

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Claudia Feldmann

**COMPARATIVO DOS DADOS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS NEONATAL
INFORMADA NO SISPRENATAL, SINAN e AIH, NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE, 2000 a 2004.**

Porto Alegre, Junho 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Claudia Feldmann

**COMPARATIVO DOS DADOS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS NEONATAL
INFORMADA NO SISPRENATAL, SINAN e AIH, NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE 2000 a 2004.**

Trabalho de conclusão do Curso de Pós-graduação em Saúde Pública apresentado como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialização em Saúde Pública.

ORIENTADOR: DR. RONALDO BORDIN

Porto Alegre, junho de 2008.

RESUMO

A sífilis na gestação e congênita é um importante indicador da qualidade do pré-natal. Mesmo sendo uma doença de mais de cinco séculos, agente etiológico conhecido, com diagnóstico fácil e tratamento de baixíssimo custo, ainda possui uma prevalência de 1,6%, no Brasil, resultando em 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita. Fatores de risco como baixas condições sócio-econômicas, baixa escolaridade, promiscuidade sexual e pouca qualidade da assistência pré-natal estão presentes nesta doença. Este estudo compara o número de casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita existentes nos Sistemas de Informação em Pré-Natal, de Agravos de Notificação e de Autorização de Internações Hospitalares, no município de Porto Alegre, no quinquênio 2000 a 2004. Neste período observou-se aumento do número de consultas de pré-natal por nascimento (65,8% dos nascimentos tiveram sete consultas ou mais de pré-natal em 2004), uma melhora nos registros (94,4% de casos notificados confirmados em 2004), com incidência de sífilis variando entre 0,27% em 2000 a 0,49% em 2001. Conclusão: Este trabalho demonstrou a importância da realização de medidas integradas dos profissionais de saúde, como adequada assistência ao pré-natal, diagnosticando e tratando precocemente as gestantes e recém-nascidos. As notificações compulsórias devem ser realizadas e qualificadas a fim de permitir uma análise fidedigna dos dados pela vigilância epidemiológica.

Unitermos: Sífilis, sífilis congênita, sífilis latente, assistência pré-natal, pré-natal, DST, sistemas de informações.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
	1.1 Caracterização do problema	9
	1.2 Relevância/Justificativa	9
	1.3 Objetivos	9
	1.3.1 Objetivo geral	10
	1.3.2 Objetivos Específicos	10
2.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
3 .	DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	13
	3.1 Revisão teórica	13
	3.2 Análise dos Resultados	23
4.	CONCLUSÃO	27
5.	REFERÊNCIAS	28
6.	ANEXO	29

SIGLAS

ELISA: Enzima Linked Immunosorbent Assay

FTAbs: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption

HIV: Vírus da Imunodeficiência Adquirida

LCR: Líquor Encéfalo Raquidiano

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

RPR: Rapid Plasma Reagin

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISNASC: Sistema de Informação sobre Nascimentos

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISPRENATAL: Sistema de Informação do Pré-Natal

SIAIH: Sistema de Informação de Internações Hospitalares

SUS: Sistema Único de Saúde

TPHA: Treponema Pallidum Hemagglutination

VDRL: Venereal Diseases Research Laboratory

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença com mais de 500 anos, com relatos na Europa já após o descobrimento das Américas. No século XVIII, ela era considerada um castigo pelo mau comportamento, numa análise metafísica preconceituosa, em que os doentes eram responsáveis, através de seus atos, pelas doenças que adquiriam. A sífilis e outras doenças venéreas aparecem como uma ameaça sanitária, individual e coletiva a partir de 1850, crescendo até a segunda guerra.

Devido a sua magnitude no século XIX, uma nova especialidade médica foi criada, não voltada a um órgão ou função orgânica e sim ao estudo de uma única doença (causa, sintomas, prevenção...) sendo denominada sifilografia. Esta nova especialidade foi implantada nas faculdades de medicina (1879, em Paris) e em congressos internacionais para estudo da doença. Assim, em Bruxelas, em 1899 e 1902, iniciou a luta contra a sífilis e demais doenças venéreas. Os sifilografos contribuíram para conscientizar a sociedade sobre o problema venéreo, instalando medidas coletivas e sociais, fazendo intervenções em instituições e favorecendo mudanças sociais e culturais devido ao fato de se tratar de uma doença incurável naquele momento.

