

SÍFILIS CONGÊNITA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UM MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL

CONGENITAL SYPHILIS: EPIDEMIOLOGY OF A CITY IN THE STATE OF ESPÍRITO SANTO, BRAZIL

SÍFILIS CONGÊNITA: RASGO EPIDEMIOLÓGICO DE UN MUNICIPIO DE ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Cândida Caniçali Primo¹
Brena Maria Silva²
Bruna Ferrari Campos Richa³

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados à Secretaria Municipal de Saúde da Serra entre 2000 e 2004. **Métodos:** os dados coletados provêm das fichas de investigação dos casos notificados à Diretoria de Vigilância Epidemiológica pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Sistema Único de Saúde (Sinan – SUS). Foram utilizadas as variáveis: materna – faixa etária, grau de instrução, realização de pré-natal, tratamento do parceiro e realização de diagnóstico na gravidez – e da criança – idade gestacional ao nascer, manifestações clínicas e diagnóstico final. Foram realizadas análises descritivas com base no programa Tabulação para Windows (TABWIN), versão 5.2 – 2005.

Resultados: constatou-se que a prevalência de sorologia positiva para sífilis congênita ainda é alta, tendo sido notificados 233 casos. A faixa etária das mães prevaleceu entre 20-29 anos, sendo 56,7% dos casos. Em relação ao grau de instrução, o predomínio foi de um a três anos de estudo (34,7%). Quanto ao pré-natal, 72,1% das mães disseram que tiveram essa assistência e 53,6% confirmaram ter seu diagnóstico de sífilis estabelecido durante a gestação. Em apenas 26,6% foi realizado tratamento do parceiro. Em relação às variáveis da criança, observou-se que 77,3% dos bebês nasceram a termo, 63,1% assintomáticos e em 78,1% dos casos o diagnóstico final foi de sífilis congênita precoce. **Conclusão:** os resultados obtidos possibilitaram conhecer as características dos casos notificados de sífilis congênita e avaliar, de forma indireta, a qualidade da assistência pré-natal ofertada as gestantes do município da Serra.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Saúde Pública; Assistência Perinatal

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological profile of cases of congenital syphilis reported to the city health department in Serra from 2000 to 2004. **Methods:** the collected data come from the forms of the cases investigation reported to the administration of the epidemiological surveillance through the information system of reported injuries of the national health system (Sinan – SUS). The following variables were used: maternal – age, level of schooling, prenatal care, partner's treatment and diagnosed during pregnancy; and the child – gestational age at birth, clinical evidence and final diagnosis. Descriptive analyses were obtained using the Windows TABWIN program (version 5.2 – 2005). **Results:** the prevalence of the positive serology for congenital syphilis is still high with 233 cases reported. The mothers' age was between 20 and 29 accounting for 56.7 % of the cases. The level of schooling was from 1 to 3 years of study (34.7%). 72.1% of the mothers said they had done prenatal care and 53.6% of those confirmed were diagnosed for syphilis during pregnancy. Only 26.6% of partners were given treatment. Child's variables were: 77.3% of the babies were born term, asymptomatic in 63.1% and in 78.1% of the cases, the final diagnose was of early congenital syphilis. **Conclusion:** These findings show the characteristics of the congenital syphilis reported cases and indirectly assess the quality of prenatal care given to the pregnant women in Serra, state of Espírito Santo, Brazil.

Key words: Syphilis, Congenital; Public Health; Perinatal Care

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de los casos de sífilis congénita notificados a la secretaría Municipal de Salud de Serra ocurridos entre 2000 y 2004. **Métodos:** los datos se recogieron de las fichas de investigación de los casos notificados a Vigilancia Epidemiológica a través del sistema de información de la salud (SINAN – SUS). Las variables utilizadas fueron: materna – edad, nivel de instrucción, cuidado prenatal, tratamiento del compañero y realización de diagnóstico durante el embarazo; del niño – edad gestacional, manifestaciones clínicas y diagnóstico final. Se efectuaron análisis descriptivos con el programa Windows (TABWIN), versión 5.2 – 2005. **Resultados:** se constató que la prevalencia de serología positiva para sífilis congénita sigue siendo alta, con 233 casos notificados; edad de las madres entre 20 y 29 para 56.7 % de los casos. En relación al nivel de instrucción: predominio de entre 1 y 3 años de estudio (34.7%). 72.1% de las madres informaron haber realizado prenatal y 53.6% de ellas confirmaron que la sífilis había sido diagnosticada durante el embarazo. En sólo 26,6% de los casos el compañero se sometió a tratamiento. Variables del niño: 77.3% de los bebés nacieron a término, 63.1% asintomáticos y en 78.1% de los casos el diagnóstico final era de sífilis congénita temprana. **Conclusión:** Estos resultados permiten conocer las características de los casos notificados de sífilis congénita y evaluar, indirectamente, la calidad del cuidado prenatal brindado a las mujeres embarazadas de Serra/ES.

Palabras clave: Sífilis Congénita; Salud Pública; Atención Perinatal

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva/UFES. Docente da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES.

² Enfermeira do Hospital Vila Velha/ES

³ Enfermeira da Unidade de Saúde do município da Serra/ES

Endereço para correspondência: Rua João de Oliveira Soares, 241/701, Jardim Camburi, 29090-390, Vitória-ES.

E-mail: candidap@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. É transmitida pela mãe, para a circulação fetal, pela passagem transplacentária das espiroquetas, em qualquer fase da gestação, embora seja mais facilmente transmissível a partir do quarto mês de gestação.¹

Em meados da década de 1980, a sífilis congênita passou a ser, obrigatoriamente, uma doença de notificação compulsória em todo o território brasileiro para fins de vigilância epidemiológica por meio da Portaria n° 542, de 22 de dezembro de 1986.²

Todas as fichas de notificação compulsória das doenças transmissíveis são encaminhadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Sistema Único de Saúde (Sinan – SUS), cuja função é coletar, transmitir e divulgar dados sobre essas doenças, bem como fornecer informações para a análise do perfil de morbidade delas, a fim de serem adotadas medidas de prevenção e controle.³

Contudo, dada a ausência de uniformidade no diagnóstico e na conduta, bem como falhas no processo de notificação, a ocorrência das doenças pode ser bem maior do que a demonstrada pelos números oficiais.

No Brasil, foi notificado, no período de 1998 a 2004, o total de 24.448 casos de sífilis congênita, apresentando taxa média de 1,2 caso por 1 000 nascidos vivos por ano. Em relação às características maternas, 53% apresentavam idade entre 20 e 29 anos e 18% abaixo de 20 anos.⁴

A patogenia se desenvolve quando o *treponema pallidum* atravessa a placenta e ganha os vasos umbilicais e multiplica-se rapidamente em todo o organismo fetal. A transmissão ocorre mais facilmente a partir do quarto ao quinto mês de gestação. Antes dessa fase, a membrana celular das vilosidades coriais parece constituir obstáculo que impede a passagem do *treponema*.⁵

A espiroquetemia materna é o fator mais importante para que ocorra a transmissão placentária. Na sífilis recente não tratada, há intensa espiroquetemia materna, o que torna a transmissão praticamente inevitável (80% a 100%). Assim, a mãe com sífilis primária ou secundária não tratada representa maior perigo para o seu feto do que em qualquer outra fase da sífilis; mas com o estabelecimento do tratamento precoce, o risco para a infecção vertical cai para 0% a 1,5%.⁶

Os principais órgãos e tecidos fetais acometidos pela sífilis congênita são: o fígado, os ossos, a pele, as mucosas, o sistema nervoso, o pâncreas e os pulmões.⁷

As infecções por sífilis congênita nos recém-nascidos podem apresentar-se com caráter assintomático ou sintomático.⁸

Segundo Brasil⁴, mais de 50% das crianças infectadas apresentam-se assintomática ao nascimento, surgindo os primeiros sintomas, normalmente, nos primeiros três meses de vida.

O diagnóstico da sífilis congênita é realizado com base clínica e laboratorial. A suspeita clínica é levantada, em primeiro lugar, pela história materna (se for mãe sífilítica), se há outros filhos com história de sífilis, se houve parto prematuro ou abortamento com mais de quatro meses. A confirmação laboratorial pode ser obtida por meio da sorologia não treponêmica e da sorologia treponêmica,

bem como pela demonstração do microorganismo em campo escuro. Os exames complementares são Rai-X de ossos longos e exame do Líquido céfalo-raquidiano (LCR).⁹

Conforme normatização no Brasil, durante a gestação deve-se realizar o teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), no primeiro trimestre da gravidez ou na primeira consulta, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez.³

Nas maternidades e locais de parto, durante a admissão para o parto ou curetagem para abortamento, deverá ser feita triagem para sífilis – realização do VDRL em todas as mulheres. Se a gestante for reagente ou tiver apresentado sífilis na gestação, o recém-nascido deverá realizar VDRL em amostra de sangue periférico, iniciando-se o tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita ou sífilis materna.¹⁰

A prevenção da sífilis congênita depende inteiramente da não-transmissão das espiroquetas da mãe para o feto, mediante a detecção da enfermidade materna e do tratamento eficaz antes ou durante a gestação.¹¹

Diante do exposto, percebemos que a sífilis congênita é um agravo que não pode ser ignorado pela comunidade e pelos profissionais de saúde e que é de suma importância o estudo dessa doença para que, assim, esses profissionais possam melhor informar e educar a população quanto à sua prevenção e tratamento e proporcionar melhoria na prática assistencial.

Neste estudo, teve-se como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados à Secretaria Municipal de Saúde da Serra entre 2000 e 2004.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado no município da Serra, Estado do Espírito Santo. Esse município está localizado na Região Metropolitana de Vitória, ocupando uma área de 554,278 km², distando 28 km da capital (Vitória). Possui população estimada em 383.219 habitantes e cerca de 90% são usuários do SUS.¹²

Foram investigados todos os casos notificados pelas fichas de investigação de sífilis congênita no município da Serra, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004, constituída por 233 casos notificados à Diretoria de Vigilância Epidemiológica pelo Sinan – SUS.

Para que esta pesquisa fosse realizada, solicitamos, mediante carta à Diretoria de Vigilância Epidemiológica, autorização para acessar os registros de notificação de sífilis congênita.

Foram utilizadas as variáveis: materna – faixa etária, grau de instrução, realização de pré-natal, tratamento do parceiro e realização de diagnóstico na gravidez; e da criança, idade gestacional ao nascer, manifestações clínicas e diagnóstico final.

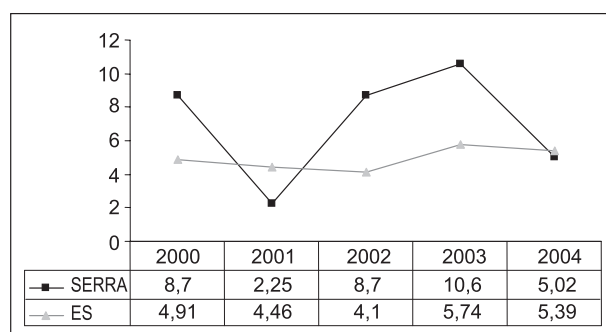
Foram realizadas análises descritivas com base no programa Tabulação para Windows (TAB WIN), versão 5.2 – 2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados 233 casos de sífilis congênita pela Secretaria Municipal de Saúde da Serra, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004. Verifica-se que a

prevalência constatada de sorologia positiva para sífilis congênita no município da Serra é mais alta que a do Estado do Espírito Santo em alguns anos do estudo (Figura 1).

FIGURA 1 – PREVALÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DA SERRA-ES – 2000-2004.



Fonte:Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Datasus.

Conforme Figura 1, observa-se que em 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 foram notificados 287, 255, 226, 307 e 287 casos de sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, perfazendo um coeficiente de prevalência de 4,91; 4,46; 4,10; 5,74 e 5,39 para sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, respectivamente. Já o município da Serra apresentou 233 casos notificados de sífilis congênita, sendo que em 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 houve, respectivamente, um coeficiente de prevalência de 8,7; 2,25; 8,7; 10,6; e 5,02.⁴

Ainda na Figura 1, nota-se que entre 2000, 2002 e 2003 a prevalência de sífilis no município em estudo foi

duas vezes maior que no Estado do Espírito Santo no mesmo ano. De forma geral, a ocorrência de sífilis congênita entre 2000 e 2004, no município da Serra, correspondeu a 17,10% do número de casos notificados no Estado do Espírito Santo no mesmo período.

Quanto à faixa etária das mulheres que apresentaram sífilis durante a gestação, prevaleceu entre 20-29 anos, apresentando 132 (56,7%) casos dos 233 notificados, sendo o menor índice de ocorrência após os 40 anos de idade, com apenas 2,6 % dos casos. Nota-se que na faixa etária de 10 a 19 anos houve um decréscimo do número de casos ao longo dos anos (2000-2004). Em 2000 foram registrados 13 adolescentes com sífilis durante a gestação, enquanto em 2004 o número de adolescentes caiu para três (Tabela 1).

Em um estudo realizado na Região Sul do Brasil, verificou-se que a faixa etária das mães é muito semelhante às das encontradas no nosso estudo, pois também houve predomínio da faixa etária dos 20 aos 29 anos, havendo menor índice acima dos 39 anos.¹³

Segundo a informação sobre grau de instrução, as gestantes distribuíram-se nas categorias: nenhum ano de estudo: 8,1%; de 1 a 3 anos: 34,7%; de 4 a 7 anos: 19,3%; de 8 a 11 anos: 12,4% maior que 12 anos 0,8%; e 24,4% ignorados. Entre 2000 e 2001, apenas cinco pessoas tinham mais que três anos de estudo; já entre 2002, 2003 e 2004, percebe-se um pequeno aumento no grau de instrução, partindo de 1 a 3 para 4 a 7 anos de estudo. Observamos em nossa pesquisa que quanto maior o grau de instrução, menor a incidência da doença; em contrapartida, quanto menor o grau de instrução, maior a incidência da doença. (Tabela 2).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA MATERNA, NO MUNICÍPIO DA SERRA-ES – 2000-2004.

Ano	lgn		10-19		20-29		30-39		40-44		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	4	6,5	13	21,0	37	59,7	7	11,3	1	1,6	62	100
2001	3	20,0	0	0,0	10	66,7	2	13,3	0	0,0	15	100
2002	9	16,1	9	16,1	29	51,8	7	12,5	2	3,6	56	100
2003	2	3,0	6	9,0	41	61,2	16	23,9	2	3,0	67	100
2004	6	18,2	3	9,1	15	45,5	8	24,2	1	3,0	33	100
Total	24	10,3	31	13,3	132	56,7	40	17,2	6	2,6	233	100

Fonte:Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO MATERNA, NO MUNICÍPIO DA SERRA, ES – 2000-2004.

Ano	Ign/Branco		Nenhuma		1 a 3		4 a 7		8 a 11		>12		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	6	9,7	11	17,7	42	67,7	0	0,0	3	4,8	0	0,0	62	100
2001	1	6,7	2	13,3	10	66,7	0	0,0	2	13,3	0	0,0	15	100
2002	20	35,7	3	5,4	9	16,1	12	21,4	12	21,4	0	0,0	56	100
2003	14	20,9	2	3,0	17	25,4	22	32,8	10	14,9	2	3,0	67	100
2004	16	48,5	1	3,0	3	9,1	11	33,3	2	6,1	0	0,0	33	100
Total	57	24,46	19	8,155	81	34,76	45	19,31	29	12,45	2	0,858	233	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Numa pesquisa, observou-se que a positividade sorológica para sífilis está sempre associada ao analfabetismo e ao baixo nível socioeconômico,¹⁴ concordando com outro estudo em que se verificou que as mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação correspondem aos segmentos mais empobrecidos da população, evidenciado pela baixa escolaridade.¹⁵

Evidenciamos que das 233 mães sífilíticas, 72,1% referiram ter realizado pré-natal e 27,9% contemplam mães que disseram não ter realizado pré-natal e ignoram se o realizou ou não. Observamos que entre 2001 e 2003 houve aumento de 39,3% no número de gestantes sífilíticas que realizaram pré-natal. No entanto, em 2004 esse número reduziu 9%.

Em estudo realizado no sul do Brasil, foram encontrados 27 casos de sífilis congênita em 1 739 nascimentos. Desses 27 casos, houve 23 gestantes (85,2%) que relataram acompanhamento pré-natal prévio e em apenas 16 destas o diagnóstico de sífilis materna foi realizado antes do parto. Porém o tratamento de sífilis não foi realizado ou, se realizado, foi inadequado para a prevenção da sífilis congênita.¹³

Muitos autores salientam que entre os fatores relacionados com a elevada prevalência de sífilis congênita o mais relevante seria a falta de assistência ao pré-natal. Nesse sentido, a prevalência de sífilis congênita observada em nosso estudo merece reflexão, uma vez que a maioria das gestantes pesquisadas (72,1%) teve acesso à assistência pré-natal, e, ainda assim, ocorreu a transmissão vertical. A constatação do elevado percentual da doença reflete a baixa qualidade da atenção pré-natal prestada, o que leva à necessidade de ser revista ou mesmo reformulada a assistência pré-natal ofertada às mulheres, a fim de reduzir o índice de contaminação do conceito.¹³⁻¹⁵

O Ministério da Saúde estabelece políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade, além de ofertar subsídios para a estrutura, como equipamentos e instrumentos necessários, bem como a capacitação da

equipe de saúde, a fim de melhorar a qualificação da rede assistencial. Propõe, ainda, que a assistência ao pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema de saúde, onde são firmados os vínculos do setor com a comunidade. Além disso, o Ministério preconiza que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas pré-natais. No entanto, nem todas as gestantes conseguem atingir esse número, mas essa é uma meta importante, juntamente com a qualificação das consultas, a fim de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil.¹⁰

Quanto à variável “diagnóstico na gravidez” observa-se que 53,6% das gestantes tiveram seu diagnóstico estabelecido durante a gestação, 20,6% não tiveram seu diagnóstico estabelecido, enquanto 25,8% não souberam informar sobre seu diagnóstico.

Diante desses resultados, verifica-se que mais da metade das gestantes teve seu diagnóstico estabelecido na gravidez e ainda assim houve a transmissão vertical do treponema. Esse resultado nos leva a questionar a qualidade da assistência prestada à população, pois existe um protocolo de sífilis congênita do Ministério da Saúde no qual é explicado detalhadamente sobre o diagnóstico e tratamento que deveria ser seguido por todos os profissionais de saúde. Percebe-se que nem todos os profissionais de saúde que atendem as gestantes nos serviços de saúde pública se comprometem com a qualidade do pré-natal e as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Nas fichas preenchidas, há o predomínio de 42,1% de gestantes que referiram não ter seus parceiros tratados, 31,3% desconhecem se seus parceiros realizaram tratamento e apenas 26,6% afirmaram que seus parceiros foram tratados.

No estudo De Lorenzi e Madi¹³, foi possível observar entre a população estudada que 38,1% dos parceiros sexuais das gestantes que relataram pré-natal prévio não se submeteram a qualquer forma de tratamento.

O Ministério da Saúde, com base nas orientações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos EUA, tem salientado a importância do tratamento rotineiro no pré-natal do parceiro nos casos de gestantes portadoras de sífilis.¹⁰

Visto, em nosso trabalho, o grande índice de gestantes que referiram não ter seus parceiros tratados (42,1%), surge a preocupação de organizar melhor os serviços de saúde para captar e acolher as gestantes precocemente, bem como oferecer oportunidades de detecção e tratamento correto e oportuno, juntamente com orientações reforçadas para as gestantes e seus parceiros.

O trabalho de educação em saúde com a participação dos parceiros e familiares nos grupos de gestantes pode ser desenvolvido pelo enfermeiro em parceria com outros profissionais de saúde, como forma de garantir a oportunidade de tratamento e ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Constata-se que, dos casos notificados, 147 (63,1%) eram assintomáticos, 47 (20,2%) apresentaram sintomas e em 39 (16,7%) os informantes ignoravam a presença de sintomas.

De acordo com a literatura, mais da metade de todas as crianças é assintomática ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos.¹¹

De Lorenzi e Madi¹³ afirmam que em cerca de 2/3 dos casos as crianças de mães sífilíticas mostram-se assintomáticas e que as manifestações clínicas são geralmente tardias, podendo transcorrer meses ou anos até se fazerem presentes.

Quanto à categoria de diagnóstico final, 78,1% foram classificados como sífilis congênita recente; 2,1%, como sífilis congênita tardia; 2,6%, como natimorto sífilítico; 0,4%, como aborto por sífilis; e em 16,7% das notificações a informação do diagnóstico final foi ignorada (Tabela 3).

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA SEGUNDO A VARIÁVEL DIAGNÓSTICO FINAL, NO MUNICÍPIO DA SERRA, ES – 2000-2004.

Ano	Ign/Branco		Sífilis congênita recente		Sífilis congênita tardia		Natimorto sífilítico		Aborto por sífilis		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	13	21,0	46	74,2	1	1,6	2	3,2	0	0,0	62	100
2001	6	40,0	8	53,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	15	100
2002	12	21,4	40	71,4	3	5,4	1	1,8	0	0,0	56	100
2003	2	3,0	61	91,0	1	1,5	2	3,0	1	1,5	67	100
2004	6	18,2	27	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	100
Total	39	16,7	182	78,1	5	2,1	6	2,6	1	0,4	233	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da Serra, Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Entre os dados avaliados, observa-se que 77,3% dos recém-nascidos tiveram idade gestacional igual ou maior que 37 semanas e verificou-se um percentual de prematuridade de 11,5%. Em nossa revisão bibliográfica, observamos que vários autores relataram que é grande o índice de aborto espontâneo, natimorto, baixo peso e prematuridade em bebês de mães sífilíticas não tratadas.^{5,14,16}

Saraceni et al.¹⁴ referem que a sífilis é causa de grande morbidade na vida intra-uterina, levando a desfechos negativos da gestação em muitos casos. Comentam que as taxas muito elevadas de prematuridade e de baixo peso ao nascer por sífilis elevam o risco de mortalidade perinatal. Já Bickey¹⁶ diz que, com o não-tratamento da gestante, 25% dos bebês infectados morrem antes de nascer.

Vale ressaltar que o percentual do número de casos encontrados com diagnóstico de natimorto sífilítico e aborto por sífilis são baixos em comparação com o encontrado na literatura, sendo, respectivamente, 2,6 e 0,4. O que geralmente encontramos é que, em média, 25% dos fetos infectados morrem antes de nascer.¹⁶

Pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2002, detectou que 292 óbitos perinatais (4,0%) tiveram como causa básica a sífilis congênita, sendo 222 (5,3%) fetais e 70 (2,3%) neonatais precoces.¹⁴

É importante ressaltar quanto à qualidade dos dados avaliados, pois em alguns momentos o percentual de dados ignorados poderia alterar os resultados. Como vimos, verificou-se, neste estudo, que mais de 75% dos bebês

nasceram com mais de 37 semanas, porém 11,2% dos dados foram registrados como ignorados e quando avaliado o diagnóstico final 2,6% eram de natimortos enquanto 16,7% eram ignorados.

A utilização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação para estudar a sífilis congênita foi viável, embora as informações não estivessem completas nos bancos de dados. A melhoria dessa informação pode contribuir para detectar possíveis falhas na atenção materno-infantil, sendo prioritário o conhecimento correto das características das gestantes e crianças acometidas de sífilis para o planejamento das ações de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos possibilitaram conhecer as características dos casos notificados de sífilis congênita e avaliar, de forma indireta, a qualidade da assistência pré-natal ofertada às gestantes do município da Serra-ES.

O município da Serra apresentou 233 casos notificados de sífilis congênita, sendo que em 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 obteve, respectivamente, um coeficiente de prevalência de 8,7; 2,25; 8,7; 10,6 e 5,02.

Quanto às características maternas, 56,7% apresentaram idade entre 20-29 anos, 34,7% estudaram somente de um a três anos. Das gestantes que tiveram crianças com sífilis congênita, 72% obtiveram acesso ao serviço de pré-natal. Para as gestantes que realizaram pré-natal, em 53,6%, o diagnóstico de sífilis foi feito durante a gravidez e em 42,1% os parceiros não foram tratados para sífilis.

Em relação às características infantis, observou-se que 77,3% dos bebês nasceram a termo, 63,1% dos casos foram assintomáticos e em 78,1% dos casos notificados a criança teve como diagnóstico final a sífilis congênita precoce.

Observamos a necessidade de que sejam ampliadas as investigações epidemiológicas, para que se tenha uma avaliação mais consistente da magnitude do problema causado pela sífilis congênita no município da Serra, e que esforços desenvolvidos pelas três esferas do Governo permitam a elaboração de estratégias de prevenção e controle, atuando com as populações de risco.

Ainda que neste estudo não se tenha proposto uma avaliação do serviço, os resultados indicam a necessidade

de investir e organizar os serviços de saúde, ampliando o acesso à população; captar precocemente as gestantes, fixando-as ao serviço de pré-natal; ofertar, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada, bem como a rotina mínima de exames preconizados pelo Ministério da Saúde; e garantir o tratamento oportuno e adequado da gestante e seu parceiro.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez BR, Mezzacappa MAMS, Poteiro CB. Sífilis congênita simulando a síndrome da criança espancada: relato de caso. *Radiol Brás.* 2002 jul.; 35(4):251-4.
2. Brasil. Portaria número 542/1986, de 22 de dezembro de 1986. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de dez. 1986. Seção 1, p. 19827.*
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação: Espírito Santo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos: sífilis congênita. Brasil, 2004. [Citado em 10 nov. 2005]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
5. Guinsburg R. Sífilis congênita. In: Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LHR. *Infectologia pediátrica.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 323-34.
6. Barros SM. O. Doenças infecciosas e parasitárias. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.* São Paulo: Roca; 2002. p. 169-71.
7. Tonelli E, Freire LMS. Doenças infecciosas na infância e adolescência. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. v. 2. p. 444-56.
8. Goulart L, Santos MN. Diagnóstico diferencial e tratamento das infecções congênicas. In: Prado FC, Ranos JÁ, Valle JR. *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento.* 20ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p. 1125-8.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Tratamento de pacientes com doenças infecciosas. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. v. 2, p. 1808-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Pré natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Diniz EMA, Vaz FAC. Infecções congênicas e neonatais. In: Marcondes E. *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal.* 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. v. 1, p. 523-30.
12. Serra. Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico grupo temático: plano plurianual de aplicação. Serra: Prefeitura Municipal; 2005.
13. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001 dez.; 23 (10): 647-52.
14. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador de qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública.* 2005 jul./ago.; 21 (4):1244-50.
15. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública.* 2003 set./out.; 19 (5):1341-9.
16. Bickey LS. *Bates propedêutica terapêutica.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.