


ARTIGO ORIGINAL


Caracterização dos casos de sífilis congênita com ênfase no esquema terapêutico em um maternidade filantrópica no ES


Characterization of congenital syphilis cases with emphasis on the therapeutic scheme in a philanthropic maternity hospital in Espírito Santo


Renata Pereira Ferro¹, Laylla Ribeiro Macedo², Mariana Ribeiro Macedo³, Ionar Cilene de Oliveira Cosson⁴, Jaçamar Aldenora dos Santos⁵, Julia Santos Carvalho⁶, Cristina Ribeiro Macedo⁷





¹<https://orcid.org/0000-0001-9008-3396> 


²<https://orcid.org/0000-0002-6246-3559> 

³<https://orcid.org/0000-0001-9467-1734> 

⁴<https://orcid.org/0000-0001-8002-1861> 

⁵<https://orcid.org/0000-0002-1405-4849> 

⁶<https://orcid.org/000-0003-3259-6585> 

⁷<https://orcid.org/0000-0002-1607-2928> 

Autor correspondente
cristinarmacedo@gmail.com

Manuscrito recebido: Setembro 2019
Manuscrito aceito: Janeiro 2020
Versão online: Maio 2020

Resumo

Introdução: A sífilis ainda é um problema mundial, calcula-se que todos os anos aproximadamente 12 milhões de pessoas são infectadas. Na última década, no Brasil foi registrado um aumento dos casos, apenas no ano de 2016, foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, sendo 185 óbitos, os maiores números de casos foram notificados na região Sudeste, especialmente no estado do Espírito Santo com elevadas taxas de sífilis em gestantes, estando em terceiro lugar de maior taxa de incidência no país com 10,4 casos/1.000 nascidos vivos, acima da média nacional de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos.

Objetivo: Descrever o tratamento terapêutico de crianças afetadas com sífilis congênita, bem como as alterações clínicas, radiológicas e laboratoriais associadas a esta doença.

Método: Estudo retrospectivo, descritivo, exploratório, quantitativo, através 204 fichas de notificação de sífilis congênita no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Resultados: Os achados mostraram que 88,7% das puérperas realizaram o pré-natal. Em relação aos recém-nascidos, 85,3% eram assintomáticos. Ao analisar o regime terapêutico instituído, 22,5% utilizaram penicilina G procaína, 22,5% penicilina G cristalina e 20,6% penicilina benzatina G.

Conclusão: O tratamento instituído por essa maternidade filantrópica para recém-nascidos com sífilis congênita está alinhado às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. Os sintomas clínicos não representam um achado frequente durante o período neonatal, no entanto, podem ocorrer mais tarde.

Palavras-chave: sífilis congênita, cuidado pré-natal, notificação compulsória.

Suggested citation: Ferro RP, Macedo LR, Macedo MR, Cosson ICO, dos Santos JA, Carvalho JS, et al. Characterization of congenital syphilis cases with emphasis on the therapeutic scheme in a philanthropic maternity hospital in Espírito Santo. *J Hum Growth Dev.* 2020; 30(2):283-290. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10380>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

A motivação para realização do estudo se deu pela observação dos autores da alta incidência de sífilis congênita no Brasil, sendo que o estado do Espírito Santo, foi constatado pela Secretaria de Saúde que o estado possui a segunda maior taxa de incidência de sífilis adquirida no cenário nacional, com 85,2 casos para cada 100.000 habitantes. Sabendo do desabastecimento no país no período de 2016 a 2017 de antibióticos cujo componente é a penicilina, os autores buscaram identificar tal ocorrência impactou diretamente no tratamento dos recém-nascidos com sífilis congênita em uma maternidade filantrópica de referência. A investigação acerca dos sintomas encontrados, se apoia na hipótese dos pesquisadores diante do fato que a fragilidade possa ter contribuído para a presença de sintomas no recém-nascido com sífilis congênita, que habitualmente são raros.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Os pesquisadores utilizando as fichas de notificação compulsória de sífilis congênita de recém-nascidos em uma maternidade filantrópica da região metropolitana de Vitória investigaram o esquema de tratamento instituído e a presença de sintomas nesses pacientes.

Os pesquisadores obtiveram como resultado que o tratamento instituído aos recém-nascidos, seguiu as diretrizes do Protocolo Clínico no tratamento de sífilis congênita, portanto o desabastecimento do medicamento não impactou na maternidade do estudo.

Acerca dos sintomas apresentados foi possível observar 85,3% dos recém-nascidos se mostraram assintomáticos, 11,3% assintomáticos, 2% ignorado, 1,5% responderam que o diagnóstico clínico não se aplica, corroborando com a literatura atual.

Uma dificuldade encontrada pelos pesquisadores foi a incompletude dos dados, foi observado muitas caselas da ficha de notificação não preenchidas.

O que essas descobertas significam?

As descobertas significam que o desabastecimento da penicilina não impactou no tratamento da sífilis congênita, e que o grave problema da sífilis se relaciona a outros fatores que merecem maior atenção.

Sabe-se que o profissional de saúde possui a responsabilidade de notificar doenças de agravo e de propagar ações de promoção e prevenção de agravos de forma ampliada a fim de ofertar o cuidado humanizado com eficiência, a precariedade dos dados evidenciou que necessita maior conscientização em relação a importância do preenchimento adequado das fichas de notificação para a ciência e a instituição de políticas públicas de saúde.

INTRODUÇÃO

A taxa de transmissão vertical da sífilis intrauterina é de até 80% e ocorre também na passagem do feto pelo canal do parto. O estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição fetal influenciam diretamente na probabilidade da infecção. Sendo assim, em caso de sífilis primária ou secundária durante a gestação a chance de transmissão transplacentária é maior. Ocorrem mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo e 215 mil crianças em aumento do risco de morte prematura por causa de sífilis congênita¹⁻³.

A ocorrência da sífilis congênita tem sido motivo de discussão igualmente em países desenvolvidos, como a abordagem trazida por Cooper *et al.*⁴, em relação ao aumento do número de casos nos Estados Unidos, os autores afirmam que a sua ocorrência deve ser vista como falha do serviço de saúde⁵⁻⁷.

A sífilis trata-se de um problema mundial, calcula-se que todos os anos aproximadamente 12 milhões de pessoas são infectadas. Na última década, no Brasil foi registrado um aumento dos casos, apenas no ano de 2016, foram notificados 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita, sendo 185 óbitos, os maiores números de casos foram notificados na região Sudeste, especialmente no estado do Espírito Santo com elevadas taxas de sífilis em gestantes, estando em terceiro lugar de maior taxa de incidência no país com 10,4 casos/1.000 nascidos vivos, acima da média nacional de 6,8 casos/1.000 nascidos vivos^{8,9}.

No Brasil pode-se observar um aumento de notificação de casos de sífilis em gestantes devido ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e à ampliação da distribuição de testes rápido, além da criação da política de saúde, denominada Rede Cegonha, instituída em 2011 que aumentou o acesso ao diagnóstico de sífilis em gestantes no país. Em 14 de julho de 2005 foi instituída nacionalmente a notificação compulsória de sífilis gestacional³.

Em resposta ao aumento da incidência da epidemia de sífilis congênita verificada nos últimos anos, com intuito de reorientar as intervenções sanitárias que vêm sendo feitas no estado e municípios, foi lançado o Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita, que propõe, entre outras ações, a realização do pré-natal do homem, assegurar a aplicação da Penicilina G Benzatina em todas as unidades básicas de saúde, garantir para todas as gestantes a realização dos testes rápidos na 1ª consulta de pré-natal e no 3º trimestre da gravidez, entre outros objetivos¹⁰⁻¹³.

A justificativa para a realização do estudo se deu em virtude do aumento do número de casos de sífilis e sífilis congênita nos últimos anos, tendo em vista, ainda as consequências relacionadas ao agravo, ressalta-se a importância de rever e estudar fatores que influenciam tal aumento.

Os pesquisadores adotam como hipótese de estudo que o desabastecimento em 2015 no Brasil, dos medicamentos indicados para o tratamento da sífilis nos protocolos do Ministério da Saúde, penicilina benzatina, procaína e cristalina, por parte da Assistência Farmacêutica nos Sistema único de Saúde (SUS) corroboraram com o aumento de casos de sífilis congênita e que o tratamento aos conceitos poderiam não estar ocorrendo em consonâncias com o indicado o que resultaria em maiores complicações ao recém-nascido¹.

Considerando os fatores acima o estudo objetivou a partir das fichas de notificação compulsória, caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita de uma maternidade filantrópica, identificar as alterações clínicas, radiológicas e laboratoriais relacionada a sífilis congênita e o esquema terapêutico instituído.

MÉTODO

Trata-se de um tipo de estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo e exploratório com caráter quantitativo, por quantificar, descrever, justificar e avaliar as condições e as práticas construindo planos para melhorar a atenção a saúde. O estudo foi realizado em uma maternidade filantrópica da região metropolitana de Vitória-ES.

A população alvo

Os participantes da pesquisa foram 204 puérperas portadoras de sífilis e seus conceitos nascidos em um hospital filantrópico da região metropolitana de Vitória no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Foram avaliadas todas as fichas de notificações de sífilis congênita no período de estudo citado acima para a identificação das variáveis relacionadas ao recém-nascido e identificação das variáveis maternas.

O período de estudo

Os dados complementares foram retirados dos prontuários, coletados no período de março de 2018, após aprovação do CEP EMESCAM sob o parecer número 2.403.955. Para as informações pertinentes ao estudo foram utilizadas as fichas de notificação de sífilis congênita no arquivo da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

Variáveis de estudo

Em relação as variáveis dependentes relacionadas às puérperas contidas na ficha de notificação de sífilis congênita, analisou-se as variáveis: idade, raça, escolaridade, ocupação, escolaridade, realização do pré-natal, diagnóstico de sífilis materna, teste não treponêmico no parto/ curetagem, esquema de tratamento e tratamento do parceiro.

Acerca dos dados relacionados aos recém natos foram analisadas as seguintes variáveis dependentes em relação ao RN: teste não treponêmico ao nascimento e na alta hospitalar, líquido, diagnóstico clínico de comorbidades, presença de sinais e sintomas, esquema de tratamento, raio x de ossos longos e evolução do caso (alta, óbito, transferência), variáveis relacionadas às alterações clínicas e radiológicas relacionadas a sífilis congênita.

Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento com base nas informações contidas nas fichas de notificação para investigação das condições e as práticas relacionados ao tratamento da sífilis congênita na maternidade de estudo. Foram excluídas as fichas de notificação dos RNs que tinham indicação de tratamento, mas foram transferidos para a sua realização em outros serviços de referência

Análise dos dados

Para análise dos dados foram realizados cálculos percentuais, média e desvio padrão, utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 23, licenciado pela EMESCAM, os dados foram descritos e representados por meio de tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Na exportação de dados sociodemográficos por ano, as variáveis relacionadas às informações gerais das puérperas ao analisar a idade materna, foi encontrado um desvio padrão de 5,0, obteve-se uma idade mínima de 15 anos, idade média de 23 anos e idade máxima de 40 anos. De acordo com a raça pode-se observar que 90,7% das puérperas eram pardas, 2,0% brancas, 3,9% pretas e 2,9% das fichas tiveram essa informação ignorada. Conforme a ocupação da mãe, 52,9% realizam atividades do lar, 27,9% fora do lar, 19,1% das informações foram ignoradas/não preenchidas na ficha de notificação.

Quanto a escolaridade, 18,6% possuem ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 15,7% possuem ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 15,7% possuem ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 12,3% possuem 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 2,5% eram analfabetas e apenas 1% possuíam ensino superior incompleto. Ainda no que se refere a realização do pré-natal pelas puérperas, 88,7% das fichas informaram que elas realizaram, 7,4% não e 3,9% responderam ignorado. Como apresentado na Tabela 1, logo abaixo.

Tabela 1: Frequência de realização do pré-natal das mulheres atendidas em uma maternidade filantrópica no período de janeiro 2016 a dezembro de 2017. Vitória-ES.

Realização do pré-natal	Frequência	Porcentagem
Ignorado	8	3,9
Não	15	7,4
Sim	181	88,7
Total	204	100,0

Fonte: Fichas de notificação compulsória para sífilis congênita.

Na tabela 2 encontra-se identificado a relação do número e porcentagem de casos diagnóstico de sífilis materna. De acordo com a análise estatística.

Tabela 2: Momento de realização do diagnóstico de sífilis materna das mulheres atendidas em uma maternidade filantrópica no período de janeiro 2016 a dezembro de 2017. Vitória-ES.

Diagnóstico de sífilis materna	Frequência	Porcentagem
Após o parto	1	,5
Durante o pré-natal	150	73,5
Ignorado	10	4,9
No momento do parto/ curetagem	43	21,1
Total	204	100,0

Fonte: Fichas de notificação compulsória para sífilis congênita

Ao analisar o diagnóstico de sífilis materna, 73,5% evidenciou-se o resultado confirmatório no pré-natal, 21,1% das puérperas no momento do parto/curetagem e 4,9% das fichas obtiveram essa informação ignorada/não preenchida.

Em relação ao teste não treponêmico no parto/curetagem, 90,2% obtiveram resultado reagente, 8,3% não reagente e 1,5% não realizaram o teste.

Conforme os esquemas de tratamento 41,2% realizaram tratamento inadequado, 36,3% não realizaram, 12,3% das fichas não obtinham essa informação. Apenas 10,3% obtiveram tratamento adequado.

Variáveis relacionadas ao recém nato

Para realização do estudo das variáveis relacionadas aos recém-nascidos, foi constituída uma amostra de 204 participantes. Considerando a realização do teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem, 49,5% não realizaram, 45,1% reagente e 5,4% não reagente. Porém no teste treponêmico após 18 meses, 61,1% das respostas foram marcadas como “não se aplica”, 31,1% ignorado, 4,4% não realizado e 2,5 não reagente.

No que diz respeito ao teste não treponêmico/liquor, 81,9% obtiveram resultado não reagente, 16,7% ignorado e 1,5% reagente. Conforme a evidência do *Treponema pallidum*, 66,2% não foram observados, 25,0% foram ignorados, 8,8% não obtiveram.

Em relação a sintomatologia apresentada pelos recém-nascidos conforme apresentado na tabela 3, a icterícia foi o achado mais comum.

Tabela 3: Sinais e sintomas apresentados pelos recém-nascidos atendidos em uma maternidade filantrópica no período de janeiro 2016 a dezembro 2017. Vitória-ES.

Sinais ou sintomas	Nº de pacientes	Porcentagem (n = 204)
Icterícia	42	20,59
Lesões cutâneas	2	0,98
Outro	2	0,98

Fonte: Fichas de notificação compulsória para sífilis congênita

Ao analisar a alteração líquórica relatadas nas fichas de notificação dos recém-nascidos, verificou-se que 72,5% não tiveram, 12,7% não realizaram, 8,8% tiveram alteração e 5,9% responderam ignorado.

Sobre o diagnóstico Radiológico do RNs relativas as alterações encontradas nos exames dos ossos longos, conforme preconizado pelo protocolo de práticas clínicas do Ministério da Saúde, 70,6% não tiveram alterações, 14,7% não realizaram, 14,2% ignoraram e 0,5% tiveram alteração.

Quanto ao diagnóstico clínico do recém-nascido, 85,3% se mostraram assintomáticos, 11,3% assintomáticos, 2% ignorado, 1,5% responderam que o diagnóstico clínico não se aplica.

Observa-se também na tabela 3 que 42 fichas notificados apresentaram o registro de sinais e sintomas de icterícia em recém-nascidos, 2 com lesões cutâneas e outras 2 registraram ter outro sinal ou sintoma.

Tabela 4: Esquema de tratamento realizado pelos recém-nascidos atendidos em uma maternidade filantrópica no período de janeiro 2016 a dezembro de 2017. Vitória-ES.

Tratamento	Frequência	Porcentagem
Ignorado	6	2,9
Não realizado	12	5,9
Outro esquema	56	27,5
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/Dia	42	20,6
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/Dia - 10 dias	42	20,6
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/Dia - 10 dias	46	22,5
Total	204	100,0

Fonte: Fichas de notificação compulsória para sífilis congênita

Em relação ao esquema de tratamento, 22,5% utilizaram Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/Dia - 10 dias, 20,6% utilizaram Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/Dia - 10 dias, 20,6% utilizaram Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/Dia, 5,9% não realizaram tratamento, 2,9% responderam ignorado e 27,7% responderam que realizaram o tratamento com outro medicamento.

Entre as 56 caselas marcadas como outros, 87,5% informam que foi utilizado ceftriaxona como tratamento e 2,5% dessas respostas não tinham a descrição do medicamento que foi utilizado como alternativa.

Observou-se quanto a evolução dos casos que 97,1% permaneceram vivos, 1,5% natimorto, 1,0% aborto e 0,5% dos casos evoluíram para óbito por sífilis congênita.

DISCUSSÃO

O presente estudo aponta como um fator limitante a incompletude dos dados contidos nas fichas de notificações de sífilis congênita, observando na grande quantidade de caselas vazias ou marcadas como ignorado. Tais constatações também foram encontradas em estudo realizado por Saraceni *et al.*¹⁴ a partir dos dados do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos 1999 e 2000, em relação ao quesito variável etnia do recém-nascido identificou, que 100% das caselas não foram preenchidas. No presente estudo apenas 7,8% (n=204) não estavam devidamente preenchidas. Observa-se que ambos os estudos apresentam a mesma semelhança quanto a ausência ou preenchimento incompleto das caselas.

Além disso, outro estudo, demonstra que o empobrecimento das informações contidas na ficha de notificação de sífilis congênita, fato este, também citado

no estudo de Boni e Pagliari⁷, ao enfatizar que por faltar informações fidedignas foram encontradas também, nas fichas de notificação de sífilis para o tratamento materno após a positividade dos exames com as mesmas característica quanto ao preenchimento, diversas caselas foram preenchidas como ignorado ou em branco⁷.

Quanto ao perfil das gestantes notificadas de positivas para a sífilis, a faixa etária predominante neste estudo teve uma média de 23 anos, portanto, compatível com o resultado encontrado no estudo de Soares *et al.*¹⁴, em relação a idade materna das quais 75% apresentaram a idades média entre 20 a 34 anos.

Ressalta-se o fato de que essas mulheres se encontram em idade reprodutiva, portanto em vulnerabilidade relacionada a maternidade, conforme evidenciado em um estudo com base no Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), os autores relacionam essa mudança de comportamento associado a um fator para adoecimento. Pois, nem todo a autonomia em relação a vivência da sexualidade feminina, não vem acompanhada de medidas de promoção e prevenção para assegurar o seu auto-cuidado¹⁵.

Para Domingues e Leal⁹ em seu estudo realizado em 2016, quando uma notificação não é realizada em todo a sua plenitude ao preencher as lacunas das caselas, teve como consequência que 25,6% dos casos de sífilis gestacional não foram tratados o que resultaram em óbitos precoces ou tardios. E ainda, alerta, que 3% dos casos implicaram em óbitos provocados pela sífilis congênita na condição de natimorto e/ou aborto. Estes mesmos pesquisadores já tinham levantado este problema de notificação evidenciado em outro estudo usado para comparação realizado em 2013¹⁶.

Assim, se faz pertinente a adoção de políticas públicas de saúde mais eficiente que visem adequar o manejo correto de notificação de gestante com diagnóstico de sífilis, que de forma positiva contribui para o enfrentamento da epidemia de sífilis congênita vivenciada no Brasil, a qual só é possível através do acompanhamento adequado e da tomada decisão mais efetivas por parte das equipes de saúde responsáveis, tendo em vista, que o número de diagnóstico de sífilis congênita, são decorrente de falha na notificação em relação ao seu diagnóstico precoce e tratamento¹.

Considerando, portanto, que a sífilis congênita, independentemente da situação econômica do país ou das mulheres acometidas, sempre será um grave problema de saúde pública, evidenciado no estudo desenvolvido pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) ao investigar e registrar 6383 casos em 50 estados americanos e Washington DC no período de 1999 à 2013 e com uma taxa de mortalidade de 11,6 por 1000 nascidos vivos de 1999 a 2013, contrapondo a meta da OMS de eliminação da transmissão vertical da SC⁵.

Observou-se um gradiente de infecção pela sífilis e de sífilis congênita segundo escolaridade materna: quanto menor a escolaridade da mulher, maior a ocorrência de infecção pela sífilis e de sífilis congênita, em que 60,6% possuíam ensino fundamental incompleto, sendo na atual pesquisa, foram encontrados 15,3% puérperas que possuíam escolaridade entre analfabetismo e ensino

fundamental incompleto⁹. A baixa escolaridade materna contribui para a falta de entendimento das informação e dificultando a adoção de hábitos mais seguro através de medidas prevenção a saúde materna¹⁵.

Na instituição do estudo no período referido 2,9% dos casos notificados, não havia informação acerca do tratamento adotado, embora o manual do Ministério da Saúde (MS), intitulado: Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, afirma que toda criança diagnosticada ou com suspeita de sífilis congênita tem indicação para receber o tratamento específico e adequado a fim de tratar também a neurosífilis¹⁶. O achado acima reforça a ideia em relação a incompletude dos dados no preenchimento da ficha de notificação, o que dificulta, o dimensionamento real da situação de saúde logo, contribuindo para adoecimento das populações.

Conforme a pesquisa de Cooper *et al.*⁵ a eliminação da transmissão da sífilis entre mãe e feto depende da assistência dos serviços de saúde no pré-natal. As consequências do diagnóstico tardio e o tratamento inadequado dos recém-nascidos infectados podem suceder a complicações severas, que afetam além do sistema nervoso central, ossos, articulações e dentes¹⁷. Corroborando, assim, para adoção de medidas de tratamento adequado da sífilis congênita ao recém-nascido, conforme preconizado pelo protocolo de diretrizes para tratamento da sífilis congênita do Ministério da Saúde, que adotado pela maternidade do estudo, e assim, buscando reduzir os danos a uma geração exposta a uma infecção com tratamento acessível e factível, porém em franco descontrole.

Ainda, de acordo com o protocolo do ministério da saúde para prevenção da transmissão vertical de HIV e Sífilis do Ministério da Saúde publicado em 2007, o pré-natal possui elevada cobertura no Brasil, fato esse que também foi encontrado na presente pesquisa, a qual obteve 88,7% das fichas de notificação de sífilis congênita com respostas afirmando a realização do pré-natal. Isto também pode ser observado na pesquisa de Cavalcante *et al.*¹⁸ em que 81,4% das realizaram o pré-natal na gestação¹⁷. Portanto, se a cobertura do pré-natal está adequada, e a incidência de sífilis materna e sífilis congênita permanecem altas, se faz necessário ampliar a discussão aos diversos níveis de atenção à saúde no sentido de buscar respostas e somar esforços no controle do problema¹⁸.

Para tanto, já pode-se pensar que a qualidade da assistência prestada a gestante se encontra abaixo do esperado para atender as necessidades de prevenção e tratamento. Apesar de a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal prever a realização de exames rotineiros relacionados a sífilis, o MS também verificou que a rotina preconizada e o tratamento adequado por vezes não são observados¹⁸.

O protocolo do (MS) quanto ao tratamento adequadamente a gestante e o parceiro é bem sistemático durante o momento do pré-natal e após a realização do diagnóstico de sífilis, portanto, é possível erradicar a sífilis congênita como problema de saúde pública, e em relação ao Manual de pré-natal e puerpério vigente, a testagem para sífilis e HIV na avaliação pré-concepcional

é ativo de realização e investigação sempre que possível¹⁸. Considerando o número de RN participantes do estudo realizado em 2014 que atenderam aos critérios de inclusão, assim, fica evidente falha no diagnóstico e tratamento das gestantes com sífilis.

Analisando os resultados desta pesquisa e de acordo com Guinsburg e Santos¹⁹, mesmo com o conhecimento das medidas de prevenção e tratamento que são capazes de diminuir a incidência da sífilis congênita ou até mesmo eliminar, os casos da doença continuam crescentes²⁰.

Azevedo *et al.*²¹, reforça que para erradicar os riscos de transmissão da sífilis ao feto, é necessário realizar corretamente o tratamento da gestante e do parceiro sexual, com a prescrição de penicilina G benzatina realizada em até três doses a depender do estágio da doença.

Para Guanabara *et al.*²², a não realização do tratamento do parceiro sexual dificulta o tratamento adequado da gestante. Além disso a pesquisa traz relatos de profissionais da saúde que afirmam que os parceiros não comparecem às consultas de pré-natal devido à ausência de sinais e sintomas, motivo pelo qual eles não se identificam no problema².

Deve-se ressaltar que processos sócio culturais interferem na atenção do sujeito no contexto da saúde, impactando inclusive no delineamento de políticas públicas, sensibilizar o indivíduo e mobilizá-lo para o seu cuidado requer um canal de comunicação eficiente, portanto a realização do pré-natal, por si só, não garante a eficácia do cuidado²³⁻²⁶.

Em 2017, foi publicado o boletim epidemiológico de sífilis que atualiza a definição para confirmação dos casos de sífilis congênita, desconsiderando o tratamento do parceiro sexual da mãe como critério diagnóstico²⁷.

O boletim ainda apresenta os resultados referentes ao tratamento da sífilis, no qual a prescrição de pelo menos uma dose de penicilina benzatina foi muito superior a nível nacional quando comparado ao resultado obtido no presente estudo, entretanto, quando observados outros esquemas de tratamento verifica-se a inversão dos valores, sendo que a pesquisa atual apresenta dados muito maiores do que o boletim, em relação às informações ignoradas, os documentos também não demonstram equilíbrio de proporção^{27,28}.

O Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde publicado em 2015 afirma que existe uma complexidade no diagnóstico da criança uma vez que mais da metade são assintomáticas ao nascimento e quando possuem expressão clínica os sinais e sintomas são discretos e pouco específicos, portanto, a instituição do tratamento do RN se baseia em exames sorológicos e na história epidemiológica gestacional e do RN²⁸.

Pode-se também ter a mesma percepção pois 75,5% das respostas relataram que os recém-nascidos não obtiveram sinais e sintomas, 4% responderam que não se aplica/ignorado, e 20% das respostas marcadas que obtiveram sinais e sintomas, e através da tabela três pode-se observar que 42 pacientes apresentaram icterícia, dois pacientes demonstraram lesões cutâneas e dois participantes marcaram como outro sinal ou sintoma.

Embora o surgimento de sintomas no período neonatal não represente um achado frequente, sabe-se que o aparecimento tardio pode ocorrer, nesse sentido, a necessidade de tratamento precocemente na vida intrauterina foi evidenciado pelo estudo de revisão literária que identificou a não ocorrência da perda auditiva neurossensorial sífilítica (PNSI) pediátrica após tratamento intrauterino da sífilis, contudo, o estudo ressalta a importância de proceder a triagem auditiva para todos os pacientes pediátricos com sífilis congênita, assim como a relevância da instituição criteriosa do tratamento adequado do RN^{28,29}. Tendo em vista que a realidade de instituição em questão tem em média 400 nascidos vivos por mês, e com relação aos dados encontrados nesta pesquisa identificou-se que 21,25 casos de nascidos vivos em casa 1000 apresentam sífilis congênita na instituição da pesquisa. Conforme a meta do milênio, que preconiza a redução de 1 caso para cada 1000 nascidos vivos, pode-se concluir que ainda há um longo caminho a ser percorrido para alcançar o objetivo de redução ao ideal²⁹.

Uma limitação apresentada pelo presente estudo, foi a dificuldade em relação ao cálculo da taxa de mortalidade pelo fato da não realização do teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem em 49,5% dos casos, o que pode ter resultado subestimação dos dados.

CONCLUSÃO

Os achados da presente pesquisa permitiram concluir que o tratamento instituído aos recém-nascidos na maternidade do estudo, encontra-se em consonância com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, embora o desfecho após a adoção de condutas adequadas; envolvendo assistência à saúde, exames clínicos e tratamento penicilina benzatina, procaína e cristalina, determinem um prognóstico favorável, deve ser considerado os riscos e implicações biossociais e econômicas associadas ao processo de internação.

Vale ressaltar que a dificuldade encontrada pelos pesquisadores em virtude da precariedade dos dados nas fichas de notificação. Provocou no profissional de saúde ao promover uma conscientização do que se refere o preenchimento adequado das fichas de notificação, podem influenciar de forma global a fim de impactar em forma mais ativas e positivas no seu enfrentamento.

A magnitude do problema, é de suma importância o enfrentamento deste impasse com a utilização de estratégias. Sabe-se que o profissional de saúde possui a responsabilidade de notificar doenças de agravo e de propagar ações de promoção e prevenção de agravos de forma ampliada a fim de ofertar o cuidado humanizado com eficiência. Objetivando o envolvimento da comunidade e serviços de saúde o qual possibilitará a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública.

Agradecimentos

Agradecemos ao Governo do Estado do Acre, por meio da Secretaria de Estado da Saúde - SESACRE, pelo contrato de parceria interinstitucional (SESACRE / UFAC / FMABC) 007/2015, constituído para capacitação de profissionais de mestrado e doutorado em Ciências da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. Nonato SM, Melo APS, Guimaraes MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte, 2010-013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24 4):681-94. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. *Bol Epidemiol*. 2016;47(35):1-32.
4. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sáncheza PJ. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil: Mais avanços são necessários!. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(3):251-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.004>
5. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol*. 2018; 42(3):176-84. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.02.005>
6. Chiumento DA, Griep R. Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita no Município de Cascavel/PR nos anos de 2010 a 2014. *Rev Thêma Scientia*. 2015; 5(2E):106-11.
7. Boni SM, Pagliari PB. Incidência de Sífilis Congênita e sua Prevalência em Gestantes em um Município do Noroeste do Paraná. *Rev Saúde Pesquisa*. 2016;9(3):517-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n3p517-524>
8. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>
9. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(6):e00082415 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>
10. Feliz MC, Medeiros ARP, Rossoni AM, Tahnus T, Pereira AMVB, Rodrigues C. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposta à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):727-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040004>
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção. Genebra: OMS, 2008.
12. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Enfrentamento da Sífilis Congênita. Vitória: 2017.
13. Vasconcelos MIO, Oliveira KMC, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares MSC, Queiroz MVO, et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016. 29(Supl.):85-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p85>
14. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;8(4):419-24 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000400010>
15. Pitilin EB, Sbardelotto T. Mortalidade de Mulheres em Idade Reprodutiva: Estudo comparativo entre dois períodos. *Rev Fund Care*. 2019;11(3):613-19. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.613-619>
16. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2013;47(1):147-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>
17. Pillay S, Tooke LJ. Symptomatic congenital syphilis in a tertiary neonatal unit in Cape Town, South Africa: High morbidity and mortality in a preventable disease *S Afr Med J*. 2019;109(9):652-8. DOI: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v109i9.13817>
18. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):255-64. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>
19. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf. Acesso em: 10 jun 2020.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

21. Azevedo AC, Drumond EF, Gonçalves RV, Machado CJ. Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2017;25(3):259-67. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030214>
22. Guanabara MAO, Leite-Araújo MA, Matsue RY, Barros VL, Oliveira FA. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev. Salud Pública*. 2017;19 (1):73-8.
23. Alves SAA, Oliveira MLB. Aspectos socioculturais da saúde e da doença e suas repercussões pragmáticas. *J Hum Growth Dev*. 2018;28(2):183-88. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.147236>
24. Alves PIC, Scatena LM, Haas VJ, Castro SS. Evolução temporal e caracterização dos casos de sífilis congênita em Minas Gerais, 2007-2015. *Cienc Saude Coletiva*. 2018.
25. Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M. A inclusão paterna durante o pré-natal. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2017;6(1):52-66. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.2053>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério Saúde, 2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: 2015.
28. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017;17(4):781-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400010>
29. Chau J, Atashband S, Chang E, Westerberg BD, Kozak FK. A systematic review of pediatric sensorineural hearing loss in congenital syphilis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73(6):787-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.02.021>

Abstract

Introduction: Syphilis is still a worldwide problem; with approximately 12 million people infected every year. Over the last decade, Brazil had an increment in the number of cases. The year 2016 reported 37,436 cases of syphilis in pregnant women and 20,474 cases of congenital syphilis, with 185 deaths. The Southeast region reached the highest numbers, especially in the state of Espírito Santo with high rates in pregnant women, being the third highest incidence rate in the country with 10.4 cases/1,000 live births, above the national average of 6.8 cases/1,000 live births.

Objective: Describe the therapeutic treatment of children affected with congenital syphilis as well as the clinical, radiological and laboratory changes associated to this disease.

Methods: Retrospective, descriptive, exploratory, quantitative study, based on 204 notification forms of congenital syphilis from January 2016 to December 2017.

Results: The findings showed that 88.7% of the puerperal women performed prenatal care. Regarding newborns, 85.3% were asymptomatic. When analyzing the therapeutic regimen instituted, 22.5% used procaine Penicillin G, 22.5% crystalline Penicillin G and 20.6% benzathine Penicillin G.

Conclusion: The treatment instituted by this philanthropic maternity for newborns with congenital syphilis is in line with the guidelines proposed by the Ministry of Health. The clinical symptoms do not represent a frequent finding during the neonatal period, however, they can occur later.

Keywords: congenital syphilis, prenatal care, compulsory notification.

©The authors (2020), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.