Este tema criou redes de interesses comuns na sociedade da época, onde questões sociais propiciaram a discussão de medidas hegemônicas, e diferentes saberes se integraram por uma causa única. Dessa forma, a sífilis foi comparada a doenças como peste, febre amarela e tuberculose devido a sua gravidade, iniciando assim uma luta antivenérea que incluía regulamentos sanitários, ações educativas e terapêuticas através das quais assuntos referentes à sexualidade vieram à tona. Como se tratava de uma doença sexualmente transmitida as pessoas deveriam conter seus desejos, evitando a disseminação da doença e responsabilizando-se pela sua saúde. (CARRARA, 1996)

A doença acompanhou as mudanças comportamentais da sociedade e, nos últimos anos, tornou-se mais relevante devido à sua associação com o aumento do risco de contrair a síndrome da deficiência adquirida, (SIDA ou HIV).

(AVELLIEIRA et al.,2006). Essa associação inclui outras doenças sexualmente transmitidas (DSTs), sendo necessária detecção precoce das doenças que possam ser transmitidas através da transmissão vertical. (CODE, et al., 2002)

A sífilis em gestantes possui uma prevalência elevada (cerca de 50.000 gestantes infectadas no ano de 2004), mesmo quando comparada à infecção pelo HIV, que é de 1,6%, quatro vezes maior. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A sífilis apresenta um risco expressivo de transmissão vertical, cerca de 70 a 100% nas fases primárias e secundárias da doença, quando não tratada. Seu agente etiológico atravessa a barreira placentária, contaminando assim o feto. A sífilis congênita ainda pode ser transmitida na hora do parto, pois possíveis lesões genitais maternas também contaminam. Não há transmissão pelo leite materno.

A doença tornou-se um problema de saúde pública, e programas nacionais foram implantados na tentativa de diminuir sua incidência, principalmente durante a gestação, pois fatores de risco como baixo nível sócio-econômico, baixa escolaridade, promiscuidade sexual e inadequada assistência ao pré-natal são encontrados na maioria dos casos. As desigualdades sociais, políticas e administrativas dos municípios e estados refletem uma realidade desafiadora no que tange as políticas descentralizadas, devido à falta de investimentos na área de prevenção desta e de muitas outras doenças. O número de casos de sífilis congênita tornou-se um importante indicador de qualidade da assistência pré-natal. Diretrizes para melhoria desta assistência foram criadas estabelecendo rotinas no atendimento a gestantes. Manifestações como sífilis materna, prematuridade, restrição do crescimento intra-uterino, abortamento e óbito perinatal devem ser investigados, pois podem ser relacionados a possível caso de sífilis congênita. A mortalidade materna está presente nesta patologia, contribuindo para elevar os índices de óbitos de mulheres neste período.

A portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 tornou a sífilis congênita uma doença de notificação compulsória, e a portaria 33 de julho de 2005 inclui a sífilis em gestantes à listagem de doenças de notificação compulsória (vide anexo1). Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou o Pacto pela Saúde que, em sua subdivisão, traz o Pacto pela Vida, sendo uma de suas prioridades a redução da mortalidade materna e infantil, graças ao controle das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis. (Brasil/MS, 2004-2007)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) espera diminuir as taxas de mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, reduzindo a incidência de baixo peso ao nascer, morte perinatal e infecções congênitas. Deseja também melhorar a saúde materna, a fim de diminuir o percentual de mulheres com sífilis, pois elas possuem maior chance de ser infectadas pelo HIV. (Organização Mundial de Saúde-2008)

A sífilis permanece uma incógnita no que se refere às explicações referentes à sua permanência na sociedade por tantos anos. Mesmo sendo uma doença de agente etiológico conhecido, detecção laboratorial disponível, tratamento simples e barato e ainda normalização do Ministério da Saúde, não se conseguiu mudar seu cenário no que tange a seus índices de prevalência.

1.1 Caracterização do problema

A sífilis é um importante problema de saúde pública mundial, sendo uma epidemia em mulheres jovens (CODES, et al., 2002). Mulheres grávidas infectadas transmitem a doença ao feto, nascendo crianças com sífilis congênita, porém geralmente assintomática ou com sinais e sintomas inespecíficos. A taxa de transmissão vertical em gestantes não tratadas é de 70 a 100%. O *treponema pallidum*, agente causador da sífilis, é capaz de atravessar a barreira placentária e contaminar o feto. Esse acontecimento é passível de controle com medidas simples e eficazes como uma adequada assistência ao pré-natal. No Brasil, cerca de 50 mil parturientes têm diagnóstico de sífilis com prevalência de 1.6%. (MS, 2005).

