



Inês Aparecida Laudaes Kawaguchi

**Perfil Terapêutico Assistencial da Sífilis
Congênita no Distrito Federal no Ano de 2008**

Mestrado

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”
UNESP
Ano 2009/2011**

Inês Aparecida Laudaes Kawaguchi

Perfil terapêutico assistencial da sífilis congênita no Distrito Federal no ano de 2008

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, projeto MINTER (FMB/UNESP/ESCS/FEPECS/SES/DF) para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Brasília
2011

Ficha catalográfica (anexo a parte)

À minha família e aos meus amigos

Agradecimentos

Agradeço a DEUS pelo seu infinito amor...

Agradeço aos meus pais que me ensinaram mais que teorias, me ensinaram a superar os obstáculos e principalmente a respeitar o outro, todo o meu carinho e gratidão.

Aos meus filhos Jessica e Gustavo, ao meu esposo Roberto, que souberam compreender, esperar e por estarem sempre comigo!

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Adriano Dias, pela valiosa orientação, incentivo e por compartilhar seus conhecimentos.

A Coordenação do MINTER, Dra. Fátima, Dra. Adriana Pederneiras e aos Professores da UNESP/SP, Dra. Iracema e Dr. Peraçoli.

Aos meus colegas de trabalho, minha Gerência, aos novos colegas do Mestrado, Fábio, Allan, Evaldo, Tatiane, especialmente à Daniela, pela sua enorme colaboração.

Sou grata aos servidores da SES/DF que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, aos pacientes por emprestarem seus dados tornaram possível esta pesquisa e conhecendo-os, passaram a fazer parte do meu novo modo de ver a Saúde Pública.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Coralina

KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares, Perfil terapêutico assistencial da sífilis congênita no Distrito Federal no ano de 2008. 44 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB, Botucatu, 2010.

RESUMO

A sífilis congênita apresenta elevada morbidade e mortalidade. Permanece com altas taxas de transmissão no Brasil e representa um desafio para a saúde pública, apesar do tratamento acessível e de baixo custo. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil terapêutico-assistencial da sífilis congênita na SES/DF. Trata-se de um estudo descritivo, com dados secundários, a partir das identificações dos casos em 2008, pelos hospitais selecionados para o estudo e notificados junto à Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SES/DF (DIVEP/DST/AIDS/DF). Com a identificação dos 81 casos, buscaram-se nos hospitais e centros de saúde, as informações relativas à sífilis congênita, como os dados obstétricos e epidemiológicos da mãe. Foram encontradas, 87,5% gestantes que fizeram o pré-natal, 17,3% gestantes que não realizaram VDRL no pré-natal. O tratamento dos RN foi inadequado quanto ao manejo clínico em 51,7%. Observou-se inconstância na realização dos exames: radiológico, hemograma e líquido cefalorraquidiano, encontrado campos em branco ou ignorados em fichas de notificação compulsória, prontuários da mãe e da criança. Quanto ao acompanhamento das crianças até os 18 meses de vida e o seguimento terapêutico, não foi possível avaliar a aplicação do Protocolo do MS, devido a não localização de registros. Conclui-se que há falhas no controle da transmissão vertical da sífilis, nas intervenções terapêuticas e que o seguimento das crianças com SC requer ações ordenadas, capacitação profissional, integração entre os serviços de assistência e vigilância.

Palavras-chave: Sífilis, Sífilis Congênita, Epidemiologia

ABSTRACT

Congenital syphilis has high morbidity and mortality. Remains with high transmission rates in Brazil and as a public health challenge, despite the affordable low cost treatment. The objective of this study was to describe the therapeutic -assistant profile of congenital syphilis in the SES / DF. It is a descriptive study ,using secondary data ,from the identification of cases in 2008, of hospitals selected for the study and reported along with the Directorate of Epidemiological Surveillance SES / DF (DIVEP / STD / AIDS / DF). With the identification of 81 cases, we seek at hospitals and health centers, information on congenital syphilis, obstetric and epidemiological data from the mother ,were surveyed, and then, with this, a profile of children with CS was made. Were found 87.5% pregnant women who received prenatal care, 17.3% women were not performed in this pregnancy VDRL, and treatment of newborns were inadequate and the clinical management in 51.7%. There was inconsistency in the examinations: X-rays, blood counts and cerebrospinal fluid, finding fields in blank or ignored in compulsory notification forms, such as charts of mother and child. The monitoring of children up to 18 months and therapeutic treatment witch the implementation of the Protocol to the MS was not possible to due to not finding records. We conclude that there are flaws in the control of vertical transmission of syphilis, in the therapeutic interventions in children. The class of SC requires actions ordered, professional capacitation, and integration of care services and supervision.

Keywords: Syphilis, Syphilis Congenital, Epidemiology

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA GERAL.....	10
OBJETIVOS	
GERAL	11
ESPECÍFICOS.....	11
CAPÍTULO I - SÍFILIS CONGÊNITA	12
RESUMO.....	14
SUMMARY.....	15
INTRODUÇÃO	16
MATERIAIS E MÉTODO	16
HISTÓRIA DA SÍFILIS CONGÊNITA	17
CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA A DEFINIÇÃO DE CASOS DE SC.....	17
EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	19
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
CAPÍTULO II – PERFIL TERAPÊUTICO ASSISTENCIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2008	25
RESUMO.....	27
SUMMARY.....	28
INTRODUÇÃO	29
MATERIAIS E MÉTODO	31
RESULTADOS	33
DISCUSSÃO	36
CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
ANEXOS.....	42

JUSTIFICATIVA GERAL

A eliminação da sífilis congênita vem impondo grande desafio aos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Embora seja uma doença passível de prevenção, de agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, persiste como um grande problema de saúde para os serviços assistenciais e de vigilância.

Em 1995, o Ministério da Saúde do Brasil definiu como meta a eliminação da doença congênita até o ano de 2000. Para tanto, passou a rastrear gestantes como estratégia a ser privilegiada. As metas não foram atingidas e estima-se que a prevalência média da infecção congênita no País por 1.000 nascidos vivos seja, atualmente, de 1,5 a 2,0 casos.

A sífilis congênita pode ser considerada como um evento sentinela, pois sua ocorrência revela falhas na atenção à saúde das gestantes relacionadas à investigação, notificação e tratamento.

Diante do exposto, justifica-se a realização deste trabalho que descreve o perfil terapêutico-assistencial da sífilis congênita no Distrito Federal.

