

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA-SP: AINDA UMA REALIDADE EM 2002

CONTRIBUTION AT EPIDEMIOLOGIC STUDY OF CONGENITAL SYPHILIS IN CARAPICUÍBA-SP CITY: STILL A REALITY IN 2002

Amadeu A Vieira¹

RESUMO

Introdução: este estudo é sobre sífilis congênita (SC); a sífilis e a SC após o advento da antibioticoterapia, mais especificamente da penicilina, teve uma diminuição progressiva até atingir níveis poucos significativos, mas a partir do final da década de 1960 e início da década de 1970 ocorreu o recrudescimento da sífilis e da SC, devido ao relaxamento das medidas preventivas, maior liberdade sexual, uso de anticoncepcionais orais, abuso de drogas, promiscuidade sexual, falha na assistência de pré-natal, o aparecimento da síndrome da imunodeficiência adquirida, dentre outros. **Objetivo:** descrever os casos de sífilis congênita de residentes no município de Carapicuíba-SP. **Métodos:** estudo retrospectivo, descrevendo os casos e a prevalência de SC de residentes no município de Carapicuíba, em 2002, a partir do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN-WIN) do Sistema Municipal de Saúde. **Resultados:** a prevalência de SC foi de 0,48% (32 casos notificados em 6.719 nascimentos), o que correspondeu a um coeficiente de 4,76 casos por mil nascidos vivos; 31 casos foram classificados como SC presumível e somente um foi confirmado. Todos os casos classificados como SC foram diagnosticados como tipo recente. **Conclusão:** o coeficiente apresentado em Carapicuíba está bem superior à meta de um caso por mil nascidos vivos estabelecida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS), mas está 33,9% inferior ao apresentado no relatório dos Grupos de Investigação de SC do MS; o autor afirma a importância na melhora da qualidade na assistência à gestante e ao neonato; possibilidade de subnotificação e descaso da SC pelos profissionais da área médica, necessitando uma reciclagem dos mesmos financiada pelo gestor municipal.

Palavras-chave: sífilis congênita, sífilis, recém-nascidos, pré-natal

ABSTRACT

Introduction: this study is about congenital syphilis. syphilis and congenital syphilis declined rapidly after the introduction of penicillin therapy, keeping low levels, but in the end of 1960's and the beginning of 1970's there was a dramatic increase in syphilis and Congenital Syphilis cases caused by lack of prevention and inadequate antenatal care, multiple sexual partners, people marginalised by chemical dependency and illicit drug use, poverty, prostitution and associated with human immunodeficiency (HIV). **Objective:** describe the cases of congenital syphilis of residents in the town of Carapicuíba, São Paulo. **Methods:** retrospective study about prevalence of Congenital Syphilis cases from infants borned on Carapicuíba city in 2002; the cases were notifiable for the statistics system (Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN-WIN) from the local health authority. **Results:** the prevalence of Congenital Syphilis was 0,48% (32 notifiable cases in 6.719 births) that means a rate of 4,76 cases per 1.000 live births; 31 cases were classified like presumptive Congenital Syphilis and only one was confirmed. All of the cases were termed early Congenital Syphilis. **Conclusion:** the rate of Carapicuíba city was higher than one case per 1.000 live births as Pan American Health Organization (PAHO) and the Ministry of Health in Brazil (MH) wants to, but its rate is 33,9% lower than the research made by the Congenital Syphilis Group Investigation of Ministry of Health in Brazil. This study shows how important is the rate of Congenital Syphilis to indicate the Public Health Department quality, in particular the antenatal and neonatal care. Despite Congenital Syphilis being a notifiable disease, health personnel remain unaware it. If this disease is to be controlled and the purposes of notification met, heightened awareness and education of both the public and the health care provides is essential.

Keywords: congenital syphilis, syphilis, infants, antenatal care

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(1): 10-17, 2005

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis e dentre elas a sífilis e a sífilis congênita, estão entre os agravos à saúde mais comuns no mundo inteiro, podendo desencadear uma série de complica-

ções, como infertilidade, doenças neonatais e infantis, câncer dentre outras^{1,2}.

Há trabalhos na literatura relatando que a maioria da população não possui conhecimento profundo sobre as doenças sexualmente transmissíveis^{3,4}, e o pior, grande parte dos acometidos são “diagnosticados e tratados” por balconistas de farmácia ou curiosos^{1,4}. A maioria desses casos é do sexo masculino, já que, no sexo feminino, as doenças sexualmente transmissíveis geralmente são assintomáticas durante um longo período, fator somado à ignorância e ao preconceito das pacientes, carência de serviços e de profissio-

¹Mestrando em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Escola Paulista de Medicina.

nais da área médica e paramédica, nível médio e superior, treinados e equipados adequadamente para um bom acolhimento, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis⁵. Os pacientes, principalmente do sexo feminino, ficam sem diagnóstico e tratamento adequado na maioria das vezes.

Além do já citado, atualmente o controle das doenças sexualmente transmissíveis continua sendo um dos maiores desafios da Saúde Pública, em razão das constantes mutações e alterações sociais, econômicas, culturais, comportamentais, sexuais, psicológicas e estruturais da população¹⁻⁷.

A sífilis e a sífilis congênita, por exemplo, apesar de nos dias de hoje a terapêutica medicamentosa ser eficaz e ter relativa facilidade para o seu diagnóstico, controle e prevenção, ainda apresenta alta prevalência e incidência, não só nos países subdesenvolvidos como também nos mais ricos, como Estados Unidos da América, Austrália e países da Europa⁸⁻¹².

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), foi criado pela Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975 e regulamentada pelo Decreto 78.231 de 12 de agosto de 1976, dispendo pela organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, e com as funções de elaborar, atualizar e publicar a relação de Doenças de Notificação Compulsória para todo o território nacional, e analisar e aprovar propostas das Secretarias de Saúde das unidades da Federação, para incluir no âmbito de seus respectivos territórios outras Doenças de Notificação Compulsória. A Portaria 1.461/GM/MS de 22 de dezembro de 1999 foi a última grande atualização desse conjunto de doenças.

No Brasil, o Ministério da Saúde, assim como em outros países e localidades^{6,8,13}, tornou compulsória a notificação da sífilis congênita por meio da publicação da Portaria 542, de 22 de dezembro de 1986.

Em 1993, o mesmo ministério, propôs um programa nacional para a erradicação da sífilis congênita^{1,14}, conforme a proposta para o controle desse agravo nas Américas formulada pelas Organizações Mundial e Pan-Americana de Saúde, definindo, como meta, uma incidência menor ou igual a um caso por mil nascidos vivos, meta oficial que não foi atingida por nenhuma das nações envolvidas nesse acordo até a presente data¹⁵.

Com o objetivo de reforçar o combate e a erradicação da sífilis congênita durante a gestação, essa morbidade passou a ser um indicador de Avaliação da Atenção Básica à Saúde dos municípios participantes do Sistema Único de Saúde⁵.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde de 1º de junho de 2000¹⁶, tem como prioridade a redução dos índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; bem como a melhora no acesso, na cobertura e na qualidade de assistência em nível de assistência básica (primeiro nível de atenção).

No Estado de São Paulo, a partir de 1998, o Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids) tem acompanhado os registros dos serviços de referência para doenças sexualmente transmissíveis pelo Sistema de Notificação das DST (SINDST) e dos demais serviços através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Dentre as doenças sexualmente transmissíveis notificadas no estado de São Paulo, a sífilis ocupa o primeiro lugar com 57,4% dos agravos entre 1998 e 2002¹⁷.

Desde 1989 foram notificados 5.950 casos de sífilis congênita no estado de São Paulo, e, a partir de 1994, as ações de vigilância epidemiológica desse agravo em nível estadual passou a ser coordenado pelo Programa de DST/Aids. No ano de 2001 foram notificados 1.007 casos de sífilis congênita; observa-se um incremento médio anual de 15% no número de casos notificados a partir de 1994, segundo o Programa Estadual DST/Aids.

OBJETIVOS

Geral

- Descrever os casos de sífilis congênita de residentes do município de Carapicuíba, estado de São Paulo, do ano de 2002, notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN-WIN), do Núcleo Informativo da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva de Carapicuíba, e posteriormente investigados.

Específicos

- Calcular o coeficiente de incidência de sífilis congênita dos casos notificados pela Vigilância Epidemiológica do Sistema Municipal de Saúde de Carapicuíba, no ano de 2002.
- Identificar a classificação e o diagnóstico final dos casos notificados de sífilis congênita.
- Identificar o tratamento e manejo dos pacientes com sífilis congênita no período de sua notificação e/ou diagnóstico.
- verificar a presença de sinais e sintomas, idade gestacional e peso ao nascer, e sorologia dos recém nascidos com notificação de sífilis congênita.
- Calcular o coeficiente de sífilis em gestantes residentes no município de Carapicuíba e assistidas no sistema local de saúde, ano de 2002.
- Verificar nos casos notificados de sífilis congênita a faixa etária materna, a realização do acompanhamento de pré-natal, o diagnóstico e o tratamento adequado anterior ao parto, bem como o tratamento ou não do(s) parceiro(s).
- Verificar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e possíveis fatores de risco relacionados com as gestantes e sífilis congênita.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo descrevendo as notificações compulsórias dos casos de sífilis congênita de residentes do município de Carapicuíba - SP notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do Núcleo Informativo da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva de Carapicuíba, provenientes dos estabelecimentos de saúde notificantes localizados no local de residência ou ocorrência, durante o período correspondente às 52 semanas epidemiológicas do ano de 2002.

Nas fichas de notificações, quando existiam campos sem informações ou incompletos e necessários para a correta notificação e encerramento dos casos, foi realizada busca ativa e investigação dos mesmos como descrito no Boletim Epidemiológico¹⁸; primeiramente, através de contato telefônico para confirmação do endereço, quando anotado na ficha, seguido de visita domiciliar e agendamento para consulta de enfermagem e ou profissional médico infectologista de todas as pessoas envolvidas em cada caso particular de sífilis congênita, (mãe, parceiro(s) e recém-nascido), levantamento e análise de prontuários das usuárias que utilizaram o Sistema Municipal de Saúde de Carapicuíba, durante o acompanhamento do pré-natal, quando possível, e a realização de novos exames sorológicos para a confirmação do diagnóstico, acompanhamento dos casos e posterior encerramento.

A fonte dos dados para o cálculo dos coeficientes de sífilis congênita e de gestantes portadoras de sífilis foi através das declarações de nascidos vivos do Sistema de Informações de Nascidos Vivos municipal (SINASC), Autorização de Internação Hospitalar do Sistema de Informações Hospitalares (AIH-SIH) e aplicativo TABWIN, todos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde – Datasus.

Foram utilizadas também informações referentes ao Sistema Municipal de Saúde de Carapicuíba, através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e da Avaliação de Atenção Básica – Indicadores, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, *on-line* [http://www.saude.sp.gov.br/indicadores/metras] acessado em 27/08/2003.

Não foi necessária a utilização de testes de significância estatística ou outros métodos de inferência, exceto a medidas de tendência central e de dispersão: média e desvio-padrão por se tratar de estudo retrospectivo, sem objetivo específico de testar hipóteses, mas simplesmente descrever eventos e levantar sugestões.

RESULTADOS

Foram notificados 33 casos de sífilis congênita no sistema local de saúde e todos eles foram provenientes do único hospital público localizado no município, o Hospital Geral de Carapicuíba, sob gestão da Organização Social Sanatorinhos.

A prevalência de sífilis congênita foi de 0,48% (32 casos notificados em 6.719 nascimentos), o que correspondeu a um coeficiente de 4,76 casos por mil nascidos vivos.

Conforme os critérios de classificação e diagnóstico do Ministério da Saúde e publicados no Boletim Epidemiológico número 1 de 2003 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹⁷, 94,0% dos casos notificados tiveram classificação final como *Sífilis Congênita Presumível* (31 casos), 3,0% *sífilis congênita confirmado* (um caso) e 3,0% *descartado* (um caso). Dos 32 casos classificados como sífilis congênita, 100,0% foram diagnosticados como do *tipo recente*.

Independentemente do resultado sorológico, todos os recém-nascidos foram submetidos ao diagnóstico radiológico sem constatação de alterações dos ossos longos; foi realizada punção lombar em 97% dos recém-nascidos, com apenas dois casos apresentando alteração líquórica (hiperproteinorraquia). Todos os 32 casos clas-

sificados e diagnosticados como sífilis congênita recente foram submetidos ao seguinte esquema terapêutico:

- 93,7% (30 casos) receberam o esquema, penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia – 10 a 14 dias;
- 6,3% (dois casos) receberam o esquema, penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia – dez dias.

O único caso com classificação final “descartado”, fez apenas seguimento ambulatorial e controle sorológico no Sistema Municipal de Saúde por seis meses pós parto, permanecendo negativo, confirmando a classificação final.

Podemos verificar na **Tabela 1** as seguintes características referentes aos recém-nascidos notificados por sífilis congênita: presença de sinais e sintomas, idade gestacional, peso ao nascer e o exame laboratorial (sorologia qualitativa).

69,7% (n = 23) dos recém-nascidos eram assintomáticos e 30,3% (n = 10) apresentaram pelo menos um dos seguintes sinais e ou sintomas: 80,0% icterícia, 20,0% hiperproteinorraquia, 10,0% hepatomegalia, 10,0% cianose e 10,0% convulsão.

As médias da idade gestacional e peso ao nascer foram de 38,4 semanas (desvio padrão de 1,7 semana) e 2.946 gramas (desvio-padrão de 631,3 gramas) respectivamente. Verificou-se um índice de prematuridade (índice de Capurro < 37 semanas) de 9,7% (n = 3), e sete conceitos (21,2%) nasceram com menos de 2.500 gramas; não foi possível recuperar a idade gestacional ao nascer de dois casos.

Com relação aos resultados dos exames laboratoriais (exame sorológico VDRL qualitativo) do sangue venoso periférico e líquor dos recém-nascidos, encontramos 66,7% e 6,3% sorologias reativas respectivamente. Não foi observado em nenhum caso em que o espécime do sangue venoso fosse negativo e o do líquor positivo; por problemas técnicos, um exame de líquor não foi realizado.

O coeficiente de sífilis em gestantes residentes no município de Carapicuíba e assistidas no único hospital público localizado no sistema local de saúde (Hospital Geral de Carapicuíba), visto que todos os casos notificados e confirmados de sífilis congênita nasceram nesse estabelecimento, foi de 0,73% (32 casos em 4.366 gestantes).

Embora fosse adequado usarmos como denominador do coeficiente supracitado o número exato de gestantes, tal informação era indisponível, utilizando-se para tanto os dados do SIH-SUS/Datasus referente a partos e curetagem ocorridos no nosocômio supracitado no ano em estudo.

A idade materna variou de 17 a 46 anos, com média de 28,48 anos e desvio-padrão de 7,28 anos; 25 gestantes (75,7%) tinham histórico de ao menos uma gestação anterior e, destas, sete (28,0%) tinham a citação de abortamentos anteriores duas não realizaram seguimento de pré-natal.

Identificou-se que 72,7% das parturientes (n = 24) realizaram seguimento de pré-natal, como apresentado na **Tabela 2**. Das gestantes que realizaram acompanhamento de pré-natal, observou-se uma média de cinco consultas por gestante assistida; destas, somente dez gestantes (41,7%) tiveram acesso a seis ou mais consultas de pré-natal e 14 (58,3%) menos de seis consultas.

Quando verificamos as 24 gestantes que realizaram seguimento de pré-natal, somente 54,2% (n = 13) tiveram diagnóstico da sífilis

Tabela 1 - Presença de sinais e sintomas, idade gestacional, peso ao nascer e sorologia dos recém-nascidos com notificação de sífilis congênita, Carapicuíba - SP. 2002.

Características dos Recém-nascidos				
Sinais e sintomas (n)	n	%		
Assintomático	23	(69,7%)		
Sintomático	10	(30,3%)		
Idade gestacional ao nascer	n	%		
> 37 semanas	28	(90,3)	(X = 38,8	Dp = 1,1)
< 37 semanas	3	(9,7)	(X = 34,3	Dp = 1,4)
Peso ao nascer (n)	n			
> 2.500g	26	(78,8)	(X = 3.191	Dp = 441,2)
< 2.500g	7	(21,2)	(X = 2.040	Dp = 291,0)
Exame laboratorial VDRL	n	%		
Sangue periférico				
	Reagente	22	(66,7)	
	n. reagente	11	(33,3)	
	Líquor reagente	2	(6,3)	
	n. reagente	30	(93,7)	

Fonte: SINAN Municipal

Tabela 2 – Casos notificados de sífilis congênita pelo Sistema Municipal de Saúde, segundo faixa etária materna e seguimento de pré-natal em residentes de Carapicuíba - SP. 2002.

Faixa etária em anos	C/ pré-natal		S/ pré-natal		Total
	N	(%)	N	(%)	N (%)
17-20	02	50,0	02	50,0	04 100,0
21-24	08	88,9	01	11,1	09 100,0
25-28	02	50,0	02	50,0	04 100,0
29-32	03	60,0	02	40,0	05 100,0
33-36	04	66,7	02	33,3	06 100,0
37-40	04	100,0	00	00,0	04 100,0
> 41	01	100,0	00	00,0	01 100,0
Total	24	72,7	09	27,3	33 100,0

(X = 28,48 anos; Dp = 7,285)

Fonte: SINAN Municipal

durante a gestação, como demonstrado na **Tabela 3**; de modo preocupante, em 11 gestantes (45,8%) o diagnóstico da sífilis somente foi realizado após a internação hospitalar, por ocasião do parto.

A despeito de o Ministério da Saúde, reiterado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, preconizar a solicitação rotineira de dois testes sorológicos não treponêmicos para diagnóstico de sífilis, um no primeiro e outro no terceiro trimestre de gravidez,

acrescida das normas do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento instituídas pelo Ministério da Saúde e implantadas no município de Carapicuíba, somente uma gestante (4,2%) submeteu-se ao segundo teste sorológico, com o resultado entregue antes da hospitalização para o parto, segundo investigação epidemiológica; o conceito desta gestante foi o único caso notificado e descartado para sífilis congênita no ano estudado.

Tabela 3 – Casos notificados de sífilis congênita pelo Sistema Municipal de Saúde, segundo faixa etária materna e diagnóstico durante seguimento de pré-natal das residentes em Carapicuíba - SP. 2002.

Faixa etária em anos	C/diagnóstico		S/diagnóstico		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
17-20	2	100,0	0	00,0	2	100,0
21-24	5	62,5	3	37,5	8	100,0
25-28	2	100,0	0	00,0	2	100,0
29-32	1	33,3	2	66,7	3	100,0
33-36	0	00,0	4	100,0	4	100,0
37-40	2	50,0	2	50,0	4	100,0
> 41	1	100,0	0	00,0	1	100,0
Total	13	54,2	11	45,8	24	100,0

(X = 29,21 anos; Dp = 7,589; IC = 3,04)

Fonte: SINAN Municipal

Ainda com relação às gestantes que tiveram acompanhamento e diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, o tratamento materno da sífilis anterior ao parto não foi realizado ou, se realizado, foi inadequado para a prevenção de sífilis congênita em 53,8% dos casos (n = 07), e o pior, somente um parceiro sexual foi adequadamente tratado (o do caso com classificação de descartado).

De todas as gestantes estudadas, duas (6,1%) informaram ser usuárias de drogas ilícitas, uma também era profissional do sexo, uma apresentava além de sífilis uma segunda doença sexualmente transmissível no momento do parto (herpes genital) e uma usuária teve a gestação decorrente de violência sexual. Não foi observada a associação de sífilis à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids).

DISCUSSÃO

Após a utilização das penicilinas no tratamento das diversas formas da sífilis, ela apresentou uma diminuição progressiva, atingindo níveis pouco significativos até o final da década de 1960 e início da década de 1970, quando ainda não havia uma consciência sobre as medidas preventivas, que, somada à maior liberdade sexual, uso dos anticoncepcionais orais, abuso no consumo de drogas injetáveis, promiscuidade sexual, descaso das autoridades sanitárias, má organização estrutural dos serviços de saúde, falhas na formação dos profissionais das áreas médica e paramédica e a não-obrigatoriedade de notificação permitiram que houvesse um recrudescimento da doença^{3,5,6,10,11,19}.

A esses fatores, mais recentemente, novos condicionantes proporcionaram um mascaramento do diagnóstico da sífilis. As campanhas publicitárias de massa e o interesse crescente na infecção pelo HIV não só da comunidade científica, mas também da população em geral e das autoridades públicas, desviaram para um plano secundário as doenças sexualmente transmissíveis clássicas, mesmo sabendo que a aplicação abrangente de controle e prevenção dessas doenças clássicas poderia reduzir em 40% a incidência do HIV^{2,11}.

No Brasil, a partir de dezembro de 1986, a sífilis congênita passou a fazer parte da lista de Doenças de Notificação Compulsória⁴. O total de notificações no estado de São Paulo, de 1989 a 2002, dados parciais até 27/08/2002, foi de 5.950 casos¹⁷.

Desde 1994, ano em que o Programa Estadual de DST/Aids passou a coordenar as ações de vigilância epidemiológica, observava-se um incremento médio anual de 15% no número de casos notificados¹⁷.

Esse aumento anual não pode ser explicado simplesmente pela melhora no Sistema de Vigilância Epidemiológica, ainda há uma quantidade enorme de subnotificações^{6,8,13}, mas também pela implementação da vigilância de casos no parto em hospitais e maternidades¹⁷ e principalmente pela definição de “*caso de sífilis congênita*” utilizada atualmente pelo Ministério da Saúde, que é extremamente sensível^{13,20-22}.

Em 2002, foram notificados 33 casos de sífilis congênita no município de Carapicuíba. Observando-se uma prevalência de 0,48% (32 casos confirmados em 6.719 nascimentos), o que correspondeu a um coeficiente de 4,76 casos por mil nascidos vivos, valor este muito superior à meta de um caso a cada mil nascidos vivos, estabelecida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Programa Nacional para a Erradicação da Sífilis Congênita do Ministério da Saúde, do ano de 1993.

Mesmo com um valor bem superior à meta, o coeficiente de Carapicuíba está 33,9% abaixo do observado, segundo relatório dos Grupos de Investigação de Sífilis Congênita (GINSC), vinculados à Coordenação Nacional de Doenças Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde para o período de 1996 a 1999⁵, que foi de 7,2 casos por mil nascidos vivos ou o encontrado no serviço de obstetrícia do HG-UCS em 2000/2001 (15,5 casos); condado de Jefferson, Texas/ Estados Unidos da América do Norte em 1994 e 1995 (11,3 e 7,9 casos, respectivamente); e cidade de Posadas, Estado de Misiones - Argentina (7,9 casos)^{5,12,22}.

Dos 6.719 nascidos vivos de residentes em Carapicuíba, 60,02% (n = 4.032) ocorreram no próprio município; destes nascimentos 6,67% (n = 269) ocorreram em hospital privado e 93,33% (n = 3.763) ocorreram em hospital público; ambos os estabeleci-

mentos seguiram as orientações do Ministério da Saúde referentes à admissão para parto ou curetagem por abortamento^{17,18}.

É interessante observar que todos os casos de sífilis congênita notificados em 2002 no Núcleo Informativo da Vigilância Epidemiológica do município tiveram como origem unicamente o Hospital Geral de Carapicuíba (estabelecimento público), fato idêntico ao estudo realizado na cidade de Posadas, Argentina¹², e o autor ainda afirma que o problema da sífilis é praticamente inexistente nas populações que possuem seguro/convênio saúde ou assistência particular. Também observamos que nenhuma das notificações foram oriundas de natimortos ou curetagem por abortamento, fato contrário aos achados por alguns estudos^{3,6,13,23}.

Para esse estabelecimento, o coeficiente de sífilis congênita dos residentes de Carapicuíba foi de 8,5 casos por mil nascidos vivos, superior em mais de 78% do coeficiente geral do município, indicando uma situação endêmica¹².

Esse fenômeno observado anteriormente pode ser devido aos seguintes fatores: houve subnotificação de casos de sífilis congênita dos 2.687 nascidos vivos que tiveram seus partos realizados em nosocômios localizados fora do sistema local de saúde de Carapicuíba¹³, os estabelecimentos não implementaram corretamente a vigilância de casos durante o parto¹⁷, ou estes estabelecimentos não utilizam as medidas de controle da sífilis congênita do Ministério da Saúde; podem ter ocorrido também problemas na transferência/informação das notificações de sífilis congênita da(s) vigilância(s) epidemiológica(s) de ocorrência dos nascimentos para a Vigilância Epidemiológica de residência, isto é, para o município de Carapicuíba, porém o mais provável é a somatória de todos os fatores descritos acima.

Das 33 notificações, somente um caso foi descartado após minuciosa investigação epidemiológica e verificado que todas as medidas de controle foram instituídas a contento, como segue: a gestante iniciou seu acompanhamento de pré-natal por volta da nona semana de gestação, seu primeiro exame VDRL apresentou titulação de 1/8, diagnosticado como sífilis tipo latente, o segundo exame e o do parto apresentaram titulação de 1/4; o exame do único parceiro deu não-reagente, porém ambos realizaram tratamento adequado durante o pré-natal e acompanhamento sorológico até a negatização do título materno, que ocorreu quatro meses pós-parto.

Com relação ao recém-nascido, este se apresentou não-reagente ao VDRL no sangue periférico (pós-parto); no diagnóstico radiológico dos ossos longos não foram observadas alterações, sendo assintomático ao exame clínico. Foi realizado somente acompanhamento clínico e laboratorial durante seis meses pós-parto, confirmando a classificação final como “*caso descartado*”.

Os demais 32 casos foram diagnosticados como sífilis congênita recente, 96,9% dos casos foram classificados como presumíveis ($n = 31$) e somente 3,1% dos casos como confirmados ($n = 01$). Todos os recém-nascidos receberam tratamento e manejo adequados no período neonatal, como já descrito.

É provável que alguns dos 31 casos classificados como presumíveis não fossem de fato portadores da doença, mas por preencherem os critérios definidos para sífilis congênita e medidas de controle receberam o tratamento indicado.

Tal conduta foi extremamente dispendiosa financeiramente para os cofres públicos, em particular como observado neste estudo, visto que todos os 31 casos classificados como presumíveis para a síndrome utilizaram os serviços do Hospital Geral de Carapicuíba, que é um estabelecimento público, com tempo médio de internação para cada recém-nascido de dez dias (totalizando 310 dias de leitos ocupados em clínica pediátrica).

Porém tal conduta foi justificada, devido aos riscos de se perder a chance, das muitas vezes, única, de se tratar os recém-nascidos doentes o mais precocemente possível e eliminar seqüelas futuras, já que durante o pré-natal não foi possível o diagnóstico e o tratamento adequado da gestante, em detrimento de alguns recém-nascidos sadios internados “equivocadamente”.

Dos sete casos que apresentaram peso ao nascer, inferior a 2.500 g, somente um recém-nascido não apresentou sinal ou sintoma (14,3%), seu peso ao nascer foi de 2.230 g e sorologia não-reagente, porém sua mãe realizou acompanhamento de pré-natal (seis consultas), foi diagnosticada e tratada adequadamente, VDRL no pré-natal e parto com título de 1/2, mas o(s) parceiro(s) não foram tratados.

Os demais seis casos apresentaram peso ao nascer, variando de 1.625 g a 2.375 g (média de 2.047 g), 50% dos casos foram pré-termo ($n = 03$), 100% dos neonatos apresentaram pelo menos um sinal ou sintoma, inclusive VDRL reagente no líquido; em todos os seis casos, nenhuma gestante foi diagnosticada durante a gestação (somente 50% delas realizaram acompanhamento de pré-natal), o exame VDRL das gestantes no pré-parto variou de 1/8 até 1/256 (valor médio de 1/92) e somente uma gestante (16,7%) iniciou tratamento adequado durante a internação para o parto; duas gestantes eram usuárias de drogas ilícitas (33,3%), uma profissional do sexo (16,7%) e uma apresentava doença sexualmente transmissível, diagnosticada como herpes genital no momento do parto (16,7%).

Neste estudo, encontramos 33 gestantes com exame sorológico tipo VDRL reagente (0,73% das 4.366 gestantes). Nossa incidência foi inferior à encontrada na cidade de Posadas nos anos de 1997 (2,1%), 1998 (2,6%), 1999 (4,6%) e 2000 (3,7%); a Casa de Saúde Santa Marcelina em 1995/96 apresentou uma incidência de 2,4%(4) ou da estimativa realizada pelo Ministério da Saúde que apresentou uma taxa de 3,5%⁷.

O diagnóstico precoce da infecção materna ainda é a melhor maneira de prevenir a sífilis congênita⁵, e os testes sorológicos são as principais formas para o seu diagnóstico^{7,9,22}; em nosso meio, o teste sorológico VDRL é o mais utilizado devido à sua alta sensibilidade (70% na sífilis primária, 99% a 100% na sífilis secundária e 70% a 80% na terciária), facilidade de execução, baixo custo, possibilitando o seguimento dos casos tratados e a avaliação do processo de cura pós-tratamento^{4,22}.

No neonato, o diagnóstico da sífilis congênita é particularmente mais problemático e complicado, se comparado com o diagnóstico das gestantes; qualquer teste sorológico poderá ser reagente pela transferência passiva de anticorpos maternos via transplacentária para o feto (tipo IgG); já a dosagem da fração IgM específica, que indica infecção ativa, pode ter resultado negativo até o terceiro mês de vida do concepto⁵.

Devido às dificuldades de diagnóstico da sífilis congênita como descrito e pela sua importância em termos de saúde pública, no ano de 1989, o Centers of Disease Control (CDC) estabeleceu critérios diagnósticos que extrapolavam os achados sorológicos tanto maternos quanto dos infantes; tais critérios foram incorporados por vários países, inclusive aqui no Brasil, pelo Ministério da Saúde¹⁷.

Uma das maneiras para a redução das taxas de sífilis congênita em nosso meio é através da solicitação rotineira de testes não treponêmicos (VDRL) no primeiro e terceiro trimestres de gestação e no momento do parto. Tal recomendação feita pela Organização Mundial da Saúde foi acatada pelo Ministério da Saúde no Brasil⁵, não só por ter incorporado a sífilis congênita como um “indicador de avaliação da atenção básica à saúde” para os gestores municipais do Sistema Único de Saúde, mas também por oferecer repasses financeiros extras ao piso de atenção básica ampliado dos municípios, através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), ocorreram 4.337 partos em residentes de Carapicuíba em 2002; como esses partos foram realizados em estabelecimentos públicos podemos supor que essas gestantes seriam potenciais usuárias do PHPN municipal; analisando os dados referentes ao ano do estudo com o sistema de informação do programa (Sisprenatal, acessado em março de 2003), observamos somente 1.089 gestantes cadastradas (25,1% do universo em potencial) e nenhuma gestante realizou a consulta de puerpério (assistência completa).

O município teve uma discreta melhora em sua avaliação da atenção básica realizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, segundo o indicador de percentual de parturientes com cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal nos anos de 2001 e 2002; realizou uma cobertura de 40,48% e 57,12%, respectivamente.

Isso demonstra que há dificuldades não só no acesso de serviços assistenciais primários, mas também uma quantidade insuficiente na oferta de consultas além da qualidade duvidosa da assistência médica do pré-natal, refletindo na alta incidência de sífilis congênita (4,76 casos por mil nascidos vivos) observado no presente estudo.

Ao constatarmos que 72,7% das gestantes deste estudo realizaram seguimento de pré-natal (média de cinco consultas por gestante assistida) e destas somente 54,2% foram diagnosticadas previamente ao parto, permite-nos questionar a qualidade da assistência do pré-natal e seu impacto direto no alto coeficiente de sífilis congênita no município de Carapicuíba, como também vários outros estudos assim o fizeram em outras diferentes localidades^{4,6,8,13,22}.

Além disso, 95,8% das gestantes submeteram-se somente a uma sorologia durante toda a gravidez, o que contraria o PHPN, Ministério da Saúde e Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, que preconizam, de forma rotineira, um mínimo de dois testes do tipo VDRL^{16,17}. Alguns autores observaram em seus estudos um longo intervalo de tempo entre a coleta, processamento e entrega dos resultados dos exames complementares durante a assistência do pré-natal impossibilitando em muitos casos o diagnóstico e tratamento da gestante⁴. Tal situação foi encontrada em nosso estudo durante a investigação epidemiológica; encontramos um caso com primeiro exame VDRL não-reagente e o segundo

reagente, mas o resultado só chegou à unidade básica de saúde após o parto.

O Ministério da Saúde salienta a importância do tratamento no pré-natal do(s) parceiro(s) nos casos de gestantes com sorologia reagente¹⁷. Foram observados, entre a população estudada, somente 4,2% dos parceiros sexuais das gestantes (n = 01) tratados adequadamente durante o pré-natal.

A literatura tem alertado sobre a associação da sífilis e sífilis congênita com outras doenças sexualmente transmissíveis, e em especial a infecção pelo HIV^{2,5,8,22}, não observamos nenhum caso de gestantes ou recém nascidos infectados pelo HIV em nosso estudo; somente uma gestante (3%) apresentou, além de sífilis, outra doença sexualmente transmissível diagnosticada durante o parto, como herpes genital.

Por outro lado, a associação da sífilis e sífilis da congênita à síndrome da imunodeficiência adquirida pode desencadear uma evolução agressiva, e, por vezes, fulminante das patologias citadas⁸. As lesões teciduais provocadas pelo treponema no trato genital e tecido placentário agem facilitando tanto a infecção materna pelo HIV, quanto a sua transmissão vertical; do mesmo modo, o comprometimento imunológico provocado pelo HIV favorece a proliferação do treponema^{2,5}.

Isso reforça a importância da detecção não só da sífilis e do HIV em gestantes, mas também de todas as outras doenças passíveis de transmissão vertical durante acompanhamento no pré natal, se este for de qualidade.

Dentre os fatores e determinantes de risco que contribuem para que a prevalência da sífilis congênita se mantenha em patamares preocupantes em nosso meio, citamos os mais relevantes, segundo alguns autores^{5,7,12,19,24}:

- fatores biológicos (patogenicidade do treponema e resistência do hospedeiro);
- recursos humanos (profissionais técnicos de todos os níveis com boa qualificação, motivados e com consciência de suas responsabilidades técnicas e sociais);
- políticas públicas de saúde (programas permanentes de controle, prevenção e notificação de doenças, em particular sífilis e sífilis congênita);
- fatores populacional e financeiro (urbanização caótica, baixa escolaridade, desemprego, aumento da pobreza na sociedade);
- fatores socioculturais (desintegração familiar, estigmatização das pessoas portadoras de certas patologias, principalmente as doenças sexualmente transmissíveis e a infecção pelo HIV);
- determinantes comportamentais (promiscuidade sexual, prostituição feminina, inclusive aparecendo em nosso estudo; uso de drogas ilícitas, como cocaína e craque); e
- a falta adequada de assistência de pré-natal (acesso e qualidade).

Concordamos com a idéia de que a assistência do pré-natal (atenção básica) não pode e não deve ser medida apenas em termos de cobertura ou número de consultas mínimas ofertadas como observado nos indicadores de atenção básica, mas deveríamos considerar de modo particular a qualidade da assistência prestada e que as taxas de sífilis congênita e outras doenças de transmissão

vertical deveriam ser utilizadas como um indicador de qualidade da assistência do pré-natal ou da atenção básica⁵.

CONCLUSÃO

O Sistema Municipal de Saúde em Carapicuíba - SP, deveria incentivar, financiar e ou executar atividades de educação continuada e programas de reciclagem dos profissionais da área de saúde (níveis superior e médio). Essas medidas são essenciais para assegurar uma correta assistência e resolução, não só da sífilis congênita, mas também de outras doenças sexualmente transmissíveis principalmente aos grupos populacionais de maior risco como gestantes (nas doenças de transmissão vertical), adolescentes, dependentes químicos, profissionais do sexo, população de baixas escolaridade e renda, desempregados, moradores sem teto dentre outros.

Mesmo sendo uma doença de notificação compulsória e de responsabilidade não exclusiva, mas principalmente dos profissionais das áreas médica e paramédica, a sífilis congênita e outras doenças sexualmente transmissíveis estão sendo negligenciadas e subnotificadas nos serviços públicos e privados de assistência, cabendo aos gestores realizar campanhas de motivação e conscientização.

Através dos achados desse estudo, reafirmar a necessidade na utilização dos coeficientes de sífilis congênita como indicador de qualidade da atenção básica, em particular na assistência à gestante e neonato, pois essa morbidade é totalmente evitável ainda no pré-natal, além de possuir uma terapêutica medicamentosa simples e barata, porém inacessível para a parte da população considerada como de risco.

Falta ao município de Carapicuíba - SP implementar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e melhorar não só a qualidade do pré-natal, como também a qualidade e o acesso aos serviços assistenciais básicos.

E finalizando, é imprescindível destacar além da responsabilidade e vontade política dos gestores do Sistema Único de Saúde, em particular do gestor municipal, a importância do comprometimento de todos os profissionais da área de saúde, técnicos e administrativos (não importando o nível de escolaridade) quanto ao objetivo único e primordial de suas funções que é a melhora nos indicadores e padrões de saúde e bem-estar da população sob sua responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª. Ed. Brasília (DF); 1999.
2. Sá CAM, Brandão JE, Asensi MD. Correlações histórico científicas entre sífilis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. DST – J bras Doenças Sex Transm 2002; 14(5): 39-44.
3. Avelino MM. Sífilis congênita em uma população de recém nascidos e lactentes do hospital geral de Goiânia-INAMPS (1983-1988). Rev Goiana Med 1990; 36: 7-18.
4. Chudomirova K, Mihajlova E, Ivanov I., Lasarov S, Stefanova P. Congenital syphilis – missed opportunities for prenatal intervention. Sex Transm Infect 2002; 78(3): 224-5.
5. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal RBGO 2001; [periódico on line] ; 23(10) disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037 [2003 Aug 23].
6. Duarte G, Gir E, Almeida AM. Morte fetal por sífilis: avaliação epidemiológica realizada em Ribeirão Preto, Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1994; 116(4): 290-5.
7. Humphrey MD, Bradford DL. Congenital syphilis: still a reality in 1996. Med J Aust 1996; 165(7):382-5.
8. Barsanti C, Valdetaro F, Dimiz EMA, Succì RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre teste sorológicos na mãe e no recém-nascido. Rev Soc Bras Med Trop 1999 [periódico on line] ; 32(6) disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037 [2003 Aug 23].
9. Cunha AA, Miranda AT, Caetano R. Diagnóstico sorológico da sífilis na gravidez. J bras Ginecol 1995; 105(9): 393-6.
10. Huggins D, Farias SM, Melo ETC. Incidência de sífilis em gestantes. Arq Bras Méd 1987; 61(3): 171-4.
11. Silveira MC, Belda W, Siqueira LFG. Contribuição ao estudo da epidemiologia da sífilis. Sífilis latente, problema crescente? An Bras Dermatol 1987; 62(3): 139-42.
12. Torres AT, Jacquier N, Santos L, Fermepin MR. Incidência de sífilis na cidade de Posadas (estado de misiones, Argentina), 1997-2000. J Bras Patol Med Lab [periódico on line] 2001; 37(4) disponível em [2003 Aug 23].
13. Ballot DE, Rothberg AD. Congenital syphilis as a notifiable disease. S Afr Med J 1993; 83(10): 721-3.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias – Aspectos clínicos, vigilância epidemiológica e medidas de controle, Guia de Bolso. 2ª. Ed. Brasília (DF); 2000.
15. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. J Bras Patol Med. Lab [periódico on line] 2002; 38(4) disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676[2003 Aug 23].
16. Carnot E. Delicadeza no parto: cidadania ou retórica. In: Negri B, Viana AL. (org.) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag; 2002. p.299-312.
17. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids, Divisão de Vigilância Epidemiológica. Doenças Sexualmente Transmissíveis, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Sífilis Congênita. Boletim Epidemiológico; Ano V – Nº1 São Paulo, 2003.
18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST/Aids, Divisão de Vigilância Epidemiológica. Revisão do Manual de Vigilância Epidemiológica - Sífilis Congênita, São Paulo, 2000.
19. Nakashima AK, Rolfs RT, Flock ML. Epidemiology of syphilis in the United States, 1941-1993. Sex Transm Dis 1996; 23(1): 16-23.
20. Hollier LM, Cox SM. Syphilis. Semin Perinatol 1998; 22(4): 323-31.
21. Htoo M, Schultz S. Congenital syphilis criteria. Am J Public Health 1991; 81(1): 111-2.
22. Southwick KL, Guidry HM, Weldon MM. Na epidemic of congenital syphilis in Jefferson County, Texas, 1994-1995; inadequate prenatal syphilis testing after an outbreak in adults. Am J. Public Health 1999; 89(4): 557-60.
23. Sheffield JS, Sánchez PJ, Morris G. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2002; 186(3): 569-73.
24. St. Louis ME, Wasserheit JN. Elimination of syphilis in the United States. Science 1998; 281(5375): 353-4.

Endereço para correspondência:

AMADEU ANTONIO VIEIRA
Rua Lázara Sequeira, nº 05, Centro,
Itapevi, SP - CEP: 06650-150.
E-mail: nantico@uol.com.br

Recebido em: 18/12/04

Aprovado em: 25/01/05