

Análise do perfil epidemiológico de sífilis nas gestantes e crianças, em Tangará da Serra, de 2007 a 2014

Analysis of epidemiological profile of syphilis in pregnant women and children in Tangará da Serra, from 2007 to 2014

Roseany Patricia Silva Rocha¹
Ana Claudia Pereira Terças²
Vagner Ferreira do Nascimento³
Juliana Herrero da Silva⁴
Josué Souza Gleriano⁵

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.

² Doutora em Medicina Tropical. Docente adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.

³ Mestre em Terapia Intensiva. Docente Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.

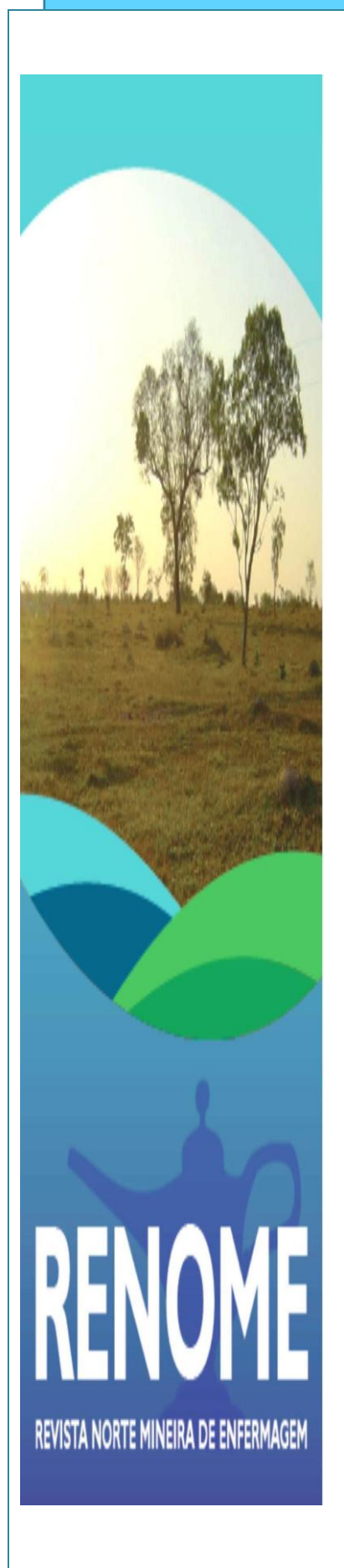
⁴ Chefe da Vigilância epidemiológica em saúde de Tangará da Serra - MT.

⁵ Mestre em Saúde Coletiva. Docente Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT.

Autor para correspondência:

Roseany Patrícia da Silva Rocha
Universidade do Estado de Mato Grosso, Campus Tangará da Serra Ciências
Rua são Paulo, nº 202 S, Centro, Apê 101
MT, Brasil
CEP. 78300-000
E-mail: roseanyrocha1@gmail.com

Resumo: Objetivou-se avaliar a incidência da sífilis congênita em Tangará da Serra, de 2007 a 2014, e descrever o perfil epidemiológico de gestantes e recém-nascidos que contraíram sífilis congênita. Trata-se de estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo e retrospectivo, mediante dados secundários obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações SINAN-NET referente aos casos novos de Sífilis



Congênita e em gestantes. A coleta de dados foi em agosto de 2015. Verificou-se que, no período de 2007 a 2014, foram notificados 27 casos de sífilis, sendo 16 casos de sífilis em gestantes e 11 casos de sífilis congênita. Todas as mulheres realizaram testes laboratoriais e iniciaram o tratamento, porém apenas um parceiro foi tratado. As onze crianças com diagnóstico de sífilis congênita mantiveram-se todas assintomáticas após o parto, realizando os exames confirmatórios e tratamento medicamentoso. Observa-se a necessidade de ações preventivas, principalmente durante o pré-natal, que visem reduzir os casos da doença no período gestacional.

Descritores: Sífilis Congênita; Perfil Epidemiológico; Gestantes.

Abstract: This study aimed in assessing the incidence of congenital syphilis in Tangará da Serra from 2007 to 2014, and consequently, describing the epidemiological profile of pregnant women and newborns who bore congenital syphilis. This is an epidemiological, quantitative, descriptive and retrospective study with secondary data obtained by the Notified Information System of Diseases Development SINAN-NET regarding the new cases Congenital Syphilis and syphilis in pregnant women. Data were collected in August 2015. During the period of 2007 to 2014, 27 cases of syphilis were reported, being 16 of syphilis in pregnant women and 11 cases of congenital syphilis. All women had laboratorial tests and began the treatment, although only one male partner was treated. Eleven children with congenital syphilis were asymptomatic after labor, going through tests to confirm and being receiving treatment. The need of preventive actions, especially during pre-labor that aims at reducing the cases of disease in the pregnancy period is necessary.

Descriptors: Congenital Syphilis; Epidemiological Profile; Pregnant Women.

Introdução

A área da saúde evoluiu consideravelmente em todo o mundo; apesar disso, as infecções sexualmente transmissíveis são um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A partir da década de 1960, houve transformações na sociedade em relação ao comportamento sexual associadas ao advento da pílula anticoncepcional, fazendo com que as pessoas deixassem de usar preservativo como forma de evitar uma gravidez. E isso aumentou o número de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST)⁽¹²⁾.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, que pode apresentar-se na forma aguda ou crônica. O microrganismo responsável pela infecção é o *Treponema pallidum* e sua transmissão ocorre predominantemente por via sexual, podendo, também, ter origem congênita. Torna-se um problema de saúde pública, pois é responsável por altos índices de mortalidade materno-infantil (3).

O *Treponema pallidum* é uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas, e possui alta patogenicidade. O gênero possui quatro espécies patogênicas, porém a sífilis endêmica é atribuída à variante *T. pallidum endemicum*. Essa bactéria possui cerca de 10 micrômetros de comprimento, com apenas 0,2 micrômetros de largura, não é cultivável *in vitro*, sendo extremamente frágil, sensível à temperatura e à umidade, tendo como *habitat* preferencial a mucosa urogenital^(4 5 6).

A doença apresenta diferentes formas de transmissão, porém a mais comum é transmitida por via sexual, denominada de Sífilis Adquirida. Seu período de incubação é de 10 a 90 dias, com uma média de 21 dias, a partir do contato sexual infectante. Manifesta-se sob três estágios clínicos: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária. Os dois primeiros estágios apresentam as características mais marcantes da infecção, quando se observam os principais sintomas e quando a doença é mais transmissível. O tempo de evolução é extremamente variável, geralmente interrompido com o tratamento^(4 5 6 7).

A sífilis congênita é causada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada, não tratada ou tratada inadequadamente, para seu conceito, por via transplacentária, e a transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, sendo a mais comum após o quarto mês^(4 5 6 7 8).

Essa forma da doença é uma das mais graves, pois impacta diretamente na morbimortalidade infantil e materna. Na criança, as manifestações clínicas surgem logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida, variando de quadros, em sua maioria assintomáticos, até más formações graves e óbito. São destacados em pequenas quantidades os casos de sífilis congênita tardia, que pode ocorrer após os anos. Nesse contexto, a prevenção torna-se a ação mais eficaz, e deve ser realizada por equipe de saúde capacitada e direcionada às ações do pré-natal⁽²⁾.

O enfermeiro desempenha papel crucial nesse processo, e deve atuar no controle de sífilis congênita, ofertando à gestante assistência ao pré-natal adequado, realizando, no mínimo, seis consultas integrais e qualificadas, oportunizando acesso ao teste VDRL no primeiro trimestre e na

28ª semana de gestação, e antes do parto ⁽²⁾. Ressalta-se, ainda, que, em casos já confirmados da doença em gestantes, a atenção deverá estender-se desde o pré-natal até o monitoramento clínico pós natal da mãe e da criança exposta, visando assim minimizar as complicações⁽²⁾.

Além da assistência, o conhecimento sobre o impacto desse problema na população poderá direcionar as ações de todos os serviços de saúde, sendo primordial a atuação do enfermeiro nas atividades de vigilância epidemiológica da sífilis, produzindo dados de qualidade, confiáveis, e que possam ser instrumento de gestão⁽²⁾.

Nesse contexto, objetiva-se conhecer a incidência da sífilis congênita em Tangará da Serra, de 2007 a 2014, e, assim, descrever o perfil epidemiológico das gestantes e dos recém-nascidos que tiveram sífilis congênita confirmada.

Materiais e Métodos

Trata-se de estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo e retrospectivo, por meio de dados secundários obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações SINAN-NET, referentes aos casos novos de Sífilis Congênita (SC) e de sífilis em gestantes diagnosticadas e residentes no município de Tangará da Serra, no período de 2007 a 2014.

O município de Tangará da Serra está situado na região sudoeste do Estado de Mato Grosso a 240 quilômetros de Cuiabá, do estado. O clima é tropical, quente e úmido, e a economia está baseada na agricultura, pecuária, comércio e indústria⁽⁹⁾.

Respeitando os aspectos éticos em pesquisa, após submissão, apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado de Mato Grosso, sob o número de CAAE 45675515.6.0000.5166, e parecer número 049779/2015, iniciou-se a pesquisa.

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2015, a partir da base de dados da vigilância epidemiológica desse município, que forneceu as informações em planilhas eletrônicas oriundas do SINAN-NET referentes às notificações de sífilis em gestante e sífilis congênita, do período de 2007 a 2014.

Posteriormente, os dados foram sistematizados em planilhas eletrônicas, transportados para SPSS versão 20.0, para que as análises estatísticas fossem executadas. Testes estáticos não paramétricos foram realizados para as variáveis do estudo, e os resultados foram constituídos de gráficos e tabelas de distribuição absoluta e relativa.

Resultados

As notificações de gestantes, bem como de crianças, analisadas no período de 2007 a 2014, compreenderam um total de 27 casos, sendo 16 gestantes e 11 crianças (Tabela 1). Destaca-se que somente duas gestantes e seus respectivos filhos foram notificados no mesmo período.

Assim, identificamos que 14 gestantes não tiveram seus filhos notificados e nove crianças não tiveram suas mães notificadas, durante a gestação. Isso remete a duas hipóteses: uma é a permanência da deficiência na atenção primária, principalmente durante o pré-natal; e a outra é a relação entre o fato dos bebês que não tiveram suas mães notificadas e o fato de o diagnóstico ter ocorrido durante ou após o parto; assim, a notificação das mulheres não foi realizada, em decorrência do término da gestação, já que a ficha de notificação é específica para o período gestacional.

O fato da notificação de somente duas gestantes e de seus respectivos filhos, outra situação evidenciada, com registro do caso informado a vigilância, revela uma possível falha no serviço hospitalar. O guia de vigilância em saúde preconiza que toda gestante confirmada com sífilis deve ser imediatamente tratada, como também seus parceiros e recém-nascidos com caso de diagnóstico positivo. Nesse sentido, torna-se imprescindível a realização da notificação da suspeita dessas crianças filhas de mães com sífilis confirmada na gestação - fato que pouco se observou na realidade tangaraense ⁽¹⁰⁾.

Tabela 1 - Gestantes e crianças notificadas com sífilis em Tangará da Serra no período de 2007 a 2014.

	Gestantes notificadas	Crianças Notificadas
2007	04	0
2008	02	04
2009	01	0
2010	0	0
2011	01	0
2012	03	03
2013	04	04
2014	01	0
Total	16	11

O enfermeiro representa um papel primordial nas ações de prevenção e tratamento da sífilis. Ressalta-se que ele deve atuar desde a notificação oportuna até constituir-se como instrumento de controle social, devendo atuar na medida de controle e tratamento em todos os casos de sífilis, oferecendo assistência adequada no tratamento e no acompanhamento das pacientes, seus filhos e parceiros. Além disso o enfermeiro deve atuar no controle de sífilis congênita, elaborando medidas de controle na assistência ao pré-natal⁽¹¹⁾.

Silva (2012) e França *et. al.* (2015) relatam que o enfermeiro deve agir na operacionalização de ações, sistematizar os cuidados de enfermagem de forma individual e integral ao cliente e à comunidade, com medidas intervencionistas, preventivas e buscando integrar, em todas as ações, os elementos da promoção da saúde. O enfermeiro deve, ainda, manter uma postura ética e humanizada, para não causar constrangimento para o indivíduo que tem a sífilis, em todos os momentos do atendimento, seja durante o preenchimento da notificação, em um primeiro contato, até os demais encontros para o tratamento medicamentoso ^(11 12).

O profissional deve incentivar o uso de preservativos, tratamento aos parceiros e educação em saúde em relação às ISTs. Ressalta-se que o profissional deve ser capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste, para detecção dos exames sorológicos ⁽¹²⁾.

Perfil da notificação de sífilis na gestação, em Tangará da Serra

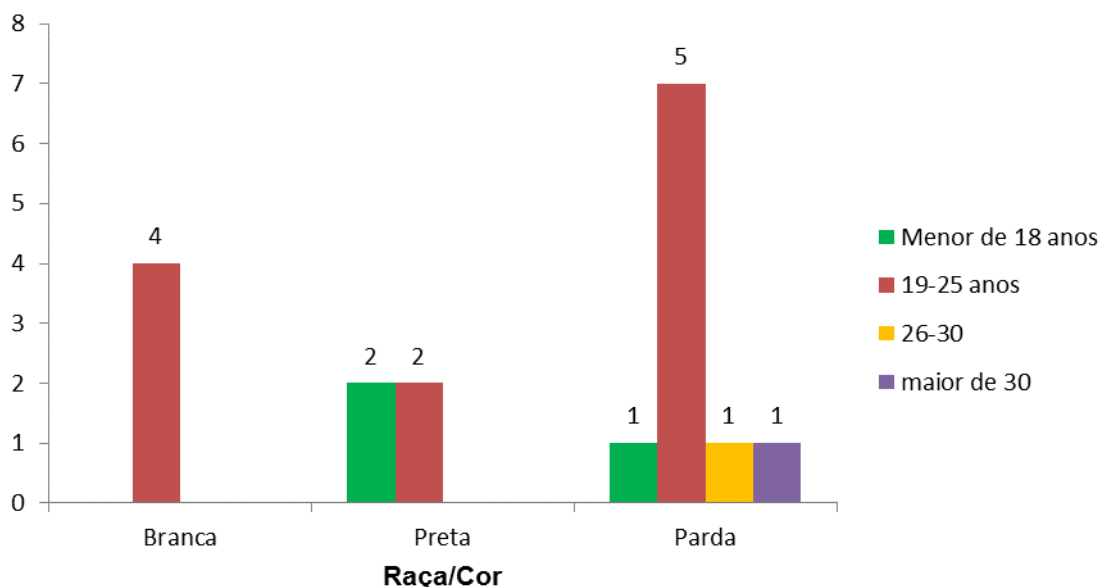


Figura 1 – Distribuição por raça/cor e faixa etária das mulheres confirmadas com sífilis na gestação, em Tangará da Serra, no período de 2007 a 2014.

A Figura 1 demonstra que a distribuição racial das mulheres notificadas com sífilis aponta para maior incidência na raça/cor parda, 50%. Cavalcante (2003) descreveu que, a partir da década de 1870, em Mato Grosso, a sífilis passou a ser evidenciada por parte dos médicos sanitaristas. Era um período em que a capital do estado mato-grossense possuía a densidade demográfica mais baixa do país. A população era composta principalmente por mestiços, descendentes de união entre brancos, negros e índios; predomina, assim, a raça/cor parda na população do estado, desde tempos remotos. O censo realizado pelo IBGE em 2010 reafirma a constituição racial do estado de Mato Grosso, pois foi identificado que 52% da população se autodeclarou como pertencente à raça/cor parda, podendo esse ser um dos fatores que esteja relacionado com a predominância dessa raça/cor dentre as gestantes com sífilis de nosso estudo (IBGE, 2012). Porém, faz-se necessário refletir sobre a possibilidade de relação com a exclusão social, dificuldade de acesso à educação e consequente aumento do risco de adoecimento em decorrência da ausência de medidas preventivas ⁽¹³⁾.

O estudo realizado em Campina Grande-PB, com 113 gestantes, reforça essa hipótese, pois mostra que a raça/cor parda teve maior relevância. Ainda foi possível verificar que raça foi o único fator do perfil sócio-demográfico que teve associação significativa com outros fatores como a baixa escolaridade materna e a ausência de realização de consultas pré-natais ⁽¹²⁾. Em nosso estudo, também foi possível identificar uma relação entre cor parda com a baixa escolaridade e ocupação dessas mulheres, pois nenhuma possuía o ensino médio completo, e todas desempenhavam atividade domiciliar apenas.

O estudo com 296 crianças com sífilis congênita notificados na cidade de Belo Horizonte - MG relata que mais da metade das crianças eram filhos de mãe da raça/cor parda. O mesmo estudo discute que esse fator está relacionado com a exclusão social, a não realização do pré-natal, além da dificuldade de acesso a informação e educação ⁽¹⁴⁾.

Pesquisa realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento da cidade de São Luís-MA, com 25 gestantes notificadas com sífilis, demonstra que a maior prevalência se enquadra na faixa etária de 21 e 30 anos, fase em que a vida sexual é mais intensa ⁽¹⁵⁾.

Esse estudo coincide com nossos achados, em que as gestantes acometidas por esta infecção são adolescentes e adultas jovens, e residentes na zona urbana. Essa faixa etária de mulheres infectadas retrata que a prática da atividade sexual é muito precoce, e essa questão remete à ideia de que ainda é necessário melhorias nas estratégias de educação em saúde nas escolas e unidades de saúde da família, visando conscientizar sobre a prática sexual segura ⁽¹⁵⁾.

Quanto à escolaridade, identificou-se que, entre todas as gestantes que foram notificadas com sífilis, apenas três tinham o ensino médio completo, e 12 não tinham nem o ensino fundamental completo. Isso remete a uma grande relação do baixo nível de escolaridade com as infecções sexualmente transmissíveis.

A predominância de transmissão de IST, em especial a sífilis, vem apresentando saldos significativos em muitas cidades no Brasil. A incidência de casos de sífilis é observada em todas as camadas da sociedade e em todos os grupos populacionais, mas parece apontar mais para a classe baixa e de baixa escolaridade ⁽¹²⁾.

A cidade de Olinda-PE reforça esses achados, quando, numa amostra de 234 casos de sífilis congênita verifica-se que a maior parte das mães não tinha o ensino fundamental completo. O mesmo autor afirma que a pobreza é um fenômeno muito conhecido na sociedade brasileira, e que a escolaridade, a ocupação e o acesso aos serviços de saúde estão fortemente ligados⁽¹⁶⁾.

Geib (2012) argumenta, como explicação para a baixa escolaridade no sexo feminino, que, no momento, há uma grande redução da oferta de oportunidades de emprego em trabalhos de baixa qualificação, aumentando, assim, a ocupação domiciliar no grupo feminino e contribuindo para abandono dos estudos mais precocemente⁽¹⁷⁾.

Na Figura 2, verifica-se a distribuição da escolaridade, entre as gestantes com sífilis, em Tangará da Serra, relacionado ao tipo de ocupação. Observa-se que 13 delas possuíam ocupação domiciliar e ensino médio incompleto. Isso revela que os fatores envolvidos são a baixa renda familiar e a dificuldade ao acesso à educação; logo, essas mulheres apresentarão dificuldade para ter acesso a um trabalho qualificado que aumente sua renda e reduza suas vulnerabilidades.

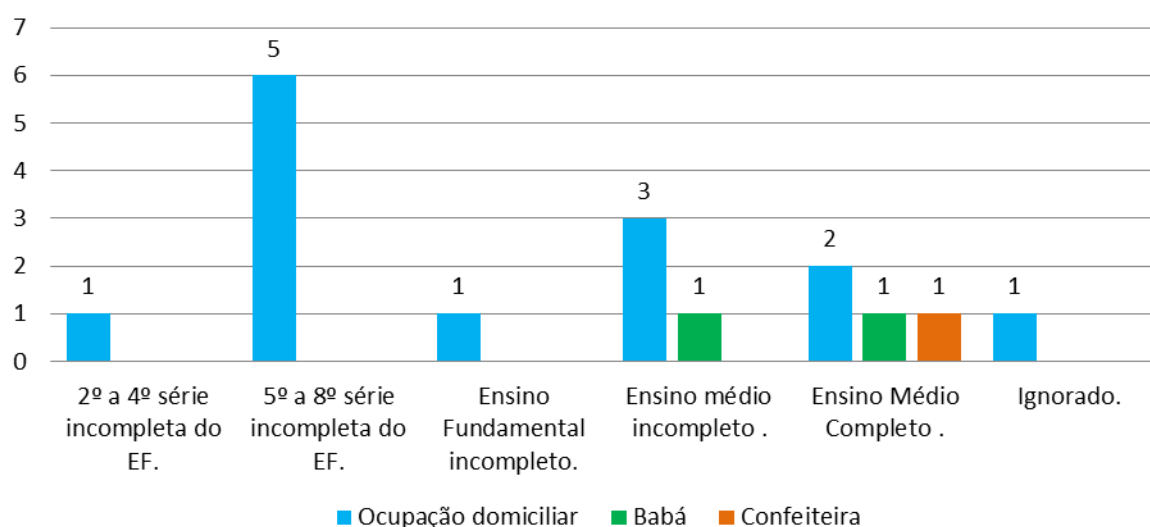


Figura 2 – Distribuição da escolaridade e ocupação das mulheres confirmadas com sífilis na gestação, em Tangará da Serra, no período de 2007 a 2014.

Oliveira *et.al* (2009) refletem que as melhores oportunidades de emprego estão correlacionadas com maior nível de educação do indivíduo, e as mulheres no Brasil apresentaram taxas de desemprego bem superiores à dos homens⁽¹⁸⁾.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) destacam que 83% das gestantes residiam em área urbana⁽¹⁹⁾. Em Tangará da Serra, a maior parte das gestantes residia na zona urbana, distribuídas em vários bairros.

A doença ocorreu nas diversas regiões do município (excluindo o bairro Centro) que expressam a moradia de pessoas de classe média baixa e classe baixa.

Francisco (2012) enfatiza que a realização do pré-natal de qualidade aponta e proporciona uma redução da morbimortalidade materna, e ainda é fator determinante na eliminação ou detecção da sífilis congênita⁽²⁰⁾.

Em nosso estudo não foi possível verificar nas fichas se as gestantes realizaram ou não os pré-natais; apenas obtiveram informações acerca da idade gestacional no momento da notificação. Assim, dentre as 16 gestantes, duas estavam no primeiro trimestre de gestação, quatro no segundo, nove no terceiro, e uma com idade gestacional ignorada.

Em relação aos exames laboratoriais, 15 gestantes realizaram o teste não treponêmico, e os resultados foram confirmados; e uma estava sem informação na ficha, porém, posteriormente, realizou o teste treponêmico, que foi confirmatório para sífilis. O teste treponêmico realizado durante o pré-natal foi realizado por cinco gestantes, e o resultado de quatro delas foi confirmado; apenas de uma deu negativo.

França *et al.* (2015), em seu estudo, apontam para um problema referente ao momento da realização do teste sorológico, tendo em vista que um percentual considerável dos casos realizou o exame em diferentes idades gestacionais⁽¹²⁾. Esse resultado não difere dos identificados em Tangará da Serra, pois esses achados levantam uma preocupação a respeito da doença, uma vez que, quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, menor será o tempo de exposição do feto ao *Treponema pallidum*.

O Ministério da Saúde preconiza a realização de testes treponêmico e não treponêmico durante o primeiro e o terceiro trimestre da gestação, e no momento do parto. A gestante infectada pelo *T. pallidum* vai apresentar os testes treponêmicos reagentes indefinidamente, mesmo que já tratada^(2 10 21).

Os não treponêmicos tendem à negatificação após o tratamento. No entanto, podem apresentar testes não treponêmicos persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento. Por isso, na ausência de tratamento, gestantes com títulos baixos em testes não treponêmicos devem ser tratadas.

Referente ao tratamento das gestantes e seus parceiros, a Tabela 2 nos faz refletir que deverá haver uma melhoria na adesão do tratamento de ambos os envolvidos nesse processo de adoecimento, mas principalmente dos parceiros, uma vez que apenas um iniciou o tratamento. A penicilina é o medicamento de escolha para todas as apresentações da sífilis e a avaliação clínica da doença indicará o melhor esquema terapêutico. Os esquemas terapêuticos podem ser consultados na publicação do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis⁽¹⁰⁾.

Tabela 2 – Relação de tratamento realizado para sífilis na gestação em mulheres e seus parceiros, em Tangará da Serra, no período de 2007 a 2014.

N. Gestantes	Tratamento	N. Parceiros	Tratamento
6	Penicilina G benzantina 7.2000.000 UI	6	Não realizado
1	Penicilina G benzantina7.2000.000 UI	1	Penicilina G benzantina7.2000.000 UI
4	Penicilina G benzantina 4.8000.000 UI	4	Não realizado
3	Penicilina G benzantina 2.4000.000 UI	3	Não realizado
2	Ignorado\Não realizado	2	Ignorado\Não realizado
Total	16	16	

Esse *deficit* no tratamento dos parceiros foi identificado em dois estudos distintos. Isso contribui para a permanência e disseminação da doença. Esses autores apresentaram como

fatores associados para essa não adesão ao tratamento por parte dos parceiros, o grau de instrução e de educação, a falta de conhecimento a respeito das infecções sexualmente transmissíveis, a baixa adesão ao serviço de saúde pela população masculina, seja por motivos empregatícios ou falta de interesse quanto aos cuidados com a saúde.

O novo protocolo clínico de tratamento das ISTs de 2015 também destaca a importância do tratamento dos parceiros e estabelecimento de estratégias de tratamento adequado com penicilina como medida essencial no controle da sífilis adquirida⁽²⁾.

A análise das fichas de notificação mostra uma falha em alguns registros, com informações ausentes e incoerentes. Um exemplo a ser destacado é a inconsistência de datas, ou seja, os dados referentes à data de realização do diagnóstico, notificação e exame se diferem muito. O correto seria que a data da coleta para o exame fosse verificar a data do resultado (diagnóstico), que deveria ser posterior ou igual à data de notificação.

É primordial uma discussão sobre a necessidade da melhoria no registro dessas tais informações nas fichas de notificação, uma vez que elas darão subsídios às ações de controle, monitoramento e prevenção da doença⁽²²⁾.

Brito *et al.*, (2009) enfatizam que a omissão de registros em fichas de notificação e prontuários, revela a baixa qualidade na assistência, e também limita a proposição de estratégias para melhorar o enfrentamento dos problemas de saúde⁽¹⁶⁾.

Perfil das Crianças com Sífilis Congênita

A análise do perfil das 11 crianças com sífilis congênita, em Tangará da Serra, identificou que a maioria era do sexo masculino (63,6%) e raça/cor branca (63,6%), dados que corroboram os resultados obtidos no estudo de Francisco (2014), em que também encontrou predominância da raça/cor branca (269 casos – 84,3%)⁽²³⁾. Porém, Barbosa *et.al.* (2013) encontraram dados discordantes, pois, em sua pesquisa, a raça/cor parda foi a mais prevalente (69,95%) nas crianças com sífilis congênita⁽²⁴⁾.

Essa diferença e/ou semelhança na raça/cor das crianças também pode ser explicada pela constituição racial da região em que residem, como já discutido anteriormente no perfil das gestantes.

Constata-se que, dos casos notificados, todos eram assintomáticos, ou seja, não apresentaram sintomas graves no momento do parto.

O quadro clínico varia e vai depender do tempo de exposição fetal ao *Treponema* (duração da sífilis na gestação sem tratamento); da carga treponêmica materna; da virulência do treponema. A maior parte das crianças nascidas com sífilis pode ser assintomática ao nascer ou ter sinais muito discretos ou pouco específicos ⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Estudo no estado do Maranhão, com 537 crianças notificadas com sífilis congênita, revela que os sinais mais relevantes na criança são prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia e anemia ⁽²⁴⁾.

Das onze crianças notificadas com sífilis congênita, nenhuma apresentou sintomas da doença. Esse resultado nos faz pensar que o tempo de exposição fetal do treponema (duração da sífilis na gestação sem tratamento) foi insuficiente, e a carga do treponema materno foi tão pequena, que não afetou drasticamente o feto.

Porém, cabe ressaltar que os sinais e sintomas podem-se manifestar de forma precoce, ou tardia, após os dois anos de idade⁽²⁾. Assim, torna-se primordial que o monitoramento dessa criança seja realizado periodicamente, e que o profissional de saúde esteja atento a todas as possíveis manifestações, adotando as medidas adequadas para reduzir as consequências à saúde dessa criança.

O acompanhamento de crianças assintomáticas com sífilis congênita deverá ser conduzido por profissionais capacitados que integrem uma equipe interdisciplinar, sendo necessário contemplar consultas clínicas bimensais, realizar testes não treponêmicos até os 18 meses de idade, possibilitar acesso ao monitoramento das funções neurológicas, oftalmológicas e audiológicas⁽²⁾.

Nas fichas das crianças, observou-se que 100% das mães tinham realizado o pré-natal, porém sem maiores informações sobre as condições do exame. Ainda se buscou refletir sobre o fato de todas terem passado por assistência durante a gestação, e somente duas terem sido notificadas nesse período, ou seja, outras 9 mães fizeram pré-natal, e a sífilis não foi identificada e/ou não foi notificada.

Trabalho realizado em Vitória – ES, com 233 casos de sífilis congênita, refere que 72,1% declararam ter realizado pré-natal, porém não correlacionou a realização das notificações durante a gestação. Faz-se necessário refletir sobre o problema aqui identificado, pois ter realizado pré-natal, ter um filho com sífilis congênita e não ser notificada durante a gestação destaca uma falha no acompanhamento do pré-natal ou, ainda, uma infecção poucos dias antes do parto, o que pode

ocorrer, porém, pelo fato de a maioria apresentar a mesma situação epidemiológica, direciona mais para falhas na qualidade da assistência pré-natal ⁽²⁵⁾.

O VDRL é realizado na primeira consulta de pré-natal e no início do terceiro trimestre, visando proceder à detecção da doença em todas as fases da gestação e possibilitar tratamento precoce. Em gestantes, a sífilis pode ser transmitida para o feto, com mais frequência intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também ser possível sua ocorrência na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação ^(2 21).

Em relação à idade das mães, a maior parte apresentava uma média de idade de 19 a 32 anos. O mesmo dado foi identificado no estudo de Magalhães *et al.*, que também observou maior prevalência na faixa etária de 19 a 35 anos ⁽¹³⁾.

Chama a atenção em nosso estudo o fato de apenas três mulheres apresentarem o ensino médio completo. Esses dados também foram observados no trabalho de Campos *et al.*, no qual 76% das mães não tinham o ensino médio completo. Essa discussão também foi apresentada quanto se refletiu sobre o problema da sífilis adquirida na gestação, e se repete entre as mães das crianças com sífilis congênita ⁽²⁶⁾.

A mesma situação ocorreu com a análise da raça/cor das mães dessas crianças, pois seis delas eram brancas, e as restantes pardas. Num estudo realizado em Campo Grande com coleta de dados por meio de entrevistas às puérperas, apenas 33% de gestantes eram da raça/cor parda, contra 50% de brancas, sendo semelhante ao resultado do estudo ⁽²⁷⁾.

Em relação à ocupação das mulheres, a maior parte da amostra referiu ser dona de casa, uma diz ser cozinheira, outra garçonete e uma vendedora. Diante dos dados, Figueiró-Filho *et al.*, tiveram, em seu estudo, 59,1% das gestantes com ocupação domiciliar, também similar aos dados das fichas de sífilis na gestação descritos anteriormente ⁽²⁷⁾.

Grande parte dos casos notificados nesse trabalho provém de zona urbana, sendo apenas um da zona rural. Estudo realizado em Macapá- AP registrou que 98,4% das mães de crianças notificadas com sífilis moravam na zona urbana. Esse dado se iguala ao do presente estudo ^(12 13 23), revelando que isso se deve pelo fácil acesso à assistência à saúde para população da zona urbana em relação à da zona rural.

O teste não treponêmico foi realizado por 11 RN, tendo o resultado reagente em sete casos, três casos não reagentes, sendo confirmados no teste treponêmico, e apenas em um o

resultado foi ignorado. Magalhães *et al.*, registraram, em seu estudo, que 91% de sua amostra, depois de realizado o teste não treponêmico, tiveram resultado positivo⁽¹³⁾.

Em seguida, o teste treponêmico foi realizado em oito RN, sendo que todos os resultados foram reagentes, três deles não realizaram o teste, sendo que a confirmação da sífilis veio com o teste não treponêmico mencionado anteriormente.

Foi identificado que o teste treponêmico confirmatório após os 18 meses foi realizado por apenas cinco crianças, como mostra a tabela 3.

Quadro 3 – Distribuição dos testes laboratoriais das crianças confirmadas com sífilis congênita, em Tangará da Serra, no período de 2007 a 2014.

Crianças Notificadas	Teste Treponêmico	Teste Não Treponêmico	Teste confirmatório após 18 meses
1	Não realizado	Não reagente	Não realizado
2	Não realizado	Reagente	Não realizado
3	Reagente	Não reagente	Não se aplica
4	Reagente	Não reagente	Não reagente
5	Reagente	Ignorado	Após 32 meses
6	Reagente	Reagente	Não realizado
7	Reagente	Reagente	Após 8 meses
8	Reagente	Reagente	Após 14 meses
9	Reagente	Reagente	Após 36 meses
10	Reagente	Reagente	Após 16 meses
11	Não realizado	Reagente	Não realizado

Diretrizes para o controle de sífilis congênita (2005) recomendam que os testes treponêmico e não treponêmico precisam ser realizados quando o recém-nascido tem a mãe portadora de sífilis ou quando apresente sinais clínicos ou suspeita de sífilis congênita. Esses testes devem ser repetidos depois do terceiro mês de vida da criança. O manual também ressalta que esses testes de VDRL devem ser feitos com 1 mês, 3, 6, 12, 18 e 24 meses de idade, interrompendo a sequência com dois exames consecutivos de VDRL negativos⁽²⁾.

O esquema de tratamento das crianças foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa, cinco crianças realizaram o tratamento adequadamente. Três delas utilizaram a penicilina G

cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia durante 10, dias e duas usaram a penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia por 10 dias.

Na segunda etapa, foram tratadas 10 crianças, sendo seis com penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia por 10 dias, e quatro penicilinas G procaína 50.000 UI/Kg/dia por 10 dias.

Este estudo se atenta para uma melhoria no tratamento das crianças, uma vez que todos os casos de sífilis congênita confirmados devem ser tratados. Assim, a realidade aqui encontrada direciona para a preocupação da população tangaraense em tratar as crianças visando à manutenção da qualidade de vida delas.

Diferente dos de Mato Grosso, os trabalhos de França *et al.*, e Primo *et. al.*, encontraram falhas no tratamento das crianças e correlacionaram o *déficit* no tratamento das crianças notificadas com a pobreza, dificuldade da família ao acesso a serviço de saúde, grau de instrução da mãe^(12,25).

Conclusão

No período de 2007 a 2014, foram notificados 27 casos de sífilis, sendo 16 casos de sífilis em gestantes e 11 casos de sífilis congênita. Porém, apenas duas mães e seus respectivos filhos possuíam notificação no mesmo período.

Das dezesseis gestantes com sífilis, a maioria era jovem e estava na faixa etária de 19 a 25 anos (81,3%), de cor parda (50%) e com escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental incompleto (50%), sendo que nove delas estavam no 3º trimestre da gestação no momento da confirmação da sífilis. Todas realizaram testes laboratoriais e iniciaram tratamento, porém apenas um parceiro foi tratado.

As onze crianças com diagnóstico de sífilis congênita eram, na maioria, do sexo masculino (63,6%) e da raça/cor branca (63,6%). Todos eram assintomáticos no momento do parto, realizaram exames confirmatórios e receberam tratamento medicamentoso. Assim, não foram descritas sequelas e ou morbidades nessas crianças. O perfil das mães dessas crianças diferiu das mulheres notificadas com sífilis na gestação em Tangará da Serra apenas na variável raça/cor, predominado a branca (54,5%).

Em ambos os estudos, o local de residência das pessoas com sífilis é espalhado por todas as regiões do município, destacando-se a zona urbana como local de moradia da maioria desses pacientes.

Algumas inconsistências foram identificadas nas fichas de notificações, como datas com cronologia discrepante, ausência da notificação da mãe nos casos de crianças positivas, ou o inverso. Essa situação reflete a fragilidade de alguns profissionais de saúde em relação às ações que a vigilância epidemiológica insistentemente difunde nesses serviços de saúde. E este estudo constitui uma forma de ilustrar essa ação e fomentar melhoria na notificação por parte dos profissionais que estão na assistência.

Por basear-se em dados secundários, é possível identificar limitações na pesquisa, que objetivou descrever o perfil dessa população. Sendo assim, sugerimos que novos estudos sobre essa temática em nossa região sejam realizados, de modo a aprofundar os conhecimentos voltados para a necessidade de saúde dos pacientes com sífilis.

Os conhecimentos aqui construídos poderão ser utilizados pelos serviços de gestão como instrumento que direcione as ações de combate e monitoramento dos casos de sífilis e, assim, possibilitar a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

É de suma importância a implementação de atividades educativas individuais e coletivas para acompanhamento das gestantes, com adesão ao diagnóstico, tratamento e ao uso regular do preservativo nas relações sexuais. Uma iniciativa inovadora seria a aproximação dos movimentos sociais, escolas e igrejas existentes na comunidade dentre outros. Essa articulação poderia trazer subsídios para a captação precoce de gestantes, para adoção de práticas de prevenção a doenças transmissíveis, para adesão das gestantes e parceiros aos tratamentos de doenças transmissíveis, e ao pré-natal.

Referências

1. ARAUJO, C. L. Análise da situação da sífilis e da sua relação com a cobertura da estratégia de saúde da família no Brasil; Brasília. [online] 2010 14(3).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 20(2): [online] 225-233.

3. SMELTZER; S.C; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. MAGALHÃES, D.M.S.; KAWAGUCHI, I.A.L.; DIAS, A.; CALDERON, I.M.P. A sífilis na gestação e sua influência na morbi-mortalidade materno-infantil. *Ciência saúde*, 22 Sup. 1: 43-54, 2011. Botucatu-SP, [Acesso em 20 de Fev de 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf:>
5. ARAUJO, C.L.; SHIMIZU, H.E.; SOUSA, A.I.A.; HAMANN,E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* vol.46 nº 3. São Paulo Jun. 2012.[Acesso em 20 de outubro de 2014] Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=pt&nrm=iso:>>
6. COSTA, C.C.; FREITAS, L.V.; SOUSA, D.M.N.; OLIVEIRA, L.L.; CHAGAS, A.C.M.A.; LOPES, M.V.O.; DAMASCENO, A.K.C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev. esc. enferm.* vol.47 no.1. São Paulo, 2013. [Acesso em 30 de Outubro de 2015] Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100019&script=sci_arttext>
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis; Brasília. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2007. 180 pg. 2006.
8. FILHO, G.B. Patologia. 6ª Ed.; Rio de Janeiro; Guanabara e Koogan, 2000.
9. SANTOS, S.S. DSTs: Análise da Incidência de DSTs em Unidades de Saúde da Família de Tangará da Serra/MT,[online] 2010.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 812 p, [online](43)-4, 2014.
11. SILVA, J.C. Incidência da sífilis no município de Tangará da Serra/MT, [s.n] 2012,[online] 50 f.

12. FRANÇA, I.S.X.; BATISTA, J.D.L.; COURA, A.S.; OLIVEIRA, C.F.; ARAUJO, A.K.F.; SOUSA, F.S. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. Rev. Rene. 16(3):374-81. Campina Grande, PB 2015. [Acesso em 30 de Outubro de 2015]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2008/pdf>
13. CAVALCANTE, E.D.A. A Sífilis em Cuiabá: saber médico, profilaxia e discurso moral (1870-1890). [online] Cuiabá, 2003.
14. LIMA, M.G.; SANTOS, R.F.R.; BARBOSA, G.J.A.; RIBEIRO G.S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais. 2001-2008. Ciência & Saúde Coletiva, 18(2):499-506, 2013. [Acesso em 07 de Set de 2015] Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n2/21.pdf>.
15. COELHO, A.P.F.; PINTO, M.J.F.S. Ocorrência de Sífilis em Mulheres Atendidas em um Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís. São Luís-MA, 2009 [Acesso em 07 de Set de 2015]. Disponível em: <http://www.artigonal.com/medicina-artigos/ocorrencia-de-sifilis-em-mulheres-atendidas-em-um-centro-de-testagem-e-aconselhamento-de-sao-luis-1791773.html>
16. BRITO, E.S.V.; JESUS, S.B.; SILVA, M.R.F. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), BRASIL. Rev. APS, v. 12, n. 1, p. 62-71, jan./mar. 2009 [Acesso em 07 de Set de 2015]. Disponível em: <http://aps.ufif.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/229/189>
17. GEIB, L.T. Determinantes sociais da saúde. Rio Janeiro, Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2012 [Acesso em 07 de Setembro de 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_arttext
18. OLIVEIRA *et al.*, Desemprego e inatividade nas metrópoles brasileiras: as diferenças entre homens e mulheres. Belo Horizonte. Nova econ. vol.19 no.2 2009. [Acesso em 07 de Setembro de 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512009000200004
19. SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Saúde Pública, vol. 28, Nº 3. Rio de Janeiro,

2012 [Acesso em 16 de setembro de 2015] Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009>

20. BRASIL. Ministério da Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – Sífilis Ano I - nº 1. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano 1, nº1. 2010. [Acesso em 30 de setembro de 2014]. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf>

21. FRANCISCO, V.C.C. Sífilis congênita no município de Macapá/ap: análise dos dados registrados no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), no período de 2007 a 2012. Macapá, 2014 [Acesso em 16 de setembro de 2015] Disponível em:
<<http://www2.unifap.br/ppcs/files/2014/09/Vivane-Cristina-Cardoso-Francisco.pdf>>

22. BARBOSA, D.R.M; ALMEIDA,M.G; COSTA, J.R; ALMEIDA, D.F.S. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Maranhão. IESM. Maranhão, 2013[Acesso em 30 de setembro de 2014]. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/79/2013_79_7890.pdf

23. PRIMO, C.C.; SILVA, B.M.; RICHA, B.F.C. Sífilis congênita: perfil epidemiológico de um município do Espírito Santo, Brasil. Revista Reme. Vol. 11.3. Vitória-ES, 2007 [Acesso em 16 de Setembro de 2015].Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/348>>

24. CAMPOS, A.L.A.; ARAUJO, M.A.L.; MELO, S.P.M.; GONÇALVES, M.L.C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle, Saúde Pública vol.26 no.9 Rio de Janeiro, 2010 [Acesso em 30 de Outubro de 2015]. Disponível em:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=pt

25. FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; GARDENAL, R.; ASSUNÇÃO, L.; COSTA, G.; PERIOTTO, C.R.; VEDOVATTE, C.; POZZOBON, L.R. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS.19(3-4): 139-143-ISSN: 0103-4065 2007 [Acesso em 30 de Outubro de 2015]. Disponível em:<<http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf>>.