1.2 Relevância/Justificativa

O tema sífilis surgiu devido aos vários casos que acompanhei durante minha atuação profissional, seja como enfermeira assistencial no nível secundário de saúde, seja no nível primário, desenvolvendo atividades de prevenção em saúde e atendendo as comunidades, especificamente mulheres, gestantes e crianças. A sífilis congênita é um importante indicador da qualidade do pré-natal. Medidas simples como a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante eliminariam essa manifestação, reduzindo em até um caso por mil nascidos vivos. Essa doença atravessa séculos, apesar de seu agente causador ser conhecido e de seu tratamento ser barato e eficaz, não conseguimos diminuir sua prevalência, fato que se tornou uma incógnita para os profissionais de saúde.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Comparar o número de casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita através do Sistema de informação em pré-natal, Sistema de informação de agravos de notificação e Sistema de informação de autorização de internações hospitalares, no município de Porto Alegre período de 2000 a 2004.

1.3.2 Objetivos Específicos

Verificar a efetividade do pré-natal, usando como indicador o número de casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita através do SISPRENATAL, SINAN, AIH no município de Porto Alegre no período de 2000 a 2004.

Descrever a cobertura do pré-natal das gestantes no município de Porto Alegre.

Analisar as internações por sífilis em crianças no município de Porto Alegre.

Descrever o número de casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita no município de Porto Alegre.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os dados para realização do trabalho serão retirados dos sistemas de informação disponíveis na Internet e fornecidos pelo Ministério da Saúde: SIS PRE NATAL, SINAN, AIH e analisados através de um estudo comparativo representativo conforme gráficos de barras e tabelas.

As informações em saúde são fundamentais para estabelecer um plano da ação, ou seja, análise objetiva da situação sanitária, tomada de decisões, bem como viabilizar o controle social.

DATASUS:

O DATASUS é um Departamento de Informática do SUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que possui a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre a saúde, além de dar suporte técnico para informatização de sistemas de interesse do SUS, em todos os níveis.

SIH SUS

O Sistema de Informação de Internações Hospitalares do SUS permite a operacionalização, controle e gestão do atendimento hospitalar no SUS permitindo estudo epidemiológico. Cobre em torno de 70% das internações hospitalares do país desde a sua criação em 1990.

SINAN:

O Sistema de informação de agravos de Notificação é alimentado principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória portaria GM/MS

nº 21 de fevereiro de 2006, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

SINASC:

O sistema de informação sobre nascidos vivos permite o conhecimento de dados como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer. Esses dados são extraídos através de um documento padrão, que é a declaração de nascimento(DN). A base nacional é gerada pelo DATASUS. Foi criado em 1992 e sua análise permite informações epidemiológicas, estatísticas e demográficas.

SISPRENATAL:

O Sistema de Informação do Pré-Natal é um programa desenvolvido pelo DATASUS com a finalidade de acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização de Pré-Natal. Nele está definido um mínimo de procedimentos para uma assistência ao pré-natal.

Por se tratar de bases de dados públicos não houve necessidade de encaminhar este projeto nos Comitês de Ética e de Pesquisa.

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 Revisão teórica

A sífilis possui como agente etiológico um espiroqueta fino e imóvel chamado *Treponema pallidum*. Seu agente etiológico foi descoberto por Fritz Richard e Paul Erich Hoffman, em 1905, denominado *Spirochaeta pallida*. Um ano após, Wassermann, Neisser e Bruck realizaram o primeiro teste sorológico. (SARACENI, et al., 2005)

Seu modo de transmissão é sexual e vertical, podendo produzir a forma adquirida ou congênita. Considerada uma epidemia em mulheres jovens e um problema de saúde pública no mundo, pode ser controlada de forma efetiva através de programas de saúde pública, já que possui um tratamento conhecido, eficaz e barato. Essa doença possui mais de 500 anos com relatos na Europa logo após o descobrimento das Américas. (SARACENI, et al.,2005). Ao longo dos tempos, várias medidas foram implantadas para frear os danos causados pela sífilis ao lado de outras doenças venéreas que surgem como ameaça sanitária, individual e coletiva.

No século XIX, uma nova especialidade médica foi criada, não voltada a um órgão ou função orgânica e sim ao estudo de uma única doença, suas causas, sintomas e prevenção. Os profissionais dessa especialidade foram denominados sifilografistas os quais contribuíram para conscientizar a sociedade sobre o problema venéreo. Atribuíam à sífilis o poder de se manifestar de tantas formas diferentes que acabava sendo um princípio etiológico geral. Sua etiologia ficava restrita ao campo da metafísica, preconceitos e superstições, era considerada fatalidade natural ou erro moral, e os doentes eram internados nos hospitais gerais que cuidavam dos loucos, mendigos e libertinos.