OBJETIVOS

GERAL

Avaliar o seguimento terapêutico dispensado aos recém-nascidos, com diagnóstico de sífilis congênita, em Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

ESPECÍFICOS

Capítulo I

Descrever os aspectos históricos e epidemiológicos da sífilis congênita

Capítulo II

Descrever o perfil terapêutico-assistencial da sífilis congênita no Distrito Federal entre os casos notificados no ano de 2008.

CAPÍTULO I
SÍFILIS CONGÊNITA

Sífilis Congênita
Congenital Syphilis

Inês Aparecida Laudares Kawaguchi¹

Adriano Dias²

1. Enfermeira, Pós-Graduanda do Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB-UNESP
2. Epidemiologista, Prof. Assistente Doutor Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB - UNESP

Universidade Estadual Paulista – UNESP – “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB

Projeto MINTER do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Inês Aparecida Laudares Kawaguchi

SQN 405 Bloco O Apto 108, CEP: 70.846-150 Brasília-DF

(61)3347 2445 (61)9601 5009

E-mail: ineslaudares@hotmail.com

Este capítulo foi redigido de acordo com as normas de publicação da Revista Comunicação em Ciências da Saúde, para a qual será submetida.

RESUMO

SC é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu conceito por via transplacentária. A transmissão vertical (TV) do treponema pode ocorrer em qualquer fase da gestação e depende do estágio clínico da doença materna. As manifestações clínicas da doença congênita podem estar ausentes no nascimento ou surgirem dias, meses ou anos após. Entre os fatores de risco que contribuem para a alta prevalência da SC estão o baixo nível sócio-econômico, a baixa escolaridade, promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de adequação da assistência pré-natal. No Brasil, a sífilis congênita constitui um importante marcador da qualidade do pré-natal e mostra-se como um evento de alta magnitude.

Palavras-chave: Sífilis, Sífilis Congênita, Epidemiologia

SUMMARY

Congenital syphilis is the result of hematogenic dissemination of *Treponema pallidum* in pregnant women, untreated or inadequately treated, to her fetus via the placenta. The Vertical Transmission (VT) of *treponema* can occur at any stage of gestation and it depends on the clinical stage of maternal disease. The clinical manifestations of congenital disease can be absent at birth, but it can appear days, months or years later. The principal risk factors that contribute to the high prevalence of SC are the low socioeconomic status, poor education, sexual promiscuity and especially the lack of adequate prenatal care. In Brazil, congenital syphilis is an important marker of quality of prenatal care and it is considered as an event of high magnitude.

Keywords: Syphilis, Congenital Syphilis, Epidemiology

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é um importante problema de saúde pública em vários países do mundo¹. Trata-se de uma doença passível de prevenção, de agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, cuja eliminação é possível com o tratamento antes e durante a gestação². Ocupa destacado espaço entre as causas básicas de óbitos infantis, sobretudo entre as perdas fetais, provocando abortos, nati e neomortalidade, além de complicações precoces e tardias nos nascidos vivos.

A sífilis é considerada um marcador importante da qualidade da assistência à saúde no pré-natal, mas é vítima da subnotificação, apesar da compulsoriedade^{2,3}. No Brasil, no ano de 2005, foram notificados quase seis mil novos casos, resultando em uma proporção de incidência de 1,9 por mil nascidos vivos⁴. A perda do seguimento dos recém-nascidos (RN) é outro fator que traz dificuldades na compreensão da ocorrência da SC.

Agravos com a SC quase sempre demonstram dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde, atingindo prioritariamente a população mais desfavorecida. O acesso ao pré-natal e ao parto hospitalar não garantem a qualidade da atenção^{5,6}.

O objetivo desta revisão foi buscar na literatura científica os aspectos históricos e epidemiológicos da sífilis congênita, suas repercussões perinatais e o seguimento clínico de RN acometidos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Neste trabalho foram revisadas as bases de dados, LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, PAHO e WHOLIS no período de 1986 a 2010. Os trabalhos que estavam disponíveis na íntegra ou que constavam nas listas de referências dos artigos encontrados foram utilizados como leitura complementar.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram *congenital syphilis*, *syphilis vertical transmission*, *syphilis treatment*, *congenital syphilis follow-up*, *syphilis epidemiology*, *syphilis prenatal care*.

O cruzamento de informações resultou em 1.500 artigos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, mas com textos disponíveis e de interesse, apenas 30 foram incluídos no estudo.

HISTÓRIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

As primeiras descrições da sífilis congênita (SC) foram atribuídas a Lopez de Villa Lobos e Fracastoro. Acredita-se que Paracelsus foi o primeiro a levantar a hipótese da transmissão intraútero, e no final do século XIX, Jonathan Hutchinson descreveu detalhadamente a sífilis congênita através da tríade de Hutchinson, composta pela má formação dos dentes, ceratite intersticial e surdez neurossensorial^{6,7}.

A SC é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu conceito por via transplacentária⁸. A transmissão vertical (TV) do treponema pode ocorrer em qualquer fase da gestação e depende do estágio clínico da doença materna^{8,9}.

As manifestações clínicas da doença congênita podem estar ausentes no nascimento e surgirem tardiamente. Desta forma, a SC é dividida em dois períodos: a precoce, até o segundo ano de vida, e a tardia, surge após o segundo ano de vida^{9,10}.

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA DEFINIÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

A definição de caso é uma ação que possibilita a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência em uma determinada população^{11,12,13}.

A definição de caso de SC para fins de vigilância apresenta quatro critérios específicos: 1) toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento^{11,12,14,15}; 2) todo indivíduo

com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situações de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe; 3) todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de SC; 4) toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biopsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

A profilaxia da sífilis congênita é feita através da solicitação do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e do tratamento das gestantes infectadas juntamente com seus parceiros durante a consulta pré-natal, realizado conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil: “Deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto)”¹⁵.

O VDRL é um teste não treponêmico que apresenta alta sensibilidade e baixa especificidade. A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e latente, com até um ano de duração, e pode alcançar uma positividade de 100%, pois estas fases apresentam os valores mais altos de titulação no exame quantitativo. Apresenta, ainda, rápida negatificação em resposta ao tratamento, sendo o ideal para o rastreamento e controle da cura da sífilis^{15,16,17}.

Os testes não treponêmicos em crianças, seja o VDRL ou o RPR (Rapid Plasm Reagin), podem apresentar positividade até o sexto mês de vida e indicar, também, transferência materna, devendo ser comparados com títulos maternos, realizados na admissão para o parto^{5,18}. Uma vez infectado pelo *T. pallidum*, os anticorpos específicos podem permanecer detectáveis indefinidamente pelos métodos treponêmicos, podendo significar uma infecção anteriormente tratada (cicatriz sorológica), ao contrário dos não treponêmicos, que tendem à negatificação após o tratamento e por isso são utilizados no seguimento^{18,19}.

