

DANIELA MELLO TONOLLI

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

PATRÍCIA DE CARVALHO JACOBSEN

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

THAÍS LOPES TRIDA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

VICTORIA JARDIM KOURY LOPES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

VANESSA MENDES SARGAÇO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

TATIANE MARIA DOMINGUES GESE

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

ELLEN DE OLIVEIRA DANTAS

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

Recebido em março de 2018.

Aprovado em maio de 2018.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SANTOS

RESUMO

Objetivo: Estudar o perfil epidemiológico de casos de sífilis congênita notificados no Hospital Guilherme Álvaro (HGA) entre 2013 a Dezembro de 2016. **Métodos:** Estudo transversal analisando fichas de notificação compulsória de sífilis congênita (SC). **Resultado:** 58 casos de SC. A maioria ocorreu em 2014 (53,4%; n=31). Após 2014, aumentou os diagnósticos ao nascimento, tendência significativa ($p=0,011$). 24,07% das gestantes eram adolescentes. 94,34% realizaram pré-natal. 71,43% das gestantes tinham sífilis. Um natimorto. **Conclusões:** A disponibilidade de tratamento para mães e crianças no Brasil alterou o número de casos analisados durante o estudo. A realização de pré-natal não foi suficiente para evitar infecções. A orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis visa a diminuição da porcentagem de gestantes adolescentes infectadas. Na maioria dos casos, o parceiro não foi tratado corretamente sendo fator de reinfeção.

Palavras-Chave: notificação de doenças. sífilis congênita. perfil de saúde.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN A REFERENCE HOSPITAL IN THE CITY OF SANTOS

ABSTRACT

Objective: Studying the epidemiological profile of congenital syphilis cases reported at the Guilherme Álvaro Hospital (HGA) between 2013 and December/2016. **Methods:** A cross-sectional study was conducted analyzing the reports of compulsory notification of congenital syphilis (SC). **Results:** 58 SC cases. The majority occurred in 2014 (53.4%, n = 31). The number of diagnoses at birth increased after 2014, a significant trend ($p = 0.011$). 24.07% of the pregnant women were adolescents. 94.34% received prenatal care. 71.43% of the pregnant women had syphilis. Just one stillborn. **Conclusion:** The availability of treatment for mothers and children in Brazil changed the number of cases analyzed during the study. Prenatal care was not enough to prevent infections. The guidance on sexually transmitted diseases is aimed at reducing the percentage of infected pregnant women. In most cases, the partner was not treated correctly as a reinfection factor.

Keywords: disease notification. syphilis, congenital.health profile.

INTRODUÇÃO

Conforme estudos publicados na Revista de Saúde Pública do Estado de São Paulo (2008, p. 770). “A sífilis congênita (SC) é causada pela transmissão do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou tratada incorretamente para o feto por via transplacentária ou pelo canal de parto”

Epidemiologia

A SC é a doença com maior taxa de transmissão vertical durante o ciclo gravídico. Percebeu-se nos últimos 10 anos um aumento progressivo na taxa de incidência de SC: de 2,0 casos/mil nascidos vivos (2006) para 6,5 casos/mil nascidos vivos (2015) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Nos últimos 11 anos, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil por sífilis passou de 2,4/100 mil nascidos vivos em 2005 para 7,4 /100 mil nascidos vivos em 2015 (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Manifestações Clínicas da Sífilis Congênita

Conforme a Revista de Saúde Pública (2008, p. 770). A SC é classificada em precoce ou tardia. A precoce é diagnosticada até o segundo ano de vida, com apresentação assintomática na maioria dos casos. A tardia é definida pelo diagnóstico após o segundo ano de vida e quando sintomática (também minoria dos casos), o comprometimento sistêmico é resultado da cicatrização da doença precoce. A sífilis gestacional também pode causar abortos e natimortos.

Diagnóstico de Sífilis Gestante

Dados computados na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2016, p. 112). A triagem na gestante é feita com o teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta do pré-natal para todas as gestantes. Se forem infectadas, devem ser testadas duas vezes, uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre. O parceiro sexual também deve ser testado.

Além disso, é obrigatória a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade, ou em caso de abortamento.

Critérios de Diagnóstico Sífilis Congênita

Dados obtidos no manual técnico para o diagnóstico da Sífilis do Ministério da Saúde (2016). O diagnóstico laboratorial da SC pode ser realizado por pesquisa direta ou testes sorológicos. O teste não-treponêmico em amostra de sangue periférico deve ser realizado em todos os recém-nascidos (RNS) cujas mães apresentaram sorologia reagente para sífilis na gestação, no parto ou na suspeita clínica de SC. Um resultado reagente no teste não treponêmico em crianças com menos de 18 meses de idade só tem significado clínico se o título aumentar em duas diluições quando comparado ao título da amostra da mãe e deve ser confirmado com uma segunda amostra. Crianças maiores de 18 meses devem ter suas amostras analisadas com teste treponêmico e o resultado reagente é suficiente para confirmar ou não SC. Também se recomenda que sejam realizados os exames complementares: hemograma, perfil hepático e eletrólitos; punção líquórica (obrigatória para pesquisar a neurosífilis), raio-x de ossos longos, avaliação oftalmológica e audiológica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).



Tratamento Sífilis Gestante

O tratamento para a sífilis em gestantes deve ser feito com penicilina benzatina com dosagem que varia de acordo com a fase da doença materna. O parceiro sexual deverá ser tratado ao mesmo tempo de acordo com a fase clínica da doença. O tratamento para sífilis materna é considerado inadequado quando: realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; tratamento incompleto; tratamento inadequado para a fase clínica da doença; tratamento dentro dos 30 dias que antecedem o parto; parceiro não tratado ou tratado inadequadamente (BRASIL. SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2016, p. 112).

Tratamento Da Sífilis Congênita

O tratamento da criança com SC é realizado com penicilina G cristalina (droga de escolha para neurosífilis) ou Penicilina G procaína, variando a dose conforme o esquema escolhido.

Segundo Guimarães (2017) do jornal Folha de São Paulo, em 2014 houve uma grave crise no abastecimento da penicilina no sistema de saúde nacional. Medidas para restabelecer o abastecimento da penicilina incluíram a compra de penicilina benzatina e orientação da rede pública de saúde quanto à priorização do uso dessa penicilina para sífilis em gestantes e medicações alternativas em sua falta.^{8,9} No primeiro semestre de 2016, a penicilina G cristalina era disponível em quantidades restritas apenas para o tratamento de SC e neurosífilis em RNs. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde (2016), somente diante indisponibilidade de Penicilina G Cristalina e Penicilina G Procaína a ceftriaxona está indicada.

Prognóstico das Crianças com Sífilis Congênita

O prognóstico da SC parece estar ligado à gravidade da infecção intrauterina e à época em que o tratamento foi instituído. Quanto mais precoce o tratamento, menos estigmas aparecerão na criança. A SC é uma doença evitável, sendo a educação sexual e o uso de preservativos as formas primárias de prevenção. O rastreamento da doença em mulheres com intenção de engravidar e o tratamento imediato delas e de seus parceiros se mostram técnicas eficientes para o controle da doença. Com o objetivo de reforçar o combate da sífilis na gestação, o Ministério da Saúde passou a incluir oficialmente a taxa de SC como um indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município, uma vez que esta reflete diretamente a qualidade da assistência perinatal. Infelizmente não há um estudo epidemiológico na baixada santista.

JUSTIFICATIVA

Apesar de evitável, a SC tem ainda grande relevância para a saúde pública.

O conhecimento da incidência e características clínicas regionais é importante para melhor estratégia quanto a medidas de prevenção, diagnóstico e tratamentos adequados.

OBJETIVO

Estudar o perfil epidemiológico de casos de sífilis congênita notificados nos anos de 2013 a 2016 em um hospital universitário de referência na cidade de Santos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado por meio de análise de fichas de notificação (anexos a e b) compulsória de SC, dos pacientes acometidos e suas respectivas mães, atendidas no Hospital Guilherme Álvaro. O período compreendido para seleção de fichas foi de janeiro de 2013 a dezembro de 2016.

Local e população do estudo

O Hospital Guilherme Álvaro (HGA), localizado na cidade de Santos, é considerado hospital geral terciário e de referência para gestação de alto risco e atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde. Considerado o único hospital público estadual da região, atende a toda Baixada Santista e ao Vale do Ribeira.

Como critérios de inclusão foram considerados todos os RNs e crianças com diagnóstico de SC notificados no HGA no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2016.

Variáveis do estudo

Todas as variáveis analisadas foram retiradas das fichas de notificação obrigatória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) dos pacientes. Desta forma, foi possível avaliar o número de casos de SC no período estudado, procedimentos diagnósticos adotados no período, conduta após diagnóstico fechado.

Foram analisados os grupos de variáveis, discriminadas no quadro 1.

Quadro 1 - Grupo de interesse de análise e variáveis selecionadas.
Santos 2013-2016.

Grupo de interesse	Variáveis
Características maternas	Idade
	Escolaridade
	Situação laboral (trabalho)
	Realização do Pré-natal
	Município do Pré-natal
Características do recém-nascido	Idade gestacional ao nascimento
	Peso ao nascimento
	Sexo
	Raça/ cor da pele
	Momento de realização de diagnóstico para sífilis
Teve diagnóstico de sífilis durante a gestação	
Diagnóstico da sífilis materna	Em qual período da gestação ocorreu diagnóstico para sífilis
	Realização de teste não treponêmico no parto ou curetagem
	Realização de teste treponêmico no parto ou curetagem
	Esquema de tratamento adotado para gestante
Tratamento de sífilis	Descrição do tratamento realizado
	Esquema de tratamento



Grupo de interesse	Variáveis
materno e paterno	realizado no parceiro,concomitante ao esquema de tratamento da gestante
Diagnóstico de sífilis congênita	Idade do diagnóstico da sífilis
	Diagnóstico para sífilis ao nascimento
	Método diagnóstico
	Realização de teste treponêmico
	após os 18 meses
	Realização de teste nãotreponêmico no líquido
	Realização de diagnóstico clínico
Realização de diagnóstico radiológico	
Dados identificados no diagnóstico	Titulação ascendente
	Evidencia de <i>T. pallidum</i>
	Alteração líquórica

Fonte: Elaborados pelos autores, 2017

Coleta de dados

Após a seleção das variáveis de interesse, procedeu-se a coleta dos dados. Este procedimento foi realizado entre os meses de janeiro a abril de 2017, com a elaboração e preenchimento de uma planilha formato Excel.

Análise dos Dados

Considerando os grupos de interesse, foi realizada a descrição das variáveis previamente selecionadas para o presente estudo. Variáveis qualitativas foram apresentadas segundo valores absolutos e relativos, enquanto variáveis quantitativas foram descritas segundo média, desvio padrão e mediana.

Foram propostos gráficos e figuras para compor a descrição da população de crianças diagnosticadas com SC.

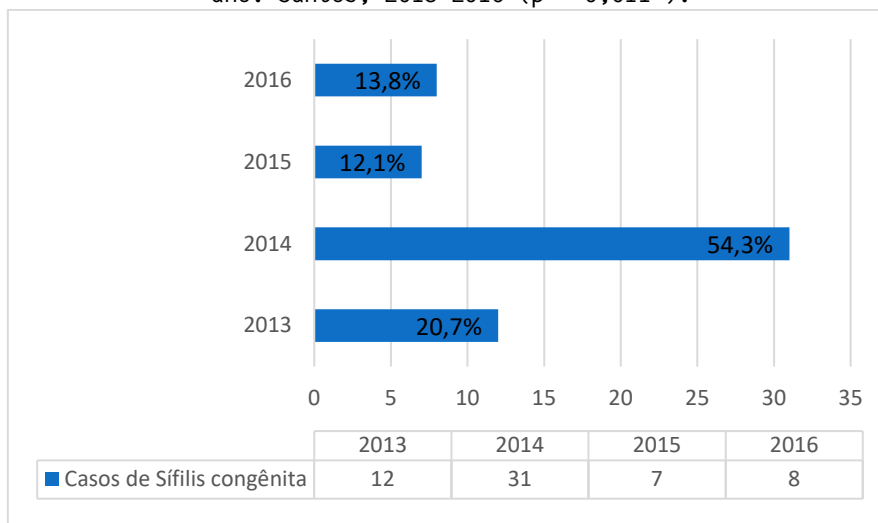
Foi proposta análise por meio de modelo de regressão logística não ajustada para verificar possíveis associações entre variáveis de interesse e diagnóstico ao nascimento de SC. Para tanto, considerou-se p valor igual ou inferior a 0,05 como estatisticamente significativa.

Todas as análises foram realizadas no software Stata, versão 13.1.

RESULTADOS

Foram incluídos no trabalho 58 casos de SC. Dentre o período avaliado, o ano de 2014 foi aquele com maior número de casos diagnosticados, representando 53,4% do total (n=31), como representado no gráfico abaixo:

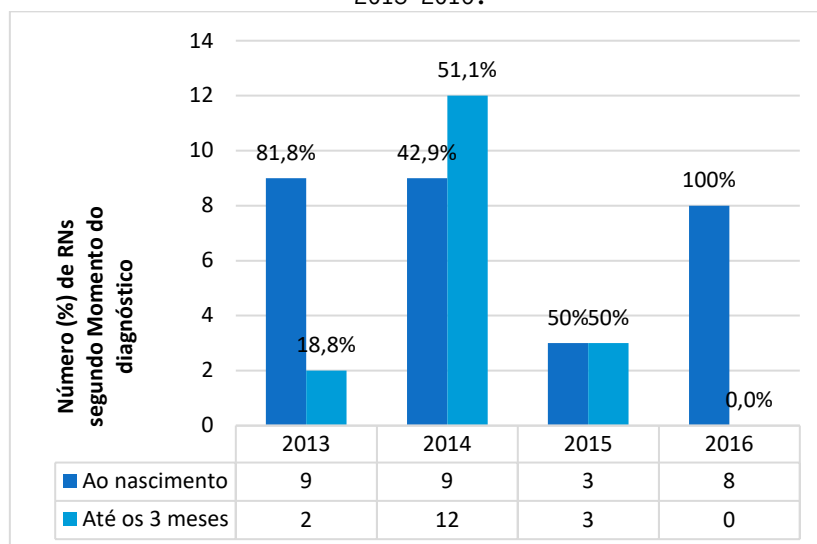
Gráfico 1 - Ocorrência de casos de SC (n=58) diagnosticado em hospital de referência segundo ano. Santos, 2013-2016 (p = 0,011*).



*Teste exato de Fisher para verificar diferença entre grupos.
Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

No Gráfico 2 é possível observar que, entre as crianças com informação sobre momento de diagnóstico (n=46), a partir do ano de 2014, houve um aumento gradual do percentual de diagnósticos ao nascimento em detrimento do diagnóstico até os três meses de idade, com uma tendência significativa (p=0,011).

Gráfico 2 - Momento do diagnóstico de SC (n=46) em hospital de referência segundo ano. Santos, 2013-2016.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Frente às características maternas, observou-se que 51,85% apresentavam idade entre 21 e 35 anos, com maior proporção de mães da raça branca (58%) e que declaravam ter alguma ocupação (51,06%). Aproximadamente 94% das mães realizaram pré-natal e destas, apenas 31,91% residiam no município de Santos. Como veremos no quadro 2 a seguir:

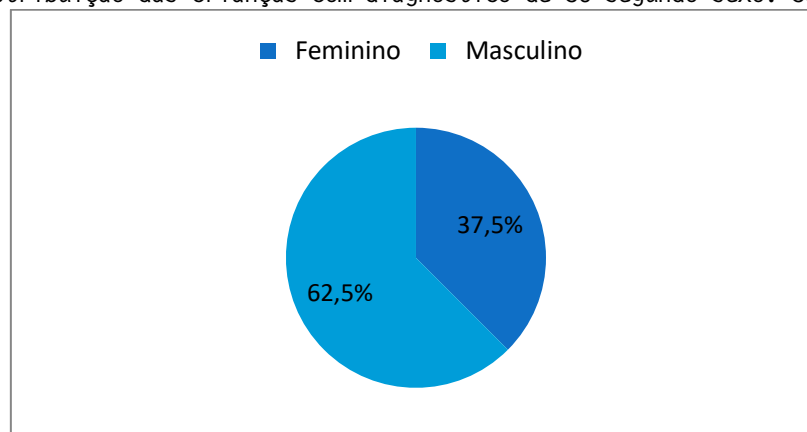
Tabela 1- Descrição das características maternas de mães com diagnóstico de sífilis. Santos, 2013-2016.

Características Materna	n	%
Idade		
15 a 20 anos	13	24,07
21 a 35 anos	18	51,85
36 anos ou mais	13	24,07
Cor e Raça		
Branca	29	58,00
Parda	14	28,00
Preta	7	14,00
Ocupação		
Do lar	16	34,04
Estudante	7	14,89
Trabalho remunerado	24	51,06
Escolaridade		
Até fundamental	25	62,50
Ensino médio incompleto	4	10,00
Ensino médio completo	11	27,50
Pré-natal		
Sim	50	94,34
Não	3	5,66
Município de realização do pré-natal		
Santos	15	31,91
Outros municípios da baixada santista	32	68,09

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

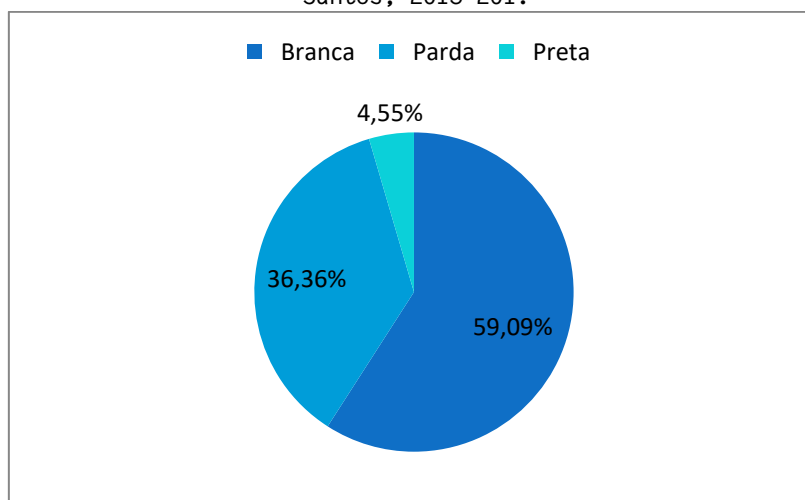
A maioria das crianças foi sexo masculino (62,5%) (gráfico 1) e a maioria (59,09%) foi declarada como de raça branca (gráfico 2).

Gráfico 3 - Distribuição das crianças com diagnóstico de SC segundo sexo. Santos, 2013-2016.



Fonte Elaborada pelos autores, 2017.

Gráfico 4 - Distribuição dos recém-nascidos e lactentes com diagnóstico de SC segundo raça. Santos, 2013-201.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Houve grande número de fichas de notificação com informação ignorada para idade gestacional e peso ao nascimento. Apenas 5 fichas continham essas informações que mostraram que 3 RNs foram de termo e 2 RNs foram pré-termos. Quanto ao peso de nascimento, 1 RN era adequado para idade gestacional e 1 RN era de baixo peso.

Quanto ao momento de detecção da infecção por sífilis na gestante, 41(70,69 %) mulheres receberam o diagnóstico na gestação. Ao todo, 51 (87,94%) gestantes realizaram teste treponêmico no momento do parto ou curetagem e 43 (76,14%) o teste não treponêmico (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição de método diagnóstico aplicadas às mães diagnosticadas com sífilis. Santos, 2013-2016.

	n	%
Diagnóstico Materno		
Sífilis materna diagnosticada durante a gestação		
Não	5	8,62
Sim	41	70,69
Informação ignorada	12	20,69
Período da gestação em que ocorreu diagnóstico		
Primeiro trimestre	2	3,45
Segundo trimestre	2	3,45
Terceiro trimestre	16	27,59
Momento do parto	9	15,52
Informação ignorada	29	49,99
Diagnóstico		
No momento do parto ou curetagem	7	12,50
Durante o pré-natal	40	71,43
Após o parto	2	3,57
Informação ignorada	7	12,50
Teste realizados na mãe		
Teste treponêmico no parto ou curetagem		
Não reagente	11	18,97

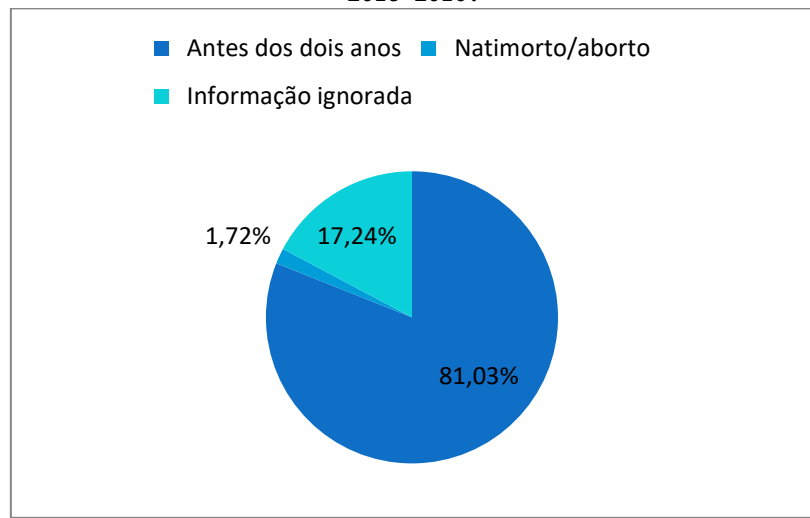


	n	%
Reagente	40	68,97
Informação ignorada	7	12,06
Teste não treponêmico no parto ou curetagem		
Não reagente	4	6,90
Reagente	39	69,24
Informação ignorada	15	23,86

Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

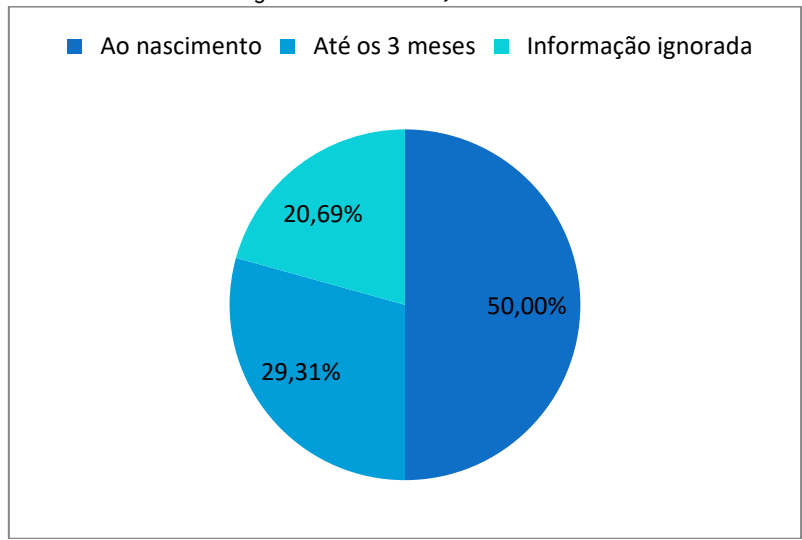
Crianças com informações válidas tiveram diagnóstico para SC antes dos 2 anos completos (gráfico 5) e foi possível a realização do diagnóstico ao nascimento em metade dos casos (gráfico 6).

Gráfico 5 - Distribuição das crianças segundo idade de diagnóstico de sífilis congênita. Santos, 2013-2016.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Gráfico 6 - Distribuição das crianças segundo diagnóstico precoce (antes dos 2 anos) de sífilis congênita. Santos, 2013-2016.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

O teste diagnóstico mais realizado nas crianças foi o não treponêmico de maneira isolada (n=25; 43,11%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição de método diagnóstico aplicado às crianças diagnosticadas com sífilis congênita. Santos, 2013-2016.

Testes realizados na criança		
Método diagnóstico	n	%
Teste treponêmico + teste não treponêmico	13	31,71
Teste não treponêmico	25	43,11
Informação ignorada	20	34,48
Teste treponêmico - após 18 meses		
Não reagente	3	5,17
Reagente	3	5,17
Informação ignorada	52	89,66
Teste não treponêmico no líquido		
Não reagente	18	31,03
Reagente	2	3,45
Não realizado	38	65,52

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

Em relação aos dados identificados no diagnóstico, houve baixo número de resultados positivos para alteração liquórica (n=1; 1,72%), titulação ascendente (n=4; 6,9%) ou evidência de *T. pallidum* (n=5; 8,62%). Houve, porém, falta dessas informações na maioria das fichas. Diagnóstico clínico foi assintomático em 29 crianças (50%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Descrição de dados evidenciados nos testes diagnósticos procedidos em crianças com sífilis congênita. Santos, 2013-2016.

Dados identificados no diagnóstico	n	%
Titulação ascendente		
Não	2	3,45
Sim	4	6,90
Informação ignorada	52	89,65
Evidência de <i>T. pallidum</i>		
Não	5	8,62
Sim	5	8,62
Informação ignorada	48	82,76
Alteração liquórica		
Não	16	27,59
Sim	1	1,72
Informação ignorada	41	70,69
Diagnóstico Clínico		
Assintomático	29	50,00
Sintomático	3	5,17
Informação ignorada	26	44,83
Diagnóstico Radiológico		
Não	25	43,10
Sim	5	8,62
Informação ignorada	28	48,28

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.



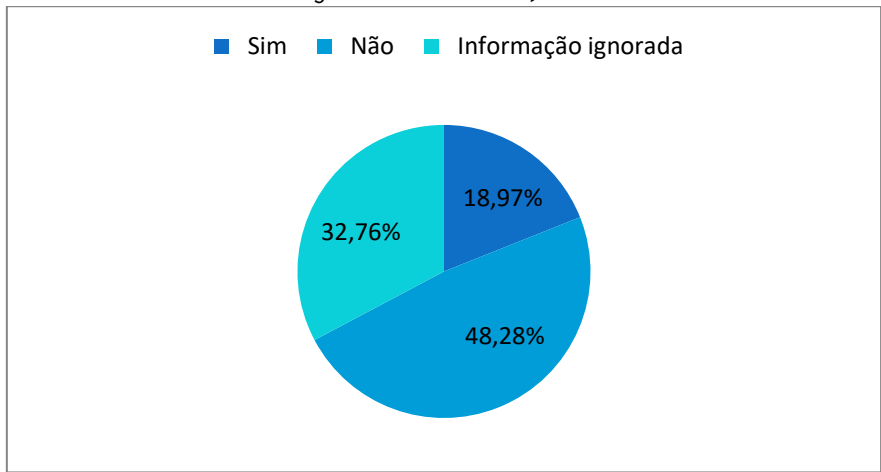
Após diagnóstico materno, as condutas terapêuticas adotadas foram consideradas adequadas em 60,3% dos casos. Apesar da alta prevalência de informação omitida frente à conduta terapêutica detalhada, observou-se que esquema de Penicilina G benzatina 2.400.00 UI foi o mais utilizado, adotado para tratamento de 22 mães (tabela 5). Apenas em 11 casos, o parceiro foi tratado de maneira concomitante à mãe (gráfico 7).

Tabela 5 - Descrição de conduta terapêutica aplicadas às mães diagnosticadas com sífilis. Santos, 2013-2016.

	n	%
Descrição da conduta terapêutica materna		
Esquema de tratamento para gestante		
Adequado	35	60,34
Inadequado	5	8,62
Não realizado	1	1,72
Informação ignorada	17	29,32
Conduta terapêutica após diagnóstico materno		
Penicilina G benzatina 2.400.00 UI	22	37,93
Penicilina G benzatina 4.800.00 UI	1	1,72
Penicilina G benzatina 7.200.00 UI	9	15,52
Outro esquema	9	15,52
Informação ignorada	17	29,31

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

Gráfico 7 - Número de parceiros que aderiram ao tratamento de sífilis concomitante ao tratamento materno/gestante. Santos, 2013-2016.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

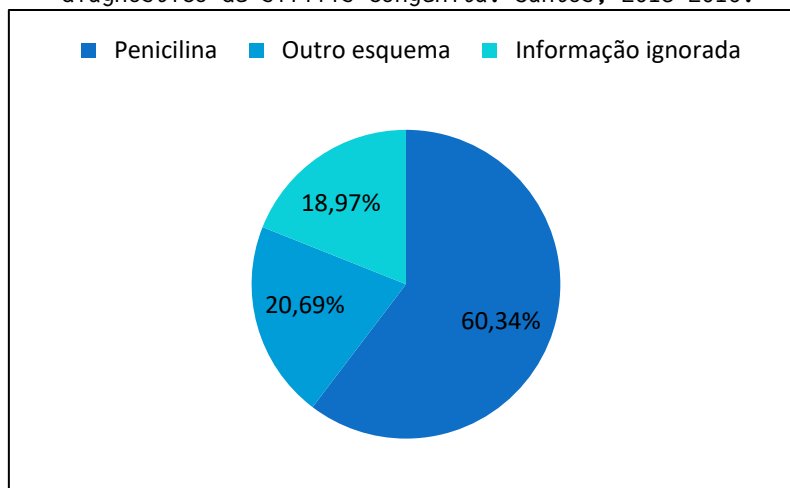
Entre as crianças, as possibilidades terapêuticas foram mais amplas, com maior predileção pela prescrição de Penicilina G cristalina 100.000 a 150.00 UI/kg/dia (n=21) (Tabela 6) (gráfico 8).

Tabela 6 - Descrição de conduta terapêutica aplicadas às crianças diagnosticadas com sífilis congênita. Santos, 2013-2016.

Descrição da conduta terapêutica aplicada à criança	n	%
Conduta terapêutica após diagnóstico da criança		
130.000 UI	1	1,72
75.000 UI em cada vasto lateral	1	1,72
Outro esquema	12	20,69
Penicilina G benzatina 50.00 UI/kg/dia	4	6,90
Penicilina G cristalina 100 a 150.000UI/kg/dia	21	36,21
Penicilina G procaína 50.00 UI/kg/dia	6	10,34
penicilina g cristalina 185000 UI 12/.	1	1,72
penicilina g cristalina 5000000 (0,35.	1	1,72
Não realizado	11	18,97

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

Gráfico 8 - Distribuição das condutas terapêuticas adotadas para tratamento de crianças com diagnóstico de sífilis congênita. Santos, 2013-2016.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

Não foram encontradas variáveis estatisticamente significantes relacionadas ao diagnóstico de SC ao nascimento (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise univariada de fatores associados ao diagnóstico de sífilis congênita ao nascimento em RN (n=47) atendidos em Hospital de Referência. Santos, 2013-2016.

Características Materna	OR	p valor
Idade		
15 a 20 anos	0.54	0.343
21 anos ou mais	Ref	
Cor e Raça		
Branca	Ref	
Negra	0.56	0.383
Ocupação		
Do lar	Ref	
Estudante ou trabalho remunerado	1.20	0.584
Escolaridade		



	OR	p valor
Características Materna		
Até fundamental	1.85	0.446
Ensino médio incompleto ou mais	Ref	
Município de realização do pré-natal		
Santos	Ref	
Outros municípios da baixada santista	1.29	0.722
Diagnóstico		
No momento ou após parto/curetagem	4.63	0.064
Durante o pré natal	Ref	
Esquema de tratamento para gestante		
Adequado	Ref	
Inadequado	1.83	0.545
Esquema de tratamento para o parceiro concomitante ao da gestante		
Sim	Ref	
Não	0.33	0.164
Teste realizados na mãe		
Teste treponêmico no parto ou curetagem		
Não reagente	Ref	
Reagente	0.33	0.627
Teste não treponêmico no parto ou curetagem		
Não reagente	Ref	
Reagente	0.28	0.159

Fonte: Elaborada pelos autores, 2017.

DISCUSSÃO

Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, (2016) a incidência de SC vem aumentando progressivamente no Brasil. Neste estudo, houve um maior número de casos notificados em 2014 e uma diminuição progressiva nos anos seguintes. No início de 2014 o Ministério da Saúde (2015) informou que havia relatos sobre o desabastecimento de Penicilina Benzatina no Brasil.

Apenas em outubro de 2015 foi divulgada uma nota informativa do Ministério da Saúde (2015) relatando que a compra da penicilina foi feita em quantidades restritas naquele momento, e que seu uso deveria ser priorizado para casos de sífilis em gestantes e SC.

A partir de 2014, observamos um aumento percentual significativo do diagnóstico de SC realizado no momento do nascimento. Isso pode ser influenciado pelo grande número de casos de sífilis materna diagnosticada durante a gestação e da realização de pré-natal, pois as crianças com mãe que tenha a sífilis diagnosticada durante a gestação vão obrigatoriamente realizar testes diagnósticos após o nascimento.

Em estudo realizado por Almeida e Pereira (2007), sobre a caracterização da sífilis congênita em Salvador de 1997 a 2002 a idade de diagnóstico de sífilis congênita foi com mais de 10 dias em 32,7% dos casos, o que mostra uma melhora significativa no momento do diagnóstico no nosso estudo, que teve todos os casos de 2016 diagnosticados ao nascimento. No Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2016) nº V4 os dados de diagnóstico realizado antes de 7 dias no Brasil corresponderam a 96,4% em 2013, 96,3% em 2014, 96,4% em 2015 e 96,8% em 2016 (até junho). É muito importante que as crianças doentes sejam diagnosticadas ao nascimento para que dessa forma sejam tratadas precocemente e não tenham as sequelas causadas pela doença, que seriam as manifestações da SC tardia.

Em relação às características maternas, 24% das mães eram adolescentes dados muito relevantes quando tratamos de prevenção da sífilis congênita. Na adolescência, o indivíduo torna-se vulnerável ao desenvolvimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) devido às características inerentes à própria idade como da falta de habilidade para a tomada de decisões ou iniciação precoce das atividades sexuais. Segundo o boletim epidemiológico da Organização Mundial da Saúde - OMS (2014) tem ocorrido um crescimento no número de casos de DSTs entre a população jovem, sendo que entre o período de 2004 a 2013, 25% dos casos registrados de DSTs ocorreram na faixa etária inferior aos 25 anos, fato que corrobora a porcentagem de mães adolescentes portadoras de sífilis presente em nosso estudo (ALMEIDA; PEREIRA.2007).

Em termos de escolaridade a maioria das mães tinha até o ensino fundamental. Sabe-se que a educação escolar é essencial para prevenção de DSTs. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (Pense) do Ministério da Saúde de 2015, realizada em adolescentes de 13 a 17 anos nas escolas de todo o Brasil, 35,6% dos alunos não usaram preservativos em sua primeira relação sexual, sendo o percentual de meninas de 31,3%. O mesmo estudo aponta que quanto mais jovem, menor é o uso da camisinha. Além disso, 9% das meninas do 9º ano do fundamental que já tiveram relações sexuais, já engravidaram alguma vez. Referente à educação sexual na escola, para os escolares entre 13 a 15 anos, 30% refere não ter recebido orientação sobre a prevenção de gravidez, 21% sobre AIDS e outras DSTs e 40% não recebeu orientação de como conseguir preservativo gratuitamente. O não uso de preservativos aliado ao nível de escolaridade e falta de esclarecimento, principalmente no que concerne ao entendimento sobre a transmissão de DSTs, são fatores que, associados ao uso de drogas ou bebidas alcoólicas, influem muito na perpetuação da transmissão de DSTs e aumento do risco de gravidez na adolescência (IBGE, 2015).

Independente do grau de escolaridade, 95% das gestantes realizaram o pré-natal, o que transmite uma boa abrangência do pré-natal e que está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Porém, apenas 70% das gestantes tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, o que sugere que esse pré-natal pode não ter tido número de consultas indicadas, mas essa informação não consta nas fichas de notificação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005).

Ao observar os dados evidenciados nos testes diagnósticos, como alterações líquóricas, clínicas e radiológicas, percebe-se que dependendo do dado analisado, quase a metade ou mais da metade deles se mostram como informação ignorada. Na literatura, Saraceni e Leal (2000, p. 1999-2000) Schramm e Szwarcwald (2000) já foi demonstrado que a falta de registro de informações clínicas e de exames subsidiários podem ser empecilho para o uso dessa fonte de dados.

A prevenção da SC está intimamente ligada ao tratamento adequado da infecção materna. Uma das dificuldades encontradas durante a análise deste estudo foi a falta de informação sobre o tratamento da mãe em aproximadamente 1/3 das fichas. Problema que já foi relatado na literatura, no estudo feito pelos pesquisadores Donalísio, Freire e Mendes (2007), também utilizaram as fichas de notificação compulsória do SINAN como fonte de dados e descreveu a mesma dificuldade. Apesar da imprecisão na documentação, cerca de 60% dos tratamentos foram descritos como adequados, o que difere do estudo citado, no qual apenas 40% das gestantes com sífilis foram tratadas adequadamente.

Faz parte do tratamento adequado da sífilis na gestação o tratamento concomitante do parceiro. Apenas 18,97 % dos parceiros receberam tratamento adequado no nosso estudo. Portanto, as gestantes tratadas tinham risco de serem reinfectadas pelos seus parceiros, proporcionando maiores chances de infecção fetal numa eventual nova gestação. Analisado esse dado, Holanda et al (2012), apresentaram índices semelhantes aos desse trabalho: 11% dos parceiros foram tratados, 34% eram ignorados e 54% não foram tratados. Na literatura já foi demonstrado por Donalísio, Freire e Mendes (2007), que a inclusão do parceiro no pré-natal pode ser uma ferramenta utilizada para melhorar o



controle e a cobertura do tratamento da sífilis, uma vez que introduz o homem no serviço de saúde e propicia melhor rastreamento do paciente infectado.

No que se diz respeito do tratamento das crianças com SC, a observação de 20,69% de crianças tratadas com outros esquemas (não penicilina) pode ser devido ao período de análise das fichas, que coincidiu com o período em que ocorreu a falta da droga de escolha no tratamento.

Não foi encontrado variáveis (referentes à mãe ou à criança) que fossem associadas à realização do diagnóstico no momento do parto. Talvez uma amostra maior, que pode ser obtida com continuidade do estudo por mais tempo, possa trazer essas informações.

CONCLUSÃO

No Hospital Guilherme Álvaro, houve variação do número de casos notificados no decorrer dos anos avaliados que correspondeu à disponibilidade de medicação de escolha para tratamento da mãe e da criança em todo Brasil.

A realização de pré-natal, que foi informada como realizada pela maioria das mães, não foi suficiente para evitar a infecção do RN. Mães adolescentes, embora não estejam em maioria, constituem uma parcela importante de gestantes infectadas, o que requer medidas específicas de orientação quanto a doenças sexualmente transmissíveis. A falta de tratamento adequado do parceiro foi identificada na maior parte dos casos e pode ser fator de reinfecção da mãe.

REFERÊNCIAS

Almeida MF, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia - 1997 a 2002.

Bottega A, Canestrini T, Rodrigues MA, Rampelotto RF, Santos SO, Silva DC et al. ABORDAGEM DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA: revisão de literatura. Suplemento - Artigos de revisão. Rio Grande do Sul, Julho, 2016. p. 91-104.

Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido*. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, jul-set 2007. 16(3):165-173.

Folha.uol.com.br [site na internet]. Folha de S.Paulo. Falta de penicilina afeta pacientes no mundo. <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/05/1881791-falta-de-penicilina-afeta-pacientes-no-mundo.shtml>. Acesso:08/05/2017.

Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, abr-jun 2011. 20(2):203-212.

Ministério da Saúde. DATASUS [banco de dados na internet]. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php/index.php>

Ministério da Saúde. IBGE. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar. Brasília; 2015.

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA - Manual Técnico. Brasília; 2005.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2016; v. 47, n. 35. Brasília; 2016.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. NOTA INFORMATIVA Nº 006/2016/GAB/DDAHV/SVS/MS. Brasília; 2016.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DST, AIDS e Hepatites Virais. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Informativa Conjunta Nº 68/2016 DDAHV/SVS/MS e DAPES/SAS/MS. Brasília; 2016.
- Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Nota informativa conjunta nº 009/2015/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS. Brasília; 2015.
- Ministério da saúde. Situação Atual da Sífilis no Brasil e de Penicilina Benzatina para prevenção da Sífilis Congênita. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; 2015.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2 ed. São Paulo; 2016.112p..
- Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal - 1999-2000. Cadernos de Saúde Pública 2003;19: 1341-1349.
- Schramm JMA, Szwarcwald CL. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. Revista de Saúde
- Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde -SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):768-72.

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1: _____		
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		54 Data _____		
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		56 Título 1: _____		
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia <input type="checkbox"/>		
	64 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 4 - Outro esquema _____ 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado			66 Data do Óbito _____	

Observações Adicionais:

Investigador	Município / Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination *Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

* É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou: tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou - elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou - quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração liquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

Sífilis Congênita

Sinan NET

SVS

04/08/2008

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		SÍFILIS EM GESTANTE		
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		3 Código (CID10) O98.1
	4 UF	5 Município de Notificação	3 Data da Notificação	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF		18 Município de Residência
	19 Distrito	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Ant. epid. gestante	31 Ocupação	32 UF		
	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código	
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica		
	37 Teste não treponêmico no pré-natal	38 Título		39 Data
	40 Teste treponêmico no pré-natal	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante		
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante	43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		
	Sifilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008			
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro	45 Assinatura		
	Município/Unidade de Saúde			
Investigador	Nome	Função	Cód. da Unid. de Saúde	
	Sifilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008			