Após o isolamento do *treponema* em tecidos, órgãos e alterações sangüíneas, os diagnósticos ficaram mais precisos, porém os sifilografistas usaram

este avanço para justificar ainda mais a necessidade da luta contra a doença. Isso deu-lhes um poder ainda maior, tornando-os muito respeitados perante a medicina e a sociedade. Durante muito tempo, a sífilis foi responsável por várias causas de morte como problemas cardíacos, câncer ou transtornos mentais. (CARRARA, 2000)

O tratamento da sífilis demorou a ser encontrado. Inicialmente, usaram-se compostos mercuriais. Em 1910, a arsfenamina foi utilizada por Paul Ehrlich, mas, apenas na década de 40 do século XX, foi encontrado tratamento efetivo para a cura da sífilis, a penicilina, trazendo um novo panorama e conseqüentemente novas esperanças para a chamada doença do extermínio. (SARACENI, et al., 2005).

Sífilis gestacional

Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde, aprovou o Pacto pela Saúde, que se subdivide em Pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS. O pacto pela vida traz como uma das prioridades a redução da mortalidade materna e infantil, conseguida através da redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis. A sífilis em parturientes encontra-se com prevalência elevada mesmo em relação ao HIV, 1,6%, ou seja, quatro vezes maior, cerca de 50.000 gestantes infectadas por ano. Portanto, a sífilis congênita é um indicador da qualidade de pré-natal, ocorrendo quatro mil casos notificados a cada ano. A subnotificação também é presente nestes casos, o que poderia aumentar a incidência para 12 mil casos, levando a taxa de incidência para quatro casos por mil nascidos vivos. A política implantada para a melhoria da qualidade do pré-natal aumentou em 85% a cobertura prestada, garantindo, no mínimo, cinco consultas de pré-natal por parto no SUS, mas a qualidade deste pré-natal não está adequada à solicitação de exames para sífilis ou tratamento de gestantes e seu parceiro (MS, 2006).

A diminuição da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria da qualidade da atenção obstétrica no SUS: 34,8 óbitos por 1000.000 internações em 1997 para 28,6 óbitos por 100.000 internações em 2001 (Brasil 2003; MS, 2004-2007).

A Organização Mundial de Saúde assumiu um papel de líder em nível mundial na eliminação da sífilis congênita, traçando um objetivo global. Para tanto, elaborou um manual de eliminação mundial da sífilis onde a coloca como uma das doenças perinatais congênitas facilmente evitada e, portanto, eliminada com detecção no pré-natal e adequado tratamento às gestantes. Os indicadores como baixo peso ao nascer, prematuridade, abortos, neomortos apresentariam uma queda considerável. Grande parte dos países possui suas linhas de estratégias definidas para isso, mas estão longe de alcançar o ideal. Este objetivo global de eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública traz quatro esteios:

- 1- Assegurar empenho político e promoção sustentável;
- 2- Aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil;
- 3- Despistar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros;
- 4- Estabelecer sistemas de vigilância, monitorização e avaliação.

Ao trazer a eliminação da sífilis congênita como Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a OMS proporciona um trabalho conjunto com um fim único, trazendo benefícios a todos, pois recém-nascidos infectados por sífilis congênita possuem uma alta prevalência em relação a outras patologias neonatais apesar das subnotificações. Entre os objetivos aprovados por todos os países membros das Nações Unidas em 2001 estão:

- Reduzir a mortalidade infantil;
- Melhorar a saúde materna;
- Lutar contra HIV/SIDA, paludismo e outras doenças.

O acesso à assistência pré-natal é um problema significativo principalmente nas regiões norte e nordeste, embora a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial registre uma tendência ao aumento de consultas, passando de 1,2 consultas para cada parto realizado no SUS em 1995 para 4,4 consultas em dezembro de 2002 (Datusus, 2003). Apesar disso, a qualidade dessa assistência é precária, observando-se alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1000 nascidos vivos no SUS (Brasil 2002).

Conforme a portaria nº. 33, de julho de 2005 do MS, todo o caso de gestante com evidência de sífilis seja clínica, seja sorológica, não treponêmica reagente, com qualquer título, deve ser notificada.

A necessidade de uma efetiva qualidade de pré-natal dá-se pela alta capacidade do agente etiológico da sífilis de atravessar a barreira placentária em todos os trimestres da gestação, trazendo como conseqüência a infecção fetal. Uma gestante não tratada pode apresentar aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% dos casos, além de parto prematuro ou infecção congênita. A sífilis gestacional não tratada no 1º e 2º trimestres sempre provoca lesões fetais além de natimortos e, se adquirida no 3º trimestre, pode não apresentar sintomatologia. Durante o parto, ainda há um risco de contágio se houver lesões genitais.

Classificação:

Sífilis adquirida

- Recente (menos de um ano de evolução). Apresenta as formas primária, secundária e latente.