Os testes treponêmicos: *Treponema pallidum* Hemagglutination (TPHA), *Fluorescent Treponemal Antibody* (FTA-Abs), *Enzyme-linked Immunosorbent Assay* (ELISA), *Microhemagglutination assay for Treponema pallidum* (MHA-TP) tendem a declinar progressivamente até a sua negatificação (por volta de 18 meses de idade), quando os anticorpos IgG maternos transferidos passivamente caem, e por isso não devem ser realizados

em RN. Os anticorpos da classe IgM não apresentam boa sensibilidade, resultando em falsos negativos^{6,19}.

Existem ainda os Testes Rápidos para Sífilis (TRS), que são exames treponêmicos bastante práticos e de fácil execução, pois utilizam uma amostra de sangue colhida por punção digital ou venosa, com rápida obtenção do resultado (entre 10 e 15 minutos) e dispensam o uso de equipamentos¹⁹.

O diagnóstico da SC depende da combinação de critérios clínicos, sorológicos, radiográficos e microscópicos^{18,19}.

O estudo do líquido cefalorraquidiano é parte do diagnóstico e o VDRL positivo confirma o diagnóstico de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou na concentração de proteínas. Já o aparecimento precoce das alterações ósseas na avaliação radiológica de ossos longos, apresenta importância diagnóstica, visto que de 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, as imagens radiológicas representam a única alteração observável^{9,19,20}.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que os RN nascidos de mães com sífilis não tratadas ou inadequadamente tratadas na gravidez, mesmo que assintomáticas, devam realizar durante o período neonatal o exame sorológico para detecção da infecção, hemograma e análise do líquido^{4,17,19,20}.

EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, nos países subdesenvolvidos, entre 10% e 15% das gestantes seriam portadoras de sífilis. No Brasil, estima-se que de 3,5% a 4% das gestantes sejam portadoras desta doença, existindo um risco de transmissão vertical do treponema entre 70% e 100%, com taxas de mortalidade perinatal de até 40%²¹.

Em alguns países africanos como Tanzânia, Uganda, Etiópia e Zâmbia, a doença apresenta altos índices de ocorrência, variando entre 3% e 17%, e os escassos dados sobre a sífilis congênita sugerem que entre 1 e 3% dos neonatos e crianças abaixo de seis meses de vida são soro reativos ou têm sinais da doença congênita^{21,22,23,24}.

Na Bielorrússia, a incidência de sífilis adquirida tem aumentado desde 1988 e atingiu uma proporção de mais de 200 casos por cem mil habitantes no ano de 1996. Esse

dado reflete diretamente em um aumento expressivo no número de crianças com sífilis congênita, que aumentou em mais de 25 vezes entre 1996 e 1998^{25,26}.

Em 1995, o Brasil e outros seis países da América Latina e Caribe assumiram o compromisso de eliminação da SC na Américas até o ano 2000. A meta definida foi de um coeficiente de incidência de até meio caso por mil nascidos vivos, com tratamento de 95% das gestantes com sífilis e de redução de coeficiente de prevalência da infecção em gestantes para menos de 0,1%^{25,26}.

Em 1997, buscando adequar essas metas à política nacional de controle, o MS passou a considerar que o registro de até um caso por 1.000 NV representava a meta de eliminação da SC para o país^{25,26}.

Embora essa meta política e epidemiológica tenha sido assumida há mais de 10 anos, os dados de notificação veem demonstrando um nível de insuficiência de controle que se reflete nas estimativas de prevalência de sífilis em parturientes em torno de 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV^{25,26,27}.

No Brasil, a sífilis congênita constitui um importante marcador da qualidade do pré-natal e mostra-se como um evento de alta magnitude. Em 1986, a doença tornou-se de notificação compulsória e embora o número de notificações não traduza fielmente o número real de casos, entre os anos de 1998 e 2009 foram notificados 55.124 casos de SC²⁸.

Entre os fatores de risco que contribuem para a alta prevalência da SC estão o baixo nível sócio-econômico, a baixa escolaridade, promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de adequação da assistência pré-natal^{28,29,30,31}.

Vários estudos demonstram que uma proporção significativa de casos de sífilis congênita ocorre em mulheres que realizaram um número menor de consultas pré-natais, o que sugere oportunidades de diagnóstico e tratamento de infecções maternas potencialmente perdidas^{27,29,30,31}.

A morte perinatal pode ocorrer em 40% das crianças infectadas. E mesmo após tratadas, as mulheres que tiveram sífilis durante a gestação apresentam um risco maior para resultados adversos quando comparadas com mulheres sem história de infecção³².

CONCLUSÃO

A sífilis congênita persiste com altas incidências em países desenvolvidos, e em nosso meio, sua ocorrência revela falhas na adequação dos serviços de atenção à gestante e seus conceitos, sendo que as ações de vigilância com a identificação e definição de casos podem monitorar e propor melhoras nas condições de saúde e, com isso, melhorar o controle sobre a infecção.

A sífilis congênita ocupa um lugar de destaque dentre os óbitos infantis, além de abortamentos e natimortalidade, visto que quase a metade dos casos dos infectados morrem no período perinatal ou no primeiro ano de vida.

São poucos os trabalhos publicados na literatura nacional e internacional que enfocam o seguimento das crianças nascidas de mães com sífilis durante a gestação e não menos àqueles que se limitam a avaliar apenas a conduta no momento do parto, sem informações sobre o desfecho do caso ao final dos 18 meses, como preconiza o Ministério da Saúde.

Ressalte-se que a meta para controle da doença congênita foi pactuada há mais de 10 anos e até o presente momento não foi atingida.

REFERÊNCIAS

1. Hook E W, Peeling RW. Syphilis Control - a continuing challenge. New England Journal of Medicine. 2004; 351:122-124.
2. Saraceni V *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança . Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(4): 1244-1250.
3. Mascola L, Pelosi R, Alexander C E. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. American Journal Obstetrics and Gynecology. 1984;150(8):945-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília, 2007. 190 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita. Brasília, 1993. 28 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para controle da sífilis congênita. Brasília, 2005, 52 p.
7. Neto B G. *et al* A sífilis no século XVI O impacto de uma nova doença. Arq Ciênc Saúde 2009 jul-set;16(3):127-9
8. De Lorenzi, D R S; Madi, J. Sífilis Congênita como indicador de assistência pré-natal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2001; 23(10): 647-652.
9. Saraceni, V; Leal, M C; Hartz, Z M A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [cited 2011-04-05]. 2005; 5(3):263-273.
10. Tayra, A *et al.* Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de casos. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2007; 19(3-4): 111-119.
11. Sing E A; Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clinical Microbiology Reviews. 1999; 12(2):187- 209.
12. Paz L C *et al.* Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005; 58(4):486-487.

13. Boletim Eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS – Ano 5 – Edição 67 – Dezembro de 2009. [acessado em 16 de março de 2011, para informações de Dez. 2009]. Disponível em http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-67-dezembro-de-2009/boletim-divulga-dados-de-transmissao-vertical-de-aids-e-sifilis.
14. Walker G J A. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3, 2001.
15. Avelleira, J C R; Battino, G. Sífilis: diagnóstico tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81:111-26.
16. Milanez, H; Amaral, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2008; 30(7):325-7.
17. Lago E G; Garcia P C R. Sífilis Congênita: uma emergência emergente também no Brasil. Jornal de Pediatria. 2000;76(6): 461-5.
18. Barsanti C *et al*. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. Ver. Soc. Bras. Med. Trop. 1999; 32(6):605-611.
19. Lomotey C J *et al* .Maternal and congenital syphilis in rural Haiti. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(3): 197-202.
20. Pankratov, O V; Saluk, Y V; Klimova, L V. Epidemiology of syphilis in pregnant women and congenital syphilis in Belarus. Acta Dermatoven APA. 2006; 15(1).
21. Terris-Prestholt, F; Watson-Jones, D; Mugye, K; Kumaranayake, L *et al*. Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa. Sex Transm Infect. 2003; 79:375-381.
22. Watson-Jones, D; Oliff, M; Prestholt-Terris, F; Chancalucha, J *et al*. Antenatal syphilis screening in sub-Saharan Africa: lessons learned from Tanzania. Tropical Medicine and International Health. 2005;10(9):934-943.
23. Warner, L *et al*. Missed opportunities for congenital syphilis prevention in an Urban Southeastern Hospital. Sexually Transmitted Diseases. 2001, 28 (2): 92-8.
24. Peters, V; Liu, K.L; Dominguez, K; Frederick, T; Melville, S; Hsu, H.W *et al*. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. Pediatrics. 2003;111(5 part 2):1186-91.

25. Beksinska, M E; Mullick, S; Kunene, B; Rees, H; Deperthes, B A case study of antenatal syphilis screening in South Africa: successes and challenges. *Sexually Transmitted Diseases*. 2002;29:32-7.
26. Araújo, E C et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*. 2006; 20(1).
27. Watson-Jones, D; Gumodoka, B; Welss, H; Chancalucha, J et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. I. Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. *J Infect Dis*. 2002 October 1; 186(7): 940–947 [online]. Acessado em 31/03/2011.
28. Rodrigues C S, Guimarães M D C, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):168–75.
29. Pan-American Health Organization. PAHO. Elimination of congenital syphilis. *Bull Pan Am Health Organ* 1995; 29(4): 364-8.
30. Lumbiganon, P; Piaggio, G; Villar, J; Pinol, A; Bakketeig, L; Bergsjö, P *et al*. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *International Journal of STD & AIDS*. 2002; 13(7):486-94.

CAPÍTULO II

PERFIL TERAPÊUTICO-ASSISTENCIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2008

**PERFIL TERAPÊUTICO-ASSISTENCIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO
FEDERAL NO ANO DE 2008**

**TERAPEUTIC CARE PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE FEDERAL
DISTRICT IN 2008**

Inês Aparecida Laudares Kawaguchi - Enfermeira, Pós-Graduanda do Projeto MINTER (FMB/UNESP-ESCS/FEPECS/SES/DF) do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB-UNESP

Adriano Dias - Epidemiologista, Prof. Assistente Doutor Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB - UNESP

Universidade Estadual Paulista – UNESP – “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB

Projeto MINTER do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia

Inês Aparecida Laudares Kawaguchi

SQN 405 Bloco O Apto 108, CEP: 70.846-150 Brasília-DF

(61)3347 2445 (61)9601 5009

E-mail: ineslaudares@hotmail.com

Este capítulo foi redigido de acordo com as normas de publicação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, para a qual será submetida.

RESUMO

A sífilis congênita apresenta elevada morbidade e mortalidade. Permanece com altas taxas de transmissão no Brasil e representa um desafio para a saúde pública, apesar do tratamento acessível de baixo custo. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil terapêutico-assistencial da sífilis congênita na SES/DF. Trata-se de um estudo descritivo, com dados secundários, a partir das identificações dos casos em 2008, pelos hospitais selecionados para o estudo e notificados junto a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SES/DF (DIVEP/DST/AIDS/DF), com a identificação dos 81 casos, buscou-se nos hospitais e centros de saúde, as informações relativas à sífilis congênita, dados obstétricos e epidemiológicos da mãe. Foram encontradas, 87,5% gestantes que fizeram o pré-natal, 17,3% gestantes que não realizaram VDRL no pré-natal. O tratamento dos RN foi inadequado quanto ao manejo clínico em 51,7%. Observou-se inconstância na realização dos exames: radiológico, hemograma e líquido cefalorraquidiano, encontrado campos em branco ou ignorados em fichas de notificação compulsória, prontuários da mãe e da criança. Quanto ao acompanhamento das crianças até os 18 meses de vida e o seguimento terapêutico, não foi possível avaliar a aplicação do Protocolo do MS, devido a não localização de registros. Conclui-se que há falhas no controle da transmissão vertical da sífilis, nas intervenções terapêuticas e o seguimento das crianças com SC requer ações ordenadas, capacitação profissional, integração entre os serviços de assistência e vigilância.

Palavras-chave: Sífilis, Sífilis Congênita, Epidemiologia

SUMMARY

Congenital syphilis has high morbidity and mortality. Remains with high transmission rates in Brazil and as a public health challenge, despite the affordable low cost treatment. The objective of this study was to describe the therapeutic -assistant profile of congenital syphilis in the SES / DF. It is a descriptive study ,using secondary data ,from the identification of cases in 2008, of hospitals selected for the study and reported along with the Directorate of Epidemiological Surveillance SES / DF (DIVEP / STD / AIDS / DF). With the identification of 81 cases, we seek at hospitals and health centers, information on congenital syphilis, obstetric and epidemiological data from the mother ,were surveyed, and then, with this, a profile of children with CS was made. Were found 87.5% pregnant women who received prenatal care, 17.3% women were not performed in this pregnancy VDRL, and treatment of newborns were inadequate and the clinical management in 51.7%. There was inconsistency in the examinations: X-rays, blood counts and cerebrospinal fluid, finding fields in blank or ignored in compulsory notification forms, such as charts of mother and child. The monitoring of children up to 18 months and therapeutic treatment witch the implementation of the Protocol to the MS was not possible to due to not finding records. We conclude that there are flaws in the control of vertical transmission of syphilis, in the therapeutic interventions in children. The class of SC requires actions ordered, professional capacitation, and integration of care services and supervision.

Keywords: Syphilis, Syphilis Congenital, Epidemiology

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC), que é a disseminação hematogênica do treponema da gestante infectada através da placenta, pode ocorrer em qualquer estágio da doença e se relaciona diretamente à treponemia materna¹. Sua importância se dá pela alta incidência e pelo aparecimento de formas graves nos recém-nascidos (RN), com a presença de malformações e alta mortalidade^{2,3,4}.

Acredita-se que os principais fatores relacionados ao aumento dos casos de SC sejam a falta de efetividade das medidas preventivas, quando tomadas; a precocidade e promiscuidade sexual; o aumento do número de mães solteiras e adolescentes; automedicação; desconhecimento por parte da população sobre a gravidade da doença; AIDS; uso de drogas; e a falta ou inadequação da assistência pré-natal^{4,5,6}.

O tratamento materno completo é aquele feito com penicilina, adequado ao estágio da doença e finalizado pelo menos trinta dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente^{7,8,9}. A Organização Mundial da Saúde enfrenta a SC como um problema de saúde pública, recomendando estratégias para sua eliminação mediante a redução da prevalência de sífilis em gestantes e prevenção da transmissão vertical da doença^{10,11}, baseadas em quatro pilares: 1) assegurar um comprometimento sustentado com a política de eliminação da doença; 2) aumentar o acesso e a qualidade de cuidados de saúde para a mãe e seu bebê. Assegurar que todas as gestantes realizem o rastreamento e o tratamento adequado, diminuindo a frequência de oportunidades perdidas de rastreamento de mulheres e de cuidados neonatais; 3) rastrear e tratar todas as gestantes infectadas e seus parceiros, bem como os RN de mães infectadas não tratadas durante a gravidez; 4) estabelecer a vigilância, monitorização e sistemas de avaliação.

O manejo clínico adequado para o RN na maternidade consiste na realização do teste VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) em amostra de sangue periférico cuja mãe seja VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita, além da realização de radiografia de ossos longos, hemograma e análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) em todos os RN que se enquadram na definição de caso.

No período neonatal o protocolo brasileiro para o tratamento do RN com SC é denominado: A1, A2, A3, B, B1, B2, C, C1 e C2.

A1) Penicilina G Cristalina 100.000 UI/Kg/ dia- EV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) durante 10 dias; ou de 8/8 h se maior que uma semana de vida ou penicilina G procaina 50. 000 UI/kg, dose única diária, IM por 10 dias.

A2) Penicilina G Cristalina , 150.000 UI/Kg/dia , EV, 12 /12h por 10 dias. Realizar LCR em 6 meses.

A3) Penicilina G Benzatina; IM, dose única de 50. 000 UI/Kg.

B) RN de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do RN; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do líquido cefalorraquidiano:

B1) se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

B2) se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

C) RN de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do RN;

C1) se for assintomático e o VDRL não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento deve-se proceder ao tratamento com penicilina G benzatina, intramuscular, na dose única de 50.000 UI/kg.;

C2) se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1(sem alterações líquóricas) ou A2 (se houver alterações líquóricas).

No período pós-neonatal, crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de SC deverão receber o tratamento conforme descrito, observando-se o intervalo entre as aplicações que, para a Penicilina G Cristalina deve ser de quatro horas e para a Penicilina G Procaina de doze horas, mantidos os esquemas de doses recomendadas^{12,13}.

Para o acompanhamento da criança com SC, o MS institui consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida e bimensais entre seis e doze meses com realização de VDRL com um, três, seis e dezoito meses de idade, que pode ser interrompido quando há dois VDRL negativos consecutivos, com realização de TPHA ou FTA-Abs após os 18 meses de idade

para a confirmação do caso. Na presença de sinais clínicos, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos e, na elevação do título sorológico ou sua não negatificação até os 18 meses de idade, a criança será reinvestigada e procedido o tratamento. Recomenda-se, ainda, acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral, por dois anos, na presença de LCR inicialmente alterado. Quanto ao líquido, deve ser realizada uma reavaliação líquórica a cada seis meses até a normalização do mesmo. Alterações persistentes e/ou evidências clínicas neurológicas indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento^{14,15,16}.

A SC é considerada um evento sentinela da qualidade da assistência médica ao brinômio mãe e filho. A existência da doença sinaliza uma falha expressiva na assistência pré-natal, ineficiência do sistema de saúde e/ou do programa de controle das DST/AIDS^{16,17,18}.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil terapêutico-assistencial da sífilis congênita no DF entre os casos notificados no ano de 2008.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo realizado com dados secundários de seis Hospitais Regionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF): dois localizados em Brasília (Asa Sul e Asa Norte) e quatro em Regiões Administrativas do Distrito Federal (Gama, Taguatinga, Ceilândia e Samambaia), utilizando informações sobre a sífilis congênita (SC) notificados no ano de 2008. Estas Regionais de Saúde foram escolhidas por apresentarem em anos anteriores maior número de casos e razão de detecção, segundo informações da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SES/DF (DIVEP/SES/DF). Estes seis Hospitais Regionais, no ano de 2008, notificaram 63,2% dos casos de SC. Buscou-se verificar o acesso e a qualidade do pré-natal através do número de consultas registradas em prontuário e exames solicitados, além de descrever o perfil sócio-demográfico das gestantes, quantificar os percentuais de sífilis congênita precoce e seu manejo clínico, segundo as normas determinadas pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2008, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 102 casos nas regionais de abrangência do estudo, dos quais 15 foram descartados pela Vigilância Epidemiológica por não residirem no DF e seis pela não

localização do prontuário. Fizeram, então, parte dessa amostra, 81 casos. Apenas o nome da mãe e a data de nascimento da criança foram informados pela DIVEP/SES/DF.

As informações das fichas de notificação foram complementadas com os dados do prontuário materno e das crianças, quando disponíveis nos ambulatórios de doenças congênitas e centros de saúde ligados a estas regionais.

Os dados foram coletados com instrumento que dispunha de informações sobre características socio-demográficas, obstétricas e epidemiológicas da sífilis materna, além de informações sobre o RN na ocasião do parto, diagnóstico de SC, tratamento, manejo clínico e o seguimento terapêutico até os 18 meses de idade (critério de acompanhamento até o fechamento do caso).

Os aspectos éticos que norteiam a realização de pesquisa com seres humanos da Resolução 196/96 foram observados e seguidos, sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde (protocolo 066/2010).

Os dados foram tabulados e analisados no programa IBM SPSS, versão 19.0

RESULTADOS

A Tabela 1 traz as características sócio-demográficas das gestantes que geraram RN com notificações de SC. Das 81 gestantes, 71 fizeram o pré-natal (87,7%) e 14 (17,3%) não realizaram nenhum exame VDRL. Chama a atenção o número de gestantes com número e VDRL não informado (56,8%) durante o pré-natal. Destas gestantes, 97,8% apresentaram situação sorológica reagente no momento do parto, 46,9% tiveram diagnóstico de sífilis no pré-natal e 32,1% não foram tratadas.

Os parceiros têm a mesma indicação de tratamento e responsabilidade da adesão durante o pré-natal da gestante, ou seja, o tratamento adequado prevê que o parceiro também sofra a intervenção. O insucesso dessa participação fica evidente pela porcentagem dos “ignorados”, uma vez que os registros apresentaram muitos campos em branco quando relacionavam o tratamento do parceiro (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das mães dos RN notificados como sífilis congênita no ano de 2008 de acordo com variáveis sócio-demográficas e antecedentes obstétricos, Brasília/DF, 2008.

Variáveis		N	%	% Acumulado
Escolaridade	Analfabeta	5	6,2	6,2
	Ensino fundamental	32	39,5	45,7
	Ensino médio	14	17,3	63,0
	Ensino superior	3	3,7	66,7
	Não Informado	27	33,3	100,0
Mora com parceiro	Sim	12	14,8	14,8
	Não	12	14,8	29,6
	Não Informado	57	70,4	100,0
Cor da pele	Branca	6	7,4	7,4
	Negra	4	4,94	12,3
	Amarela	2	2,5	14,8
	Parda	28	34,6	49,4
	Ignorado	41	50,6	100,0
Realizou pré-natal nesta gestação	Sim	71	87,7	87,7
	Não	9	11,1	98,8
	Não Informado	1	1,2	100,0
Número de consultas	1-2	7	8,6	8,6
	3-4	5	6,2	14,8
	5-6	20	24,7	39,5
	Mais de 6	17	21,0	60,5
	Nenhuma	6	7,4	67,9
	Não Informado	26	32,1	100,0
Número de VDRL realizados no pré-natal	1	6	7,4	7,4
	2	10	12,8	19,8
	3	5	6,2	25,9
	Nenhuma	14	17,3	43,2
	Não Informado	46	56,8	100,0
Momento do diagnóstico de sífilis	No pré-natal	38	46,9	46,9
	No momento do parto/curetagem	20	24,7	71,6
	Puerpério	16	19,8	91,4
	Ignorado	5	6,2	97,5
	Não realizado	2	2,5	100,0
Realizou teste treponêmico	Sim	26	32,1	32,1
	Não	55	67,9	100,0
Tratamento realizado	Adequado	16	19,8	19,8
	Não adequado	35	43,2	63,0
	Não Realizado	26	32,1	95,1
	Ignorado	1	1,2	96,3
	Não Informado	3	3,7	100,0

Tabela 2 – Distribuição dos parceiros de acordo com o tratamento recebido. Brasília/DF, 2008.

Variáveis		N	%	% Acumulado
Parceiro tratado concomitantemente	Sim	14	17,3	17,3
	Não	47	58,0	75,3
	Ignorado	18	23,1	100,0
Tratamento realizado	Adequado	8	9,9	9,9
	Não adequado	16	19,8	29,6
	Não Realizado	48	59,3	88,9
	Ignorado	9	11,1	100,0

A Tabela 3 se refere ao manejo clínico e conduta terapêutica da SC. A realização de hemograma ocorreu em apenas em 38 casos (46,9%), enquanto que o diagnóstico radiológico de ossos longos foi realizado em 81,4%. Somente quatro crianças (4,9%) fizeram o acompanhamento da SC conforme protocolo do MS. Para o acompanhamento bimensal até os 12 meses de vida, evidenciaram-se 76 casos ignorados (93,8%). Para o seguimento completo (até os 18 meses), não se obteve nenhum registro positivo.

Tabela 3 – Distribuição dos RN de acordo com dados sobre a sífilis congênita, conduta terapêutica e seguimento clínico, Brasília/DF, 2008.

Variáveis		N	%	% Acumulado
Sinais clínicos de infecção congênita	Sim	23	28,4	28,4
	Não	58	71,6	100,0
Exames realizados no rastreamento	VDRL periférico	80	98,7	--
	Hemograma	38	46,9	--
	Rx de ossos longos	66	81,4	--
	Punção líquórica	50	61,7	--
Tratamento recebido*	A1	5	6,2	6,2
	A2	44	54,3	60,5
	A3	21	25,9	86,4
	C	11	13,6	100,0
Seguimento ambulatorial mensal nos primeiros seis meses	Sim	8	9,9	9,9
	Não	4	4,9	14,8
	Ignorado	69	85,2	100,0
Seguimento ambulatorial bimensal do sexto ao 12º mês	Ignorado	76	93,8	93,8
	Não	5	6,2	100,0
Local de acompanhamento / tratamento da SC	Ambulatório especializado	4	4,9	4,9
	Centro de saúde	1	1,2	6,2
	Ignorado	76	93,8	100,0

*os demais esquemas terapêuticos não foram citados

DISCUSSÃO

O presente estudo levantou aspectos relacionados à qualidade da atenção dispensada às gestantes no pré-natal e a possível relação com a transmissão vertical da sífilis congênita. Para a busca pelo seguimento terapêutico das crianças nos serviços de atenção primária e secundária, trabalhou-se com dados secundários. Os resultados relativos à SC, quanto ao seguimento terapêutico, mostraram semelhança com estudos de outras regiões do país¹⁸ que também constatarem perdas de oportunidades para abordar e tratar a sífilis materna e prevenir a SC, além da baixa qualidade nas informações¹⁷, tanto relacionadas ao seguimento da mulher quanto às crianças infectadas¹¹.

Um estudo realizado em Palmas/TO encontrou uma incidência de sífilis congênita de 9,9/1000 NV, mostrando que as estratégias utilizadas estão distantes das ações preveníveis capazes de evitar desfechos graves na gestação e sugere que outros problemas como, a subnotificação, as falhas na vigilância epidemiológica, o rastreamento e o seguimento adequado de casos, não são suficientes para o controle da doença.

As pesquisas que utilizam dados secundários enfrentam as frequentes subnotificações, situação semelhante a encontrada neste estudo, conforme demonstrado nas tabelas pelos campos em branco ou ignorados¹⁸.

A baixa realização de condutas preconizadas para a atenção no pré-natal, a exemplo do diagnóstico sorológico para sífilis na gestante e no parceiro sexual, e a realização da sorologia para HIV, constituem importantes indicadores da baixa resolutividade das ações do pré-natal para detectar precocemente possíveis agravos à saúde da gestante e do feto. Conforme encontrado neste estudo, seis mães fizeram somente um VDRL no pré-natal e 46 não informado, 47 parceiros não realizaram o tratamento concomitantemente. Vale ressaltar que as 24 mães que não fizeram o VDRL, somadas às 10 que não fizeram o pré-natal, resultam em um número de não testadas de quase 30% da amostra.

A sífilis é uma das DST ulcerativas mais frequentes, o que pode facilitar a coinfeção pelo HIV, justificando assim a necessidade de abordagem e seguimento terapêutico das crianças com risco de progressão severa da SC e a evolução para neurosífilis, além de outros transtornos como, surdez, déficit neurológico, atraso de crescimento e deformidades ósseas¹⁸.

Ressalta-se também que a informação sobre o parceiro e a ausência de tratamento, também é semelhante ao encontrado em outros estudos. É relevante e comprovada a necessidade de atenção dispensada ao parceiro visando à interrupção da cadeia de transmissão. A redução da transmissão vertical ainda é um grande desafio para o nosso país e as ações de vigilância representam uma importante ferramenta para vencê-lo.

Observa-se, ainda, a necessidade de estruturação dos sistemas de vigilância e o seu aprimoramento, constatado principalmente pela inconstância do preenchimento dos dados. Também não foi encontrado um fluxo estabelecido para a garantia e avaliação do seguimento das crianças após o parto.

Em relação ao acompanhamento nos Centros de Saúde, houve dificuldade na avaliação, uma vez que existem mais de 60 centros no DF e a referência por local de moradia foi um dos entraves da pesquisa, visto que muitos casos residiam no entorno do DF e estavam fora do alcance para o seguimento.

Notou-se um descompasso quanto à realização dos exames necessários para o seguimento das crianças com SC, fato observado em prontuários nos seis hospitais pesquisados, evidenciado pela falta do reagente para a pesquisa de VDRL no líquido, ou a coleta dos exames (testes treponêmicos e/ou não treponêmicos) realizada no centro de saúde e encaminhada ao laboratório da Regional, que não garantiu o resultado no dia da consulta. Observou-se, ainda, diferenças na assistência às crianças com SC por parte das equipes nas diferentes Regionais, conforme registros encontrados.

O perfil terapêutico-assistencial da SC na SES/DF mostra falhas na rede, falhas no fluxo de referência e contra referência, a falta de política de formação e de educação continuada, e de meios para tal, denotando assim a necessidade de investimentos na saúde pública.

CONCLUSÃO

A SC no Distrito Federal vem se mantendo com taxas de incidências altas, superiores às preconizadas pela OMS e distantes da meta do MS. A rede assistencial requer uma maior estruturação e integração dos serviços para o tratamento e seguimento da SC e outros agravos, bem como exige a retomada de medidas educativas nas escolas que atinja as comunidades com maior demanda e, por fim, a adequada implementação das ações de controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. Araújo, E C *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. Revista Paraense de Medicina. 2006; 20(1).
Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2009.
2. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: políticas e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 28 p. 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS-DST. 2005;1(1):36-9.
4. Grumach S A *et al.* A (des)Informação Relativa à Aplicação da Penicilina na Rede do Sistema de Saúde do Brasil: O Caso da Sífilis. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2007;19(3-4):120-127.
5. Vigilância Epidemiológica em Sífilis Congênita. Boletim Epidemiológico Núcleo Hospitalar de Epidemiologia HNSC. Ano 2, n ° 3. Abril/2009.
6. Saloojee H *et al.* The prevention and management of congenital syphilis:an overview and recommendations. Bulletin of the World Health Organization. 2004; 82(6).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis. Brasília, 2006.
8. Komka R M; Lago, E G. Sífilis congênita: notificação e realidade. Scientia Medica. 2007; 17(4):203-211.
9. Lumbiganon, P; Piaggio, G; Villar, J; Pinol, A; Bakketeig, L; Bergsjö, P *et al.* The epidemiology of syphilis in pregnancy. International Journal of STD & AIDS. 2002; 13(7):486-94.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasil, 2005, 52 p.
11. Guinsburguer R, Almeida M F B. Sífilis Congênita. In: Manual de Perinatologia. Revinter,1994, p.123-129.
12. Neto B G. *et al* A sífilis no século XVI O impacto de uma nova doença. Arq Ciênc Saúde 2009 jul-set;16(3):127-9

13. Lago E G; Garcia P C R. Sífilis Congênita: uma emergência emergente também no Brasil. *Jornal de Pediatria*. 2000;76(6): 461-5.
14. Subsecretária de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência DST AIDS. Núcleo de Transmissão Vertical. Boletim Especial Sífilis Congênita no Distrito Federal/SES-DF. Ano 1, nº1. Outubro/2008.
15. Paz L C *et al*. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58(4):486-487.
16. Almeida G M F; Pereira, S M. Caracterização Epidemiológica da Sífilis Congênita no Município de Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4):144-156.
17. Valderrama J, *et al*. Sífilis Materna y Sífilis Congénita em América Latina: um Problema Grave de Solución Sencilla. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(3):211-17.
18. Donalísio M R, *et al*. Investigação da Sífilis Cong nita na microrregi  o de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – Desvelando a fralidade do cuidado   mulher gestante e ao recém- nascido. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007; 16(3):165-173.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis congênita ocupa um lugar de destaque dentre os óbitos infantis. É causa de abortamentos e natimortalidade respondendo por, aproximadamente, 50% dos casos de RN com sequelas físicas e sensoriais.

Este trabalho abordou aspectos relacionados ao perfil terapêutico assistencial da doença congênita em crianças nascidas no DF no ano de 2008. O primeiro artigo descreveu os aspectos históricos e epidemiológicos da sífilis congênita. O segundo artigo descreveu o perfil terapêutico das crianças nascidas de mães portadoras de sífilis no período gestacional e que foram notificadas como casos de SC.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que os RN nascidos de mães com sífilis e não-tratadas, ou inadequadamente tratadas na gravidez, mesmo que assintomáticas, devem realizar durante o período neonatal o exame sorológico para detecção da infecção, hemograma e análise do líquido, assim como o seguimento ambulatorial por 18 meses.

A presença da doença congênita sinaliza falhas importantes tanto no controle da sífilis adquirida como na prevenção no período gestacional.

A erradicação desse agravo encontra-se no diagnóstico precoce e tratamento adequado das mulheres infectadas.

ANEXOS

ANEXO 1 – PERFIL TERAPÊUTICO ASSISTENCIAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2008.

Dados da Gestante / Antecedentes Epidemiológicos

- 01-Nome:_____
- 02-Data de nascimento:___/___/___
- 03-Escolaridade:
- () Analfabeto () Ensino Fundamental
- () Ensino Médio () Não Informado
- () Ensino Superior
- 04-Estado Civil:
- () Casada () Divorciada () União Estável () Solteira () Viúva
- 05-Dados de Residência:
- () Urbana () Rural () Peri urbana () Ignorada
- 06-Raça / Cor da mãe:
- () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado
- 07-Realizou Pré – Natal nesta gestação:
- () Sim () Não () Ignorado
- 08-Número de consultas realizadas no pré-natal:
- () 1-2 () 3-4 () 5-6 () 7 ou mais
- 09-Número de VDRL realizados no pré-natal
- () 1 () 2 () 3 () nenhum
- 10- Situação sorológica do VDRL:
- 1 () Reagente _____ 2 () Não Reagente
- 11-Diagnóstico de Sífilis materna:
- () Durante o pré – natal () No momento do parto / curetagem
- () Após o parto () Não Realizado
- () Ignorado
- 12- Teste confirmatório treponêmico no parto / curetagem:
- () Reagente () Não Reagente () Não Realizado () Ignorado
- 13- Esquema de tratamento da gestante:
- () adequado () inadequado () não realizado
- Tratamento preconizado pelo MS:
- () Penicilina G benzatina 2.400.000UI
- () Penicilina G benzatina 4.800.000UI
- () Penicilina G benzatina 7.200.000UI
- () Não Realizado
- () Não Informado
- () Outros
- 14-Óbitos neonatal:
- () sim () não () ignorado
- Data do óbito:___/___/___ Idade do filho:___/___/___
- 15- Refere sífilis anteriormente a gestação: () sim () não () ignorado
- 16- Diagnóstico de AIDS: () sim () não () outras DSTs
- Situação do parceiro
- 17- Parceiro foi tratado concomitantemente:
- () sim () não () ignorado
- 18- Esquema de tratamento do parceiro: () adequado () inadequado () não realizado

Dados da Criança/Seguimento Terapêutico

01- Nome: _____
02- Sexo: () masculino () feminino
03- Data de nascimento: ____/____/_____
04- Local de nascimento: _____
05- Idade gestacional ao nascer: _____ semanas
06- Peso ao nascer: _____ Kg

Dados clínicos e laboratoriais da criança ao nascer

07- Sinais clínicos de sífilis congênita: () sim () não () Erupções bolhosas
() Lesões mucocutâneas rash maculopapular no tronco, palmas mãos e plantas dos pés)
() Condilomas planos anogenitais
() Rinites sanguinolentas () Fissuras periorificiais
() Sepses () Lesões palmo plantares
() Hemorragia () Icterícia
() Hepatoesplenomegalia () Anemia
() Linfadenopatia () Hidropsia fetal
() Convulsões () Osteocondrite ou Periostite
() Pancreatite () Paralisia dos membros
() Nefrite () Outros

Exames realizados ao nascer

08- VDRL sangue periférico: () reagente () não reagente
Data de realização do exame: ____/____/____
Titulação: _____
09- Hemograma: () sim () não
() normal () alterado () ignorado Data de realização do exame: ____/____/____
10- Radiografia de ossos longos:
() sim () não
Laudo da Radiografia de ossos longos
() normal () alterado () Data de realização do exame: ____/____/____
11- Exame do LCR: 1 () Normal 2 () Alterado Data de realização do exame: ____/____/____
Proteína no LCR : _____
Nº de leucócitos: _____
12- VDRL 1 mês de idade () 3 () 6 () 12 () 18 meses de idade ()
() reagente () não reagente Titulação: _____
13- Realizou teste treponêmico () sim não()

14- Esquema de tratamento instituído para o RN em conformidade com o MS:

() Penicilina G cristalina 50.000 UI / Kg / dose EV de 12 / 12 horas nos 07 primeiros dias e após, ou de 08 / 08 até completar 10 dias ou penicilina G procaína 50.000 UI /Kg/dose IM uma vez ao dia por 10 dias.
() Penicilina cristalina 50.000 UI / Kg / dose EV de 12 / 12 horas nos 07 primeiros dias e a cada 08 horas até completar 10 dias.
() Penicilina G. benzatina 50.000 UI / Kg / IM dose única.
Outros: _____

15- Tratamento da SC pós neonatal(28º dia de vida)

Aplicação de penicilina G cristalina, a cada 4hs () sim () não

Aplicação de penicilina G procaína , a cada 12 hs () sim () não

16- Seguimento ambulatorial mensal nos primeiros seis meses

() sim () não

17- Seguimento ambulatorial bimensal do sexto ao 12º mês

() sim () não

Acompanhamento oftalmológico () sim () não

Acompanhamento neurológico: () sim () não

Acompanhamento hematológico: () sim () não

Acompanhamento ortopédico: () sim () não

Acompanhamento audiológico () sim () não

18- Exames alterados, elevação do título sorológico ou não negatificação até os 18 meses de idade:

Nova investigação, procedido tratamento () sim () não

19- Local de acompanhamento/tratamento da sífilis congênita:

Ambulatório especializado: () sim () não

Acompanhamento em centro de saúde: () sim () não

20- Desfecho da sífilis congênita nos 18 meses de idade:

Tratamento adequado () sim () não

Óbito () sim () não

ANEXO 2 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SES/DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0075/2010

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 66/2010 – AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO TERAPÊUTICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA SES/DF.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 08/12/2012

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 08 de dezembro de 2010.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-3955 - Fone/Fax: 325-0116 - e-mail: cep@ses.df.gov.br
SMHIV - Q 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP 70.710-607

BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE