vertical da sífilis é monitorada indiretamente, pela incidência de sífilis congênita, a qual usa como denominador o número de nascidos vivos, e não diretamente,

Casos de sífilis congênita em uma maternidade...

dividindo-se o número de filhos infectados pelo número de gestantes com sífilis. A medida direta é muito mais precisa que a indireta, mas exige boa cobertura dos testes para sífilis em gestantes e parturientes, o que continua sendo um ponto fraco do atendimento pré-natal no país. Uma amostra representativa de gestantes no Brasil, nos anos de 1999 e 2000, revelou que 56% delas não haviam sido testadas para HIV e 41,2% não haviam sido testadas para sífilis (KUPEK; OLIVEIRA, 2012).

A problemática da sífilis congênita está intimamente relacionada ao acesso e à baixa qualidade do pré-natal. É alarmante o número de mulheres que ainda não têm acesso à assistência pré-natal. Dentre as mulheres que realizam as consultas de pré-natal e que possuem sorologia positiva para sífilis, existem as que não retornam para pegar os resultados dos exames, as que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez (COSTA et al., 2013).

As consequências da sífilis materna sem tratamento incluem abortamento, natimortalidade, nascimento prematuro, recém-nascido com sinais clínicos de sífilis congênita ou, mais frequentemente, bebê aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente. Vale ressaltar que os parceiros sexuais devem ser tratados concomitantemente, caso contrário o recém-nato será considerado caso de sífilis congênita (BRASIL, 2006).

Enfatiza-se a importância da notificação no SINAN como um dos meios de controle da sífilis congênita, pois, ao coletar, transmitir e disseminar dados sobre os agravos de notificação compulsória, o SINAN torna-se um instrumento relevante no auxílio do planejamento da saúde, definindo prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto dessa patologia (BRASIL, 2007b).

Carvalho, P. M. G. et al.

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa transversal, documental, censitária. A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Este método em princípio representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2009).

O estudo foi realizado em uma maternidade pública estadual de referência em Teresina-PI, que presta atendimento de alta complexidade para mulheres no ciclo gravídico e puerperal, vindas referenciadas ou por demanda espontânea dos municípios do estado do Piauí e de município de estados vizinhos, totalizando uma média de 5.000 pacientes por mês, o que demonstra sua importância para assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal.

Foram analisados 29 casos de Sífilis congênita ocorridos na maternidade pública estadual de referência no Piauí, no período de 01 de Janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013. Como limitador do estudo destaca-se o fato da inexistência de dados referentes aos anos 2008, 2009, 2010 e 2013, o que levou a análise somente dos casos notificados em 2011 e 2012.

Para análise dos dados levou-se em consideração as seguintes variáveis relacionadas à gestante: idade, escolaridade, realização do pré-natal, diagnóstico de sífilis materna, procedência, teste não treponêmico no parto/curetagem, teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem. Variáveis relacionados à criança: realização de teste não treponêmico-sangue periférico, teste treponêmico após 18 meses, evidência de

Casos de sífilis congênita em uma maternidade...

treponema pallidum, diagnóstico clínico, esquema de tratamento e evolução do caso.

Para a coleta de dados foram realizadas várias visitas a instituição, local deste estudo e na oportunidade foram analisadas as fichas de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente aos casos de crianças notificadas com sífilis congênita, ocorridos em uma maternidade pública referência no estado do Piauí no período de 2008 a 2013.

O instrumento para a coleta dos dados foi um formulário desenvolvido a partir das informações existentes nas fichas de notificação e investigação do SINAN.

Foi realizada estatística descritiva utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0, com resultados apresentados em tabelas e/ou gráficos.

Este estudo atendeu a todas as normas preconizadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética na pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Teve autorização institucional do local do estudo e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP do Centro Universitário UNINOVAFAPI com o parecer número: 32445114.4.0000.5210. Para iniciar a pesquisa os pesquisadores assinaram um Termo de Consentimento para Uso de Dados (TCUD).

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram encontrados registros de casos de sífilis congênita somente nos anos de 2011 e 2012 estes totalizaram 29 casos, sendo 04 no ano de 2011 e 25 no ano de 2012. Na tabela 1 são demonstradas as informações referentes as características epidemiológicas de gestantes que tiveram recém nascidos com sífilis congênita no Piauí nos anos de 2011 e 2012.

Carvalho, P. M. G. et al.

Tabela 1 - Características epidemiológicas das gestantes que tiveram recém nascidos com sífilis congênita no Piauí, 2011-2012

		Ano					
		2011		2012		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária (anos)	16 a 21	2	50,0	10	40,0	12	41,3
	22 a 27	-	-	6	24,0	6	20,6
	28 a 33	1	25,0	9	36,0	10	34,4
	34 a 37	1	25,0	-	-	1	3,4
	Total	4	100	25	100	29	100
Escolaridade	Analfabeto	-	-	1	4,0	1	3,4
	ate o ensino fundamental	3	75,0	14	56,0	17	58,6
	ate o ensino médio	1	25,0	6	24,0	7	24,1
	Superior incompleto	-	-	2	8,0	2	6,9
	superior completo	-	-	-	-	-	-
	Ignorado	-	-	2	8,0	2	6,9
Total	4	100	25	100	29	100	
Procedência	Urbana	3	75,0	16	64,0	19	65,5
	Rural	1	25,0	8	32,0	9	31,0
	Periurbana	-	-	1	4,0	1	3,4
	Ignorado	-	-	-	-	-	-
Total	4	100	25	100	29	100	

Fonte: SINAN, 2014

Em relação à idade das gestantes com sífilis, a faixa etária variou de 16 a 37 anos ou mais, sendo que a maioria da população estudada tinha entre 16 e 21 anos (n=12; 41%). Observou-se esta porcentagem relativamente significativa de mães com sífilis na adolescência. Acima dos 35 anos, foram notificados 1 (3%) casos.

A sífilis congênita acomete crianças nascidas de mães pertencentes a todas as idades reprodutivas, demonstrando a prática do sexo desprotegido independente da faixa etária. A maior concentração de notificação de casos ocorre entre as mulheres de 16 a 33 anos. Esse achado justifica-se pelo fato de ser este o auge da fase reprodutiva, o que implica em um maior número

de gestações nessa faixa etária (COSTA et al., 2013).

Quanto à escolaridade das gestantes, esta variou desde o analfabetismo até o ensino superior incompleto. O analfabetismo correspondeu 1 (3,4%), sendo que o ensino fundamental correspondeu mais da metade da população investigada 17 (58,6%), e apenas 7 (24,1%) mulheres tinham ensino médio incompleto e 2 (6,9%) tinham superior incompleto. Em relação a procedência foram encontrados na zona urbana (n= 19; 65,52%), na rural 9 (31,03%) na periurbana 1 (3,45%). Quanto ao número de gestante que realizou o pré-natal n=25 (86,21%) realizou e 4 (13,79%) não realizou.

Identificou-se um aumento no numero de casos de sífilis congênita notificados no ano de 2011 para 2012, na maternidade estudada, tal fato

Carvalho, P. M. G. et al. reflete a melhoria nas notificações e chama a atenção para a necessidade do desenvolvimento de ações públicas efetivas voltadas para seu controle, assim como a realização do pré-natal, visto que se trata de uma doença totalmente evitável, desde que seja feito o diagnóstico precoce e estabelecido tratamento adequado para a gestante infectada e seu(s) parceiro(s).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007b), a notificação no SINAN é importante como um dos meios de acompanhamento da sífilis congênita. O SINAN torna-se um instrumento relevante no auxílio do planejamento da saúde, definindo prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto dessa patologia.

De acordo com Costa et al. (2013) dentre as mulheres que realizam as consultas de pré-natal e que possuem sorologia positiva para sífilis, existem as que não retornam para pegar os resultados dos exames, as que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez.

Na tabela 2 apresentamos as informações relacionadas ao pré-natal e do parto das gestantes que tiveram recém nascidos com sífilis congênita no Piauí.

Casos de sífilis congênita em uma maternidade...

Tabela 2 - Informações do pré-natal parto de gestante que tiveram recém nascidos com sífilis congênita no Piauí, 2011-2012.

		Ano					
		2011		2012		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
realizou pré-natal	Sim	4	100	21	84,0	25	86,2
	Não			4	16,0	4	13,7
	Ignorado						
	Total	4	100	25	100	29	100
diagnóstico de sífilis materna	durante o pré-natal	2	50,0	10	40,0	12	41,3
	momento parto/curetagem	1	25,0	13	52,0	14	48,2
	após o parto não realizado	1	25,0	2	8,0	3	10,3
	Ignorado						
	Total	4	100	25	100	29	100
teste não treponêmico no parto/curetagem	Reagente	3	75,0	18	72,0	21	72,4
	não reagente não realizado	1	25,0	7	28,0	8	27,5
	Ignorado						
	Total	4	100	25	100	29	100

Fonte: SINAN, 2014

A maior parte das gestantes realizou acompanhamento pré-natal. Apesar do número ascendente de pré-natal realizado durante os anos, verificou-se a incidência também crescente do número de casos de sífilis congênita. Esses dados podem revelar a qualidade da assistência do pré-natal.

No que se refere ao período de diagnóstico observou-se significativamente no momento parto/curetagem n= 14(48,28%) seguido durante o pré-natal 12(41,38%) e após o parto foram 3 (10,34%).O teste não treponêmico predominou o reagente n= 21 (72, 41%),seguido não reagente n=8 (27,59%).O teste treponêmico confirmatório observou-se que n=28 (96, 55%) não realizou e apenas n=1 (3,45%) não reagente.

Segundo Ministério da Saúde (2009), o "Projeto Nascer Maternidades" foi instituído em 2002 no Sistema Único de Saúde (SUS), suas diretrizes determinam a realização de testes de todas as parturientes que não comprovem, peri-

Carvalho, P. M. G. et al.
parto, sorologias negativas para HIV e sífilis realizadas no pré-natal e a adoção de medidas profiláticas e/ou terapêuticas, face à positividade dos exames. A triagem diagnóstica é realizada por meio do teste rápido para HIV e do VDRL.

Na tabela 3 destacam-se os aspectos clínicos e laboratoriais e evolução dos casos de sífilis congênita analisados neste estudo. Em relação aos dados clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos o teste treponêmico sangue

periférico foram n=9 (31,03%) reagente, não reagente n=17 (58,62%) e ignorado n=3 (10,34%). Teste treponêmico pós 18 meses predominou o reagente correspondendo a n=15 (51,72%), não reagente n=11 (37,93%), não realizado n=1 (3,45%), ignorado n=2 (6,90%). Em relação à evidência do treponema pallidum demonstrou que n=23 (79,31%) não foram realizados, sendo n=4 (13,79%) ignorado, n=1 (3,45%) realizado e n=1 (3,45%) não realizado.

Tabela 3. Aspectos clínicos e laboratoriais e evolução dos casos nos recém-nascidos por ano do diagnóstico. Teresina (PI), 2011-2012.

		2011		Ano 2012		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
teste não treponêmico-sangue periférico	Reagente	2	50,0	13	52,0	15	51,7
	não reagente	2	50,0	9	36,0	11	37,9
	não realizado	-	-	1	4,0	1	3,4
	Ignorado	-	-	2	8,0	2	6,9
Teste treponêmico após 18 meses	Total	4	100	25	100	29	100
	Reagente	-	-	1	4,0	1	3,4
	não reagente	-	-	1	4,0	1	3,4
	não realizado	4	100	19	76,0	23	79,3
	não se aplica	-	-	3	12,0	3	10,3
evidência de treponema pallidum	Ignorado	-	-	1	4,0	1	3,4
	Total	4	100	25	100	29	100
	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não	3	75,0	20	80,0	23	79,3
diagnóstico clínico	não realizado	1	25,0	2	8,0	3	10,3
	Ignorado	-	-	3	12,0	3	10,3
	Total	4	100	25	100	29	100
	Assintomático	4	100	16	64,0	20	68,9
	Sintomático	-	-	2	8,0	2	6,90
esquema de tratamento	não se aplica	-	-	6	24,0	6	20,6
	Ignorado	-	-	1	4,0	1	3,45
	Total	4	100	25	100	29	100
	Esquema 1*	3	75,0	15	60,0	18	62,0
	Esquema 2**	1	25,0	2	8,0	3	10,3
evolução do caso	Esquema 3***	-	-	1	4,0	1	3,4
	outro esquema	-	-	3	12,0	3	10,3
	não realizado	-	-	4	16,0	4	13,7
	Total	4	100	25	100	29	100
evolução do caso	Vivo	4	100	24	96,0	28	96,5
	óbito por sífilis congênita	-	-	-	-	-	-
	óbito por outras causas	-	-	1	4,0	1	3,4
	Total	4	100	25	100	29	100

Fonte: Maternidade D. Evangelina Rosa, Teresina - PI.

* Esquema 1- Penicilina G cristalina 100.00 a 150.000 UI/Kg /dia -10 dias, **Esquema 2 -Penicilina G procaina 50.000 UI/Kg/dia - 10dias, ***Esquema 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/ dia

De acordo com Ministério da Saúde (2006b) a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. O significado de testes

positivos, treponêmicos ou não, no soro dos recém-nascidos, é limitado em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua negatificação, ao fim de alguns meses.

Carvalho, P. M. G. et al.

Segundo o Ministério da Saúde (2012b), o risco de acometimento fetal varia de 70 a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação justificando a necessidade de testagem duas vezes na gestação (primeira consulta e 3º trimestre) e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto).

Os achados no diagnóstico clínico dos recém-nascidos verificou que n=23 (79,31%) eram sintomáticos, sendo que n=3 (10,34%) não se aplica e n=3 (10,34%) ignorado. Quanto ao esquema de tratamento n=20 (68,97%) realizaram com penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias, n=2 (6,90%) penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias, n=6(20,69%) penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg / dia, sendo n=1(3,45%) ignorado. A tabela 3 mostra aspectos clínicos, laboratoriais e evolução do caso.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006b), a avaliação clínica dos exames laboratoriais se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias devida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias.

A evolução do caso obteve dados que revelam os nascidos vivos correspondem n=28 (68,07%), sendo nenhum óbito por sífilis, natimorto n=0, e óbito por outras causas n=1(3,45%).

CONCLUSÃO

O estudo identificou que houve uma taxa de subnotificação de sífilis congênita na maternidade estudada. A vigilância

Casos de sífilis congênita em uma maternidade...

epidemiológica precisa ser mais valorizada, com treinamento específico de funcionários para este fim, para que possam ser feitas buscas ativas com mais eficiência. Verificou-se também falhas no acompanhamento pré-natal e no manejo dos recém-nascidos estudados.

Observou-se que o aumento deste agravo tem como reflexo a deficiência na assistência pré-natal oferecida às gestantes. Neste estudo, mais de 80% das mães de crianças diagnosticadas com sífilis congênita realizaram pré-natal e quase metade dos diagnósticos de sífilis congênita somente foram feitos durante ou após o parto. A baixa detecção da sífilis congênita durante o pré-natal sugere que a realização de pré-natal não foi efetiva no diagnóstico da sífilis em muitos casos.

Fatores que podem ter influenciado no insucesso do diagnóstico da sífilis congênita no pré-natal incluem: número de consultas de pré-natal inferior às recomendadas, ausência da realização dos exames para detecção de sífilis no primeiro e terceiro trimestre de gestação, ausência de retorno da gestante ao centro de saúde para apresentar o resultado do exame aos profissionais de saúde, bem como falha dos serviços de saúde em resgatar gestantes que tenham abandonado o acompanhamento pré-natal.

É necessária a capacitação das equipes da estratégia saúde da família, as quais, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro da doença, visto tratar-se da porta de entrada do sistema de saúde, possibilitando maior proximidade entre os profissionais e os usuários.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde, que realizam o acompanhamento pré-natal estejam capacitados e comprometidos com uma assistência de qualidade em prol da prevenção da sífilis e conseqüentemente a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.

Carvalho, P. M. G. et al.

Espera-se contribuir com este estudo com o aprofundamento de discussões sobre as medidas de prevenção e transmissão disseminada, relacionadas à infecção pela sífilis em gestantes e a não abordagem para tratamento, discutir sobre o nível de saber técnico-científico e a realização do trabalho dos profissionais responsáveis pelo manejo adequado das gestantes em um nível de saúde tido como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

Portanto, identificar tais falhas poderá contribuir na elaboração de estratégias de treinamento e, conseqüentemente, apontar caminhos para uma assistência de qualidade com destaque na prevenção da transmissão vertical da sífilis.

REFERÊNCIA

BARROSO, L. M. M.. GALVAO, M. T. G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. **Texto & contexto - enferm.**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 463-469, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a12v16n3.pdf>>. Acesso em 19 Out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, 2012a. 140p. Disponível em: <<http://www.bvs.com.br>>. Acesso em: 20 mar,2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3. 275 de 26. dez. 2013**. Altera a portaria n. 27 de 12. Jan. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:< <http://www.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 25 mar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://www.bvs.com.br>>. Acesso em: 10 mar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível R. Interd. v. 8, n. 4, p. 82-92, out. nov. dez. 2015

Casos de sífilis congênita em uma maternidade...

em:<<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em 18. Mar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em Mar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico** Brasília, 2006a. 09p. Disponível em: < <http://www.bvs.com.br> >. Acesso em: 12 mar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis DST**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:<<http://bvsms.saude>>Acesso em: 12 mar,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em:<<http://bvsms.saude>>Acesso em: 12 mar,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico eletrônico. **Avaliação da notificação da sífilis congênita no Brasil, 2000 A 2003**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007b. 09 p. Disponível em: < <http://www.bvs.com.br> >. Acesso em: 12 mar,2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007c. 07p. Disponível em: <http://www.bvs.com.br>.Acesso em :10 mar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão**

Carvalho, P. M. G. et al.
vertical de HIV e sífilis: manual de bolso.
Brasília, 2007d. p.13. Disponível em: < <http://www.bvs.com.br> >. Acesso em: 08 mar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Nutrição. **Manual para Oficina de Capacitação Projeto Nascer-Maternidades.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. <<http://www.bvs.com.br>>. Acesso em: 12 mar, 2014.

COSTA, C. C. et al . Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar, 2014.

KUPEK, E.; OLIVEIRA, J. F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, set. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar, 2014.

MAGALHAES, D. M. S. et al . Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2014.

NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Out. 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

Submissão: 23/04/2015

Aprovação: 17/07/2015