Sífilis primária:

- cancro duro (lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante);
- adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla;
- lesão que aparece entre 10 a 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. No homem, em geral, localiza-se na glândula e sulco bálano-prepucial. Na mulher, aparece nos pequenos lábios, parede vaginal e colo uterino, a lesão é rica em treponemas.

Sífilis Secundária

Manifesta-se entre 6 e 8 semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro. Apresenta-se com:

- poliadenopatia generalizada;
- artralgias, febrícula, cefaléia a adinamia;
- roséolas;
- pápulas cutâneas localizadas nas superfícies palmo-plantares;
- alopecia;
- lesões elevadas em platô, de superfície lisa nas mucosas;
- lesões pápulo- hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito.

Sífilis latente

Pode ser recente ou tardia.

Sífilis recente

Nesta fase, não se observam sintomas clínicos, o diagnóstico se dá através de testes sorológicos.

Sífilis tardia

Manifesta-se entre 3 e 12 anos após o contágio. As lesões são pobres em treponemas;

- lesões cutâneo - mucosas, que se apresentam como tubérculos;
- apresentação neurológica;
- doença cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico;
- comprometimento articula

Sífilis congênita

A sífilis possui como agente etiológico o Treponema Pallidum, como já foi citado, podendo ser transmitido para o feto durante a gestação através da transmissão

vertical que ocorre em qualquer momento da gestação. Embora as estimativas sejam variáveis, pelo menos 50% de mulheres com sífilis aguda correm o risco de problemas graves durante a gravidez: 50% de natimortos ou aborto espontâneo e 50% de morte perinatal, infecção neonatal grave ou baixo peso ao nascer, a mortalidade em neonatos infectados pode ser superior a 10%.

Nos recém-nascidos de mães com sífilis, cerca de dois terços mostram-se assintomáticos, apresentando manifestações clínicas tardias, podendo levar meses ou anos e impedindo a intervenção na assistência. As taxas de mortalidade neonatal, aborto espontâneo ou morte perinatal ocorrem em até 40% dos casos. A sífilis congênita pode apresentar-se na forma precoce, ou seja, até dois anos de vida, apresentando, além dos sintomas já relatados, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, pseudoparalisias nos membros, sofrimento respiratório, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada, etc. Na forma tardia da doença, que poderá surgir após dois anos de idade, além de todos os critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais não pode ser descartada a hipótese de abuso sexual. Nesta fase encontramos manifestações como “tíbia em lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela” entre outras. (MS, 2005).

A contaminação de parceiros sexuais é maior nos primeiros anos após a infecção, pois a concentração de espiroquetas no sangue é mais alta, essa taxa vai diminuindo devido à imunidade adquirida, porém o risco de transmissão vertical permanece.

Há uma limitação nos dados sobre incidência de sífilis congênita devido à dificuldade de diagnóstico. A maioria dos casos de sífilis congênita são assintomáticos, apresentando sinais e sintomas inespecíficos, mas subnotificações por ausência ou ineficácia de um sistema de vigilância, complicações como aborto espontâneo, morte perinatal, baixo peso ao nascer, prematuridade devem ser considerados bem como a própria infecção por sífilis no período neonatal. (OMS, 2008). Devido a isso, definiu-se como casos de sífilis todos os recém-nascidos com alguma suspeita de sífilis congênita, incluindo crianças com evidências clínicas e os assintomáticos filhos de mulheres com história de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada na gestação.

Definição de casos:

Sífilis congênita confirmada:

Presença do Treponema por método de identificação em lesões de pele e mucosas, cordão umbilical, líquido amniótico ou material de necropsia.

Sífilis congênita presumida:

Todo o natimorto maior de 20 semanas ou com peso maior de 500 gramas:

Recém-nascido e criança menor de 2 anos cuja mãe teve sífilis não tratada ou inadequadamente tratada na gestação, independente dos sintomas. (MS, 2006)

Testes sorológicos para sífilis

Os testes não treponêmicos (VDRL-RPR) são mais baratos e sensíveis, podendo distinguir entre infecções recentes e infecções antigas tratadas, mas necessitam de uma microscopia ou rotor para processamento com leitura subjetiva e, não raro, há erros de interpretação.

Os testes treponêmicos também apresentam resultados falso-positivos, além de não diferenciarem indivíduos com sífilis ativa não tratada e indivíduos previamente tratados com êxito, mostrando nos dois casos resultado positivo. Assim, recomendam-se os dois tipos de exames.

Os testes rápidos podem ser usados no local de atendimento, sendo necessário um treinamento rápido dos profissionais de saúde. No entanto, não é necessário equipamento especial ou condições de armazenamento especial com custo de 0,45 -1,40 dólares. Possuem sensibilidade de 85 -98% e especificidade de 92 – 98% em comparação a testes treponêmicos. Esses testes podem ser usados em nível primário de saúde para detecção ou confirmação de casos, porém não podem ser usados para monitoramento do tratamento ou distinguir infecção ativa ou já tratada, mesmo assim, todas as mulheres deverão ser tratadas para evitar a transmissão vertical. (OMS, 2008)

Testes treponêmicos (VDRL – RPR).

Poderão apresentar-se positivo até o 6º mês, significando transferência materna e deverão ser comparados com os maternos solicitados na admissão.

- Testes treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, Elisa)

O anticorpo IgG materno tende a diminuir até a negatificação, com cerca de 18 meses de idade, portanto não devem ser realizados em recém-nascidos. Os IgM não possuem boa sensibilidade, ocasionando falso negativo.

- Liquor (LCR)

Neurosífilis em recém-nascidos:

Células > 25 leucócitos /mm³

Proteínas > 150 mg/dl

VDRL reagente

No período pós-neonatal, acima de 28 dias, as alterações do liquor incluem VDRL positivo e ou concentrações de proteína de 40 mg/dl ou mais e ou contagem de leucócitos de 5 cel/mm³ ou mais.

- Radiografia de ossos longos

Metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero) incluindo osteocondrite, osteíte e periostite.

Apresentação da Doença:

Sífilis congênita precoce:

Considera-se sífilis congênita precoce até os dois anos de idade. Apresenta uma gravidade variável. Pode apresentar

- septicemia acompanhada por anemia importante, icterícia e hemorragia;
- lesões cutâneo-mucosas, placas mucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais e condilomas plano anogenitais;
- lesões ósseas, manifestadas por periostite e osteocondrite;
- lesões do sistema nervoso central;;
- lesões do aparelho respiratório;
- hepatoesplenomegalia, pancreatite;Rinite sanguinolenta;
- anemia plaquetopenica, púrpura

Sífilis congênita tardia:

Considera-se sífilis congênita tardia o período posterior ao 2º ano de vida, apresentando:

- fronte olímpica;
- mandíbula curva;
- arco palatino elevado;
- tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson+ ceratite intersticial + lesão do VIII par craniano);
- nariz em sela;
- tibia em lâmina de sabre;
- surdez, retardo mental, hidrocefalia.-(MS, 2006).

Tratamento

O tratamento em adultos é fácil e barato, podendo consistir em uma única dose de penicilina em nível primário de saúde. O tratamento em gestantes, no início da gravidez evita a transmissão vertical, mesmo em mulheres com sífilis de longa duração, uma única dose de penicilina protegeria o feto. À gestante devem ser oferecidos exames de detecção de sífilis na primeira consulta pré-natal durante o primeiro trimestre e no último também. As mulheres que não realizarem o exame, devem fazê-lo na hora do parto. As mulheres positivas devem ser tratadas bem como seus parceiros sexuais e seus filhos recém-nascidos. Essa normatização deve estar presente em todos os programas de pré-natal com a finalidade de reduzir a morte materna, a morte fetal e mortalidade e morbidade neonatal por sífilis. Toda gestante soropositiva deve ser tratada com penicilina. (OMS, 2008)

O tratamento da sífilis é igual em todos os períodos, na presença de uma gestação ou não, mas é na gestação que pode ocorrer falha no tratamento relacionado com a hemodiluição ou presença de co-infecções. Na sífilis primária, usamos Penicilina Benzatina 2400.000UI em dose única com controle de VDRL mensal. Na sífilis secundária, a dose é elevada para 4800.000UI dividida em duas doses com intervalo de uma semana e VDRL mensal. Na sífilis terciária, triplica-se a dose para 7200.000UI com intervalo também de uma semana e VDRL mensal. Caso uma titulação se eleve, justifica-se um novo tratamento ,por isso é muito importante o tratamento do parceiro e o uso do preservativo.

Em lactentes o diagnóstico e tratamento são mais difíceis, necessitando internação hospitalar para administração via parenteral de penicilina G cristalina 50.000UI/kg/dose a cada 12 horas nos primeiros sete dias de vida e a cada 8 horas após sete dias de vida, durante dez dias, ou penicilina G benzatina ,IM uma vez ao dia, por 10 dias.

Mesmo em países onde a prevalência de sífilis é baixa, os programas de detecção permanecem sendo realizados devido à relação custo benefício, sendo mais uma vez a prevenção a melhor saída, pois, se comparada a outras intervenções, a prevenção da sífilis se torna uma das mais rentáveis.

Em 1993, o Banco Mundial recomendou que a detecção da sífilis congênita fosse incluída no pacote essencial de saúde. Em se tratando de doença sexualmente transmitida, a detecção da sífilis deve ser combinada com a detecção do HIV, o que também trará economia, pois a mesma coleta de sangue e a execução dos testes poderiam ser realizados na mesma hora. (OMS, 2008).

3.2 Análise dos Resultados

Na tabela 1 encontram-se os casos de sífilis congênita notificados em Porto Alegre no período de 2000 a 2004. Em 2000, num total de 85 casos notificados, 63,5% apresentam diagnóstico final ignorado/branco, podendo significar que as investigações foram inconclusivas ou não realizadas.

Em 2002, num total de 94 casos notificados, 86,2% apresentaram sífilis congênita e apenas 13,8% das notificações foram ignorados/branco. Percebe-se uma melhoria na qualidade das notificações ao longo do período com uma diminuição de casos com diagnóstico final ignorado/branco. Como incidência esperada é de 1,2% de casos de sífilis congênita por nascimento (MS, 2006) a quantidade de casos notificados com diagnóstico final de sífilis congênita deve ser maior, como mostra em 2004, onde 94,4% dos casos notificados apresentaram sífilis congênita e apenas 1,5% de ignorados/branco.

Tabela 1 - Número de casos de Sífilis Congênita (SC) por diagnóstico final e ano de notificação – Porto Alegre, 2000-2004

ANO	Diagnóstico Final										Total
	SC Recente		SC Tardia		Natimorto		Aborto		Ign/Bran		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2000	31	36,47	0	-	0	-	0	-	54	63,53	85
2001	21	28,77	1	1,37	0	-	1	1,37	50	68,49	73
2002	81	86,17	0	-	0	-	0	-	13	13,83	94
2003	109	88,62	0	-	1	0,81	0	-	13	10,57	123
2004	51	94,44	0	-	2	3,7	0	-	1	1,85	54

Fonte: SINAN/Porto Alegre.

Tabela 2 – Casos notificados de sífilis congênita, Porto Alegre, 2000-2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Nascimentos	22867	20790	19965	19165	19504
Casos suspeitos notificados	85	73	94	123	54
Incidência de Sífilis tardia	0	1	0	0	0
Incidência de Sífilis recente	31	21	81	109	51

Observa-se uma melhora no percentual de casos comprovados frente aos notificados, que passou de 36,5% em 2000 e 28,8% em 2001 para 86,2% em 2002, atingindo seu máximo em 2004, com 94,4% de casos notificados confirmados.

Na tabela 3 discrimina-se o número de consultas pré-natal, no período 2000-2004.

Tabela 3 - número de consultas pré-natal, Porto Alegre, 2000-2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Nascimentos	22867	20790	19965	19165	19504
Nenhuma consulta de pré-natal	1263	971	795	730	678
de 1 a 3 consultas	2944	2547	2072	1897	1712
de 4 a 6 consultas de pré-natal	6494	5457	4851	4560	4275
7 ou mais consultas de pré-natal	12166	11915	12247	11978	12839

Observa-se que, no período estudado, ocorreu um aumento progressivo na cobertura pré-natal, que era deficitária em 5,5% em 2000, reduzindo-se a 3,5% em 2004. O aumento do número de consultas de pré-natal por nascimentos também ocorreu: 53,2% dos nascimentos tiveram sete consultas ou mais de pré-natal em

2000, chegando a 65,8% em 2004, com um aumento na cobertura de pré-natal de 23,68%.

Tabela 4 – Incidência de sífilis congênita em Porto Alegre, 2000-2004.

Incidência de sífilis congênita					
	2000	2001	2002	2003	2004
Nascimentos	22867	20790	19965	19165	19504
Total de casos	64	103	80	61	51
0 a 6 dias	63	90	77	0	60
7 a 27 dias	1	10	1	0	1
28 a 364 dias	0	3	2	1	0

Observa-se na tabela 4 que a incidência de sífilis é menor do que os 1,2% estimados, variando entre 0,27% em 2000 a 0,49% em 2001.

Segundo a Organização mundial de Saúde (2008) os programas de detecção da sífilis serão bem-sucedidos se houver a identificação dos obstáculos e das melhorias da capacidade do sistema de cuidados de saúde para prestar o atendimento necessário. Embora no Brasil, a detecção seja uma política de saúde, apenas 51-81% da proporção de mulheres grávidas são submetidas à detecção. Todos os programas de saúde, seja na área sexual, seja na área de DST/AIDS, devem ser integrados visando a um objetivo comum.

O acesso da gestante á programas de pré-natal precoce é imprescindível, porém a qualidade dos serviços possui a mesma importância. Os programas de saúde devem trabalhar com as mulheres, famílias e comunidade, procurando parcerias a fim de desenvolver temas como cuidados com a saúde durante a gravidez, DST/AIDS, papel do homem como barreira ou motivação na procura de atendimento (OMS, 2008).

A pouca sensibilidade por parte dos profissionais quanto às conseqüências da sífilis nas mulheres grávidas, a falta de treinamento dos profissionais de saúde, a falta de recursos, bem como a falta de consciência da comunidade sobre os riscos da doença e os benefícios de detecção, a pouca consulta pré-natal, o tempo longo e espera por resultados de exames e a falta de medicamentos são algumas dificuldades encontradas para não modificar o panorama da sífilis no nosso meio.

4. CONCLUSÃO

A intersetorialidade é importante para o êxito de programas de saúde onde os recursos são escassos ou instabilidade política e conflitos, porém parcerias com organizações não governamentais são arriscadas quando há uma política de governo descompromissada com suas responsabilidades. A participação popular é necessária na construção de programas de saúde para o alcance dos objetivos.

Através dos registros de SINAN constatamos um aumento progressivo na melhoria na qualidade dos dados notificados. Em 2004 apenas 1,85% dos casos apresentaram-se ignorados ou em branco num universo de 54 registros.

Não foi possível comparar as consultas de pré-natal, no que tange a coleta do VDRL com notificações de sífilis congênita porque a obrigatoriedade da notificação apenas ocorreu em 2006, não contemplando a série histórica destacada neste trabalho. É possível constatar que o número de consultas de pré-natal por nascimentos vem aumentando após a implantação da Política Nacional de Humanização do pré-natal

As análises feitas neste trabalho demonstram a importância da realização de medidas integradas dos profissionais de saúde como a adequada assistência ao pré-natal, diagnosticando e tratando precocemente às gestantes portadores de sífilis e seus recém-nascidos. A qualidade dos registros é outro fator que merece destaque, pois todos os casos deverão ser notificados assim como todos os campos da ficha de investigação devem ser preenchida para que a vigilância epidemiológica possa analisar os dados.

5. REFERÊNCIAS

- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; Bottino, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle ,**An. bras. Dermat.**. 81(2): 111-126 abr. 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional da saúde. Centro Nacional de Epidemiologia, 1998
- BRASIL, Ministério da Saúde: **Gestação de alto risco**, manual técnico. 4ª ed. Brasília, 2000.
- BRASI, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Diário Oficial da União nº 238, portaria nº 2.607, dez. 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde: **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Serie manuais nº 62, Brasília, 2005.
- BRASIL, Ministério da saúde: **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, 2006.
- CARRARA, Sérgio: **Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40**, FIOCRUZ, RJ, 1996.
- CODES, José Santiago de et al. Detecção de doenças Sexualmente Transmitidas da Rede Pública no Brasil. **Revista Brasileira de Gineco-Obstetrícia**, marco 2002, volume 24 101-106p
- De Loraci, Dino Roberto Soares and Madi, José Mauro: Sífilis congênita como indicador de assistência pré natal **Revista brasileira de Gineco obstetrícia**, dez 2001, volume 23, nº10, 647-652p.
- FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de .**Qualidade de Assistência no Pré- Natal nos Estudos da sífilis e Sífilis Congênita em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo**, tese doutorado, São Paulo, 2004
- MIURA, Ernani et al. **Neonatologia** Princípios e Práticas. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, 332-338p.
- NEIVA, Wachholz. **Sífilis Congênita**. Apresentação de dados do SINAN/Porto Alegre. Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis, SMS/PMPA, 2006
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Eliminação Mundial da Sífilis: Fundamento Lógico e Estratégia de Ação**, 2008.
- SARACENI, Valéria et al. Avaliação as para eliminada sífilis congênita no município do Rio de janeiro, a partir do modelo teoricológico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, set 2005, volume 5 nº 3 , 263-273p.
- SARACENI, Valéria et al. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, dez 2005, volume 8, nº4, 419-424p.
- <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal>
- <http://www.datasus.gov.br>

ANEXO 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO
SISPRENATAL

DATA

1. Nome da Unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SIASUS			
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE	5. UF	6. Código da UF no IBGE		

N.º	Número da gestante no SISPRENATAL	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica				Consulta Puerperal
										1ª dose	2ª dose	Reforço	imune	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

Preencher as quadrículas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela: 01 – Enfermeira; 22 – Ginecologia; 29 – Obstetrícia; 59 – Médico do PSF; 60 – Enfermeira do PSF; 73 – Ginecologia/Obstetrícia; 74 – Medicina Geral Comunitária; 76 – Enfermeira do PACS; 79 – Enfermeira Obstetra; 84 – Médico (qualquer especialidade). No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia.