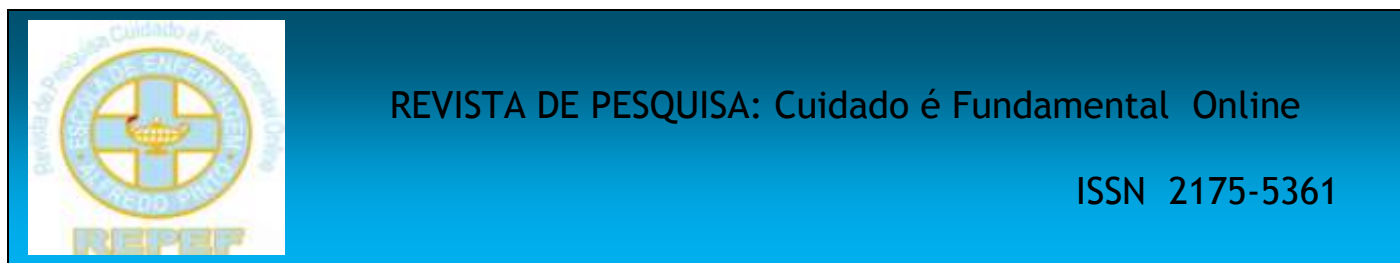


ISSN 2175-5361

Silva LR, Baptista SES, Santos IMM,
Silva BCMG, Villar ASE, Silva MDB.

The impact of the ...



PESQUISA

THE IMPACT OF THE CAMPAIGN TO COMBAT CONGENITAL SYPHILIS DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SYPHILIS IN WOMEN IN A MATERNITY MUNICIPAL OF RIO DE JANEIRO

O IMPACTO DA CAMPANHA DE COMBATE À SÍFILIS CONGÊNITA SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE SÍFILIS EM MULHERES ADMITIDAS EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

EL IMPACTO DE LA CAMPAÑA DE LUCHA CONTRA LA SÍFILIS CONGÉNITA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN LAS MUJERES EN UN MATERNIDAD MUNICIPAL DE RIO DE JANEIRO

Leila Rangel da Silva¹, Silvia Elaine dos Santos Baptista², Inês Maria Meneses dos Santos³,
Bianca Cristina Marques Gindre da Silva⁴, Alana Stéphanie Esteves Villar⁵, Máira Domingues Bernardes Silva⁶

ABSTRACT

Objective: to describe the time of diagnosis and treatment of syphilis in women who had their children screened for congenital syphilis in a maternity of the State of do Rio de Janeiro during the campaign to combat congenital syphilis, (1999 to 2001). **Methods:** this was a descriptive, retrospective epidemiological. **Results:** 479 records were analyzed to investigate SC in 1999 on the first Campaign for Elimination of SC, and 2001, on the second. It was found that more than half of these mothers were diagnosed during prenatal care (54.3% to 71.9%) and there was a progressive increase in anticipation of provision of treatment (33.8% to 62.5%). **Conclusions:** the practice of the campaigns reflected positively in the fight against congenital syphilis, however, the number of missing data, especially for variables co-infection HIV and syphilis-in screening of partners, affects the reliability of data and expressed the need to consider new strategies to increase epidemiological surveillance. **Descriptors:** Nursing; Congenital syphilis; Surveillance epidemiology.

RESUMO

Objetivo: descrever o momento de diagnóstico e tratamento de sífilis nas mulheres que tiveram seus filhos investigados para Sífilis Congênita (SC) em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, no período da campanha de combate a SC (1999 a 2001). **Métodos:** pesquisa descritiva, retrospectiva, de levantamento epidemiológico. **Resultados:** foram analisadas 479 fichas de investigação de SC nos anos de 1999, referente à primeira Campanha de Eliminação da SC, e 2001, referente à segunda. Identificou-se que mais da metade dessas mães foram diagnosticadas no pré-natal (54,3% à 71,9%) e houve um aumento progressivo da antecipação de oferta de tratamento (33,8% à 62,5%). **Conclusão:** as práticas das campanhas refletiram positivamente no combate a SC, contudo, o número de dados ignorados, principalmente nas variáveis referentes a co-infecção sífilis-HIV e no rastreamento dos parceiros, afeta a confiabilidade dos dados e expressa a necessidade de se pensar em novas estratégias a fim de aumentar a vigilância epidemiológica. **Descritores:** Enfermagem; Sífilis congênita; Vigilância epidemiologia.

RESUMEN

Objetivo: describir el momento del diagnóstico y el tratamiento de la sífilis en mujeres que habían tenido sus niños para detectar la sífilis congénita en un Maternidad del Estado de Río de Janeiro durante la campaña de lucha contra la sífilis congénita, (1999 a 2001). **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, estudio epidemiológico retrospectivo. **Resultados:** 479 registros fueron analizados para investigar SC en 1999 en la primera Campaña para la Eliminación de la SC, y 2001, en el segundo. Se encontró que más de la mitad de estas madres fueron diagnosticados durante la atención prenatal (54,3% a 71,9%) y hubo un aumento progresivo de la previsión de suministro de tratamiento (33,8% a 62,5%). **Conclusiones:** la práctica de las campañas se refleja positivamente en la lucha contra la sífilis congénita, sin embargo, el número de datos que faltan, especialmente para las variables de co-infección por el VIH y la sífilis en el cribado de la los socios, afecta a la fiabilidad de los datos, y expresó la necesidad de considerar nuevas estrategias para aumentar la vigilancia epidemiológica. **Descriptor:** Enfermería; Sífilis congénita; Vigilancia epidemiología.

¹ Professora adjunta da EEAP/UNIRIO. Doutora em Enfermagem. rangel.leila@gmail.com. ² Graduada pela EEAP/UNIRIO. Enfermeira do Hospital Geral de Guarus de Campos dos Goytachazes e da Unidade Básica de Saúde Santa Clara de Vila Nova. Membro do NuPEEMC. Email: silvia.elaine@yahoo.com.br. ³ Doutoranda em Enfermagem pela UFRJ. Docente do DEMI/EEAP/UNIRIO. Membro do NuPEEMC. Email: inesmeneses@gmail.com. ^{4, 5, 6} Discentes de Enfermagem do 9º período da EEAP/UNIRIO. Membro do NuPEEMC. Bolsista de Iniciação Científica/UNIRIO. Email: biagindre@click21.com.br, alanavillar@hotmail.com, mairinhadbs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita (SC) é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada para o seu concepto e mesmo prevenível, através da triagem sorológica e do tratamento adequado da gestante e do parceiro durante a consulta de pré-natal, ainda não foi possível conseguir alcançar o proposto pelo Ministério da saúde em 1993, que é a eliminação da Sífilis Congênita¹⁻²⁻³.

A sífilis congênita passou a ser de notificação compulsória em 1986 no Brasil, porém, devido à ausência de uniformidade no diagnóstico e conduta, assim como as falhas no mecanismo de notificação, a frequência da doença tornou-se bem maior do que a demonstrada pelos números oficiais³.

Em um estudo multicêntrico realizado no ano de 2004 em seis capitais brasileiras, observou-se uma prevalência de sífilis em gestantes de 1,9% e dentre as mulheres atendidas com queixas de DST, a sífilis apresentou uma taxa de prevalência de 3,6%, o que certamente, evidencia a relevância de ações direcionadas à prevenção e ao controle de DST entre mulheres⁴.

Apesar de ser um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional, de acordo com o previsto pela Portaria Ministerial nº 242, de 22 de Dezembro de 1986, foi a partir da primeira campanha para eliminação da SC em 1999, que o diagnóstico de sífilis em gestantes passou a ser trabalhado de maneira mais intensa no município do Rio de Janeiro, onde, no ano correspondente a campanha, a incidência de sífilis congênita foi de 7,5/1000 nascidos vivos, aumentando para 9,1 em 2000. Contudo, a maior incidência de SC em 2000 pode estar refletindo a mobilização e a visibilidade do agravo devido à

primeira campanha de eliminação de SC em 1999, lembrando que durante o ano 2000 aconteceu uma nova campanha. À medida que se faz uma retrospectiva a partir de 1999, observa-se registros de incidência menores, como consequência da subnotificação⁵.

Campanhas têm sido instrumentos de políticas públicas de saúde, frequentemente utilizadas no Brasil para esclarecer, motivar ou conseguir o apoio da população e ou dos profissionais de saúde, em ações consideradas relevantes para erradicação das doenças. Inicialmente, algumas ações foram utilizadas na área das doenças infecciosas e, posteriormente, no campo das doenças crônicas não transmissíveis, sendo essas transformações resultantes em uma avaliação positiva para fortalecimento das políticas de saúde voltada para a população materno-infantil⁶.

A campanha pretendia alcançar a população e os profissionais de saúde, promovendo atividades de informação e educação. A proposta era aumentar a visibilidade e o conhecimento da doença, e também, possibilitar aos profissionais de saúde, a intervenção de maneira mais efetiva em uma prática assistencial que não apresentava resultados satisfatórios⁷.

Dentre as ferramentas utilizadas para proposta, avaliação e implementação das ações destinadas ao controle/erradicação da sífilis congênita destaca-se a Vigilância Epidemiológica, que é um conjunto de ações que propicia o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos⁸.

Silva LR, Baptista SES, Santos IMM,
Silva BCMG, Villar ASE, Silva MDB.

The impact of the ...

O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) é o principal meio de coleta de dados das doenças de notificação compulsória.

Entretanto, o cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de informações que sirvam para subsidiar o desencadeamento de ações e a qualidade da informação que, por sua vez, depende da adequada coleta de dados⁹.

Na cidade do Rio de Janeiro, palco da maior incidência desse agravo, tem sido responsáveis por mais de 90% das notificações, uma vez que a sífilis congênita tem como rotina, além do preenchimento da ficha de notificação, o registro da investigação epidemiológica através de uma ficha apropriada, gerando para o serviço ampla fonte de dados⁵.

Com isso o estudo tem como objeto a história de diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001.

Neste sentido cabe elucidar a seguinte questão norteadora: Em que momento ocorreu o diagnóstico de sífilis das mulheres admitidas neste Hospital Maternidades, no período da campanha de combate a sífilis congênita (1999 a 2001), que tiveram filhos investigados para sífilis congênitas? Quando se iniciou o tratamento de sífilis nestas mulheres?

Para operacionalizar o estudo foi definido o seguinte objetivo: Descrever o momento de diagnóstico e tratamento de sífilis nas mulheres que tiveram seus filhos investigados para Sífilis Congênita em uma maternidade municipal no período da campanha de combate a sífilis congênita, (1999 a 2001).

Registramos ainda que a pesquisa encontra sua relevância no fato de poder contribuir na construção de informações que favoreçam o

desenvolvimento de ações conjuntas dos programas de DST/AIDS, Saúde da Mulher e da Criança, dentro da perspectiva de avanço dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, de levantamento epidemiológico, que focaliza a ocorrência de um fenômeno qualquer numa população ou numa amostra representativa dela, baseia-se em dados existentes nos registros dos serviços de saúde ou de outras instituições e destina-se a complementar dados para informações já existentes¹⁰.

O estudo retrospectivo baseia-se na história progressiva dos casos, com o objetivo de determinar os antecedentes que possam ser associados com a doença em questão¹⁰.

No recorte temporal de 1999 a 2001 foram notificadas 479 fichas de investigação de Sífilis Congênita do SINAN, preenchidas pelo Núcleo de Epidemiologia e Programações de uma Maternidade Municipal do Rio de Janeiro, situado na Área de Planejamento 3.2 da cidade do Rio de Janeiro, onde foram coletados dados referentes à história de diagnóstico e tratamento de mulheres admitidas neste serviço no momento do parto.

Os anos escolhidos para delimitação do recorte temporal referem, respectivamente, à Primeira Campanha de Eliminação da Sífilis Congênita em 1999 e a Segunda Campanha em 2001.

A coleta de dados foi feita com a utilização de um formulário aplicado às fichas do SINAN, anteriormente mencionadas, com a finalidade de obter indicadores capazes de descrever a história de diagnóstico e tratamento de sífilis das mulheres incluídas neste estudo.

Posteriormente à coleta de dados, eles foram processados através de: contagem manual, tabulação, cálculo de percentagens e ainda cálculo das médias de dados ignorados a cada indicador contemplado pelo formulário desta pesquisa. Em seguida, foi realizada a análise confrontando-se a realidade por eles demonstrada, com os parâmetros idealizados e propostos pelo Ministério da Saúde para erradicação e controle da sífilis congênita, dentro do contexto de políticas públicas de saúde.

Destaca-se que este estudo é vinculado ao Projeto de pesquisa guarda-chuva de responsabilidade da Professora Doutora Leila Rangel da Silva, denominado Cuidado Cultural à Saúde da Mulher Brasileira: desafios e tendências para a enfermagem, sendo cumprindo todos os preceitos éticos da pesquisa.

RESULTADOS

Neste estudo foram analisadas 479 Fichas de Investigação de Sífilis Congênita no HMCD no período de 1999 a 2001 conforme demonstrado na Tabela 1. A queda do número de investigações abertas indica um êxito nas ações das campanhas que permitiram uma redução da morbidade e mortalidade relacionadas à sífilis no município do Rio de Janeiro⁶.

Cabe ressaltar que nem todo caso investigado de SC, vindo a ser confirmado, corresponde a um caso de tratamento eficaz para a mãe. Uma gestante pode ter iniciado seu tratamento, ou até mesmo re-tratamento, dentro do prazo de 30 dias anteriores ao parto, portanto inadequado para a profilaxia de SC, contudo, se a partir deste início o tratamento dela e do parceiro estiverem de acordo com os esquemas adequados, ambos serão descartados como casos de notificação individual por ocasião da investigação para sífilis congênita.

Tabela 1 - Número de fichas de investigações de sífilis congênita na Maternidade Municipal do Estado do Rio de Janeiro

Ano	Casos investigados de SC	
1999	175	36,53%
2000	176	36,74%
2001	128	26,72%
Total	479	100%

Fonte: ficha de Investigação de sífilis congênita do SINAN preenchidas na Maternidade no período de 1999 a 2001.

Em relação aos indicadores referentes ao momento do diagnóstico em mães de recém-nascidos e natimortos investigados para sífilis congênita na maternidade em estudo, no período de 1999 a 2001 podemos visualizar na Tabela 2.

Tabela 2 - Momento de diagnóstico da sífilis materna

Diagnóstico da sífilis	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Pré-Natal	95	54,3	95	54	92	71,9
Parto	79	45,2	81	46	25	19,5
Ignorado	1	0,6	-	-	11	8,6

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001.

Nota-se, durante os anos de campanha, que pouco mais da metade dessas mães foram diagnosticadas no pré-natal, tendo o primeiro ano após a sua realização (2001) alcançado um aumento desta taxa (71,8%) dentre os casos investigados, os quais se apresentaram em menor número (queda de aproximadamente 26% ao número de investigações de 1999 e 2000). Demonstrando, então, um aumento da oferta da triagem sorológica precoce e do rastreamento de sífilis em gestantes.

No entanto, dados do Ministério da Saúde apontam para deficiências do sistema de saúde em garantir a avaliação oportuna das parcerias sexuais, enfatizando que o não reconhecimento da presença de DST como emergência médica conduz a uma falta de credibilidade e descontinuidade de ações, ressaltando o problema representado pela ausência de rastreamento em mulheres assintomáticas e a procura de outros serviços (farmácias, automedicação), por parte dos homens portadores de DST (1)⁴.

Silva LR, Baptista SES, Santos IMM,
Silva BCMG, Villar ASE, Silva MDB.

The impact of the ...

Quanto à realização de pré-natal e a realização das sorologias podemos visualizar na

Tabela 3.

Tabela 3- Realização de pré-natal entre as mães de recém-nascidos e natimortos investigados para sífilis congênita.

Realização Pré-Natal	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Sim	147	84	156	88,6	118	92,2
Não	24	13,7	20	1,1	9	7
Ignorado	4	2,3	-	-	1	0,8

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001.

Dentre as mulheres incluídas nesta pesquisa, houve uma ascensão progressiva durante o recorte temporal contemplado quanto à realização de pré-natal (84%, 88,64% e 92,19%), fato que não assegurou um aumento mais efetivo de diagnósticos em gestantes, apesar deste aumento ter ocorrido do ano de 2000 para o de 2001. Estes dados chamam a atenção para fatores relacionados à qualidade do pré-natal e ao acesso aos serviços de saúde, entendendo acesso não apenas como oferta, mas também como usufruto destes serviços.

Em relação ao diagnóstico da sífilis na primeira consulta de pré-natal, de acordo com a idade gestacional, podemos observar na Tabela 4 que a maioria das mulheres iniciou pré-natal no segundo trimestre em todos os anos estudados (38,10% em 1999; 37,82% em 2000 e 40,68% em 2001), sendo esta, a idade gestacional indicada pelo Ministério da Saúde, para a segunda rotina de VDRL, que é o processo de triagem sorológica e de oportunidade para medidas de intervenção, visando prevenir a sífilis congênita e controlar a sífilis na população que, em geral, encontra-se prejudicada. A realização do teste VDRL deve acontecer na primeira consulta, ocorrendo idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e outro, no início do terceiro trimestre (trigésima semana) da gravidez⁵.

Tabela 4 - Idade Gestacional na primeira consulta de pré-natal.

Idade Gestacional (semanas)	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Menor que 14 semanas	54	36,7	47	30,1	40	34
Maior de 14 e menos 28 semanas	56	38,1	59	38	48	40,7
Igual ou maior que 28 semanas	9	6,1	8	5,1	8	6,8
Ignorado	28	19	42	27	22	18,6

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001.

Em relação às rotinas de VDRL, podemos observar na Tabela 5 que durante o ano da Primeira Campanha de Eliminação da Sífilis Congênita em 1999 não existiu um predomínio da realização de duas rotinas de VDRL dentre as mães que fizeram pré-natal (31,3%), e mesmo com o posterior aumento da realização das duas rotinas, preconizadas pelo Ministério da Saúde, este índice não alcançou 50% das gestantes (47,4% em 2000 e 44,9% em 2001).

Tabela 5 - Número de rotinas de VDRL por ocasião do pré-natal.

Rotinas de VDRL	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Duas	46	31,3	74	47,4	53	44,9
Uma	63	42,9	55	35,2	45	38,1
Nenhuma	5	3,4	6	3,8	3	2,5
Ignorado	33	22,4	21	13,5	17	14,4

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001.

Vale ressaltar, que a realização deste teste e seu resultado, isolados dos demais elementos da investigação epidemiológica são irrelevantes; a sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na secundária e cerca de 75% na terciária, possuindo alta especificidade para o diagnóstico da sífilis congênita, cerca de 98%, sendo suscetível a resultados falso-positivos. Além disso, apresenta uma gama de interpretações relacionadas aos diversos estágios da infecção pelo *Treponema Pallidum*⁶.

Tabela 6 - Titulação de VDRL no parto

Titulação	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Menor	46	48,4	52	54,7	52	56,6
Igual	22	23,2	20	21	19	20,6
Maior	11	11,6	17	17,9	10	10,9
Ignorado	16	16,8	6	6,4	11	12

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001

A Tabela 6 apresenta uma progressiva queda da titulação de VDRL, no momento do parto, em relação a titulação obtida por ocasião do pré-natal. Uma vez que, ao longo dos anos pesquisados, o percentual de mulheres com menor titulação no parto foi, respectivamente, 48,42%; 54,74% e 56,52%. Segundo o Ministério da Saúde a triagem para sífilis no local do parto consiste em realizar o VDRL ou RPR em toda mulher admitida para parto isto independente desta mulher ter sido diagnosticada e tratada anteriormente, devido à possibilidade de reinfecção ou de tratamento inadequado. Além disso, o processo diagnóstico da sífilis possui diversas questões relacionadas à interpretação dos resultados de VDRL².

Um VDRL positivo, mesmo quando excluída a possibilidade de resultado falso-positivo, não significa obrigatoriamente um caso de sífilis, pois, após o início do tratamento correto, a titulação tende a negatizar-se entre 9 e 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida, é o que se denomina memória ou cicatriz sorológica².

A Tabela 7 aponta para um aumento progressivo da antecipação de oferta de tratamento, nos anos em estudo; apesar de, em nenhum deles, o percentual de início de tratamento no pré-natal equipara-se ao daquelas mulheres que obtiveram diagnóstico neste período.

Tabela7 - Início de tratamento de sífilis materna

Início do Tratamento	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Pré-Natal	59	33,8	75	42,7	80	62,5
Parto	89	50,9	86	48,9	31	24,2
Ignorado	27	15,4	15	8,5	17	13,3

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001.

Mesmo que uma gestante tenha diagnóstico de sífilis prévio na admissão para o parto, ou em caso de aborto na maternidade ou registro/relato de tratamento anterior, é considerado como tratamento inadequado para sífilis materna, para fins de prevenção de SC.

A sífilis é uma das causas importantes de morbidade e mortalidade perinatal. O tratamento da mulher grávida com penicilina benzatina, até trinta dias antes do parto, reduz, em muito, as complicações, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, seqüelas nos bebês e óbito neonatal¹¹.

O Ministério da Saúde reforça a inadequação do tratamento de sífilis congênita, no Manual Técnico de Pré-Natal, quando, o tratamento é feito com qualquer medicação que não seja a penicilina; quando o tratamento é incompleto, mesmo tendo sido feito com a penicilina; ou quando o parceiro não foi tratado ou foi tratado inadequadamente e manteve contato sexual com a gestante após o seu tratamento¹².

Ressalte-se dessa forma, a importância de que o manejo dos casos de sífilis congênita seja efetuado a partir de uma investigação epidemiológica criteriosa a fim de permitir o tratamento adequado para o critério de classificação de caso.

Encontra-se a penicilina cristalina como a droga de maior utilização na população estudada, entretanto, observa-se uma inadequação quanto à duração do tratamento

instituído. Este fator é apontado na literatura como determinante do sucesso terapêutico, sobretudo, em se tratando da prevenção de seqüelas por comprometimento neurológico.

A persistência da sífilis congênita encontra-se, dessa maneira, interligada a diversos fatores que perpassam a assistência à saúde, dentre eles as estratégias de prevenção da cadeia de transmissão, incluindo a vertical (mãe para filho). Medidas de controle do agravo, desde sua ocorrência até a contenção dos danos ocasionados, devem fazer parte do cotidiano das instituições de saúde nos diversos níveis de complexidade assistencial.

Conhecer os problemas de saúde e as alterações ocasionadas pelo período gestacional poderá direcionar a assistência de enfermagem, ao fornecer subsídios para a elaboração de um plano de cuidados, implementação das intervenções e avaliação conforme a necessidade da gestante¹³.

Em relação à idade gestacional, em semanas e o início do tratamento para sífilis em mães de recém-nascidos e natimortos investigados para sífilis congênita no HMCD no período de 1999 a 2001, dentre aquelas que realizaram pré-natal podemos observar na Tabela 8.

Tabela 8 - Idade gestacional, em semanas e o início de tratamento de sífilis

Idade Gestacional (semanas)	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Menor de 15 semanas IG	7	11,9	11	14,7	9	11,2
Maior de 15 semanas IG e Menor que 28 semanas IG	22	37,3	33	44	31	38,8
Igual ou maior que 28 semanas IG	28	47,5	27	36	36	45
Ignorado	2	3,4	4	5,3	4	5

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001

Predominantemente, os tratamentos iniciados no pré-natal, foram feitos a partir do 2º trimestre, sendo que nos anos de 1999 e 2001, a maioria destas mulheres iniciou seu tratamento já no terceiro trimestre, reduzindo o tempo hábil para a prevenção da sífilis congênita.

Houve uma queda progressiva de dados ignorados, sugerindo um aumento da disponibilidade e oferta de triagem sorológica para HIV, mesmo assim, não se pode desprezar o fato de, dentre aquelas que possuíam resultado negativo para infecção por HIV, a possibilidade de encontrarem-se em janela imunológica ou mesmo ter adquirido a infecção pós-coleta da triagem sorológica. A co-infecção é evento raro dentro deste estudo como podemos observar na Tabela 9.

Tabela 9 - Resultado positivo para infecção por HIV

Idade Gestacional (semanas)	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Sim	-	-	3	1,7	1	0,8
Não	72	41,1	83	47,2	85	66,4
Ignorado	103	58,9	90	51,1	42	32,8

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD no período de 1999 a 2001.

A sífilis tem sua história natural modificada nos casos de indivíduos com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Podem ser encontradas respostas sorológicas ao VDRL

consideradas como falso-positivas em pacientes com infecção por este vírus.⁵ O tratamento da sífilis também é diferenciado nas portadoras de HIV, que devem ser tratadas como sífilis latente ou de período indeterminado³.

De acordo com o MS a ocorrência de casos de DST em mulheres, pode ser tomado como exemplo a fim de explicar a atual situação da presença destas patologias no público feminino. Como exemplo, a feminilização da AIDS a partir de meados da década de 1980, quando então, a razão de casos por sexo passou de 28 homens para 01 mulher em 1985, a 02 homens para 01 mulher no ano de 2000¹⁴.

Identificam-se elementos sociais determinantes do recrudescimento da sífilis, dentre os quais se encontram: o uso abusivo do álcool e drogas injetáveis pela mãe e seu parceiro sexual, a irresponsabilidade do público mais jovem, e ainda, a automedicação com terapia antibiótica pelo temor de reações à terapêutica penicilínica. Ademais, dos casos notificados de sífilis congênita no Estado de São Paulo em 1996, observou-se que a média de idade da maioria das mães foi de 27 anos; 11,6% das gestantes eram adolescentes (< 18 anos); 33,1% dos casos envolveram mães com história de quatro ou mais gestações anteriores¹⁵.

Após a primeira campanha houve uma queda do número de dados ignorados quanto a parceria e um aumento progressivo no número de parceiros tratados, embora esse percentual se mantivesse inferior a 30 em todo o recorte temporal deste estudo. Contribuindo para o tratamento inadequado destas mulheres e para o aumento da probabilidade de re-infecção delas como descrito na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10 - Tratamento dos parceiros

Tratamento Parceiros	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Sim	28	16	29	16,5	36	28,1
Não	75	42,9	104	59	55	43
Ignorado	72	41,1	43	24,4	32	28,91

Fonte: Ficha de Investigação de Sífilis Congênita do SINAN preenchidas no HMCD (1999-2001).

Quanto à triagem sorológica em parceiros, não existe, e não existia à época, um campo de preenchimento específico para o registro deste dado, mas algumas das fichas de investigação epidemiológica para sífilis congênita traziam este registro em observações. A campanha parece ter contribuído para um aumento da realização de triagem sorológica de parceiros e/ou, aumento da inserção de dados referentes a parceria em mulheres que tiveram seus filhos investigados para sífilis congênita na maternidade no período de 1999 a 2001.

CONCLUSÃO

Este estudo traz à tona, questões que ratificam a oferta de serviços de saúde (pré-natal, triagem sorológica para sífilis, oferta de tratamento deste agravo, entre outros) como insuficiente para garantir o acesso a eles. Mesmo nos casos onde houve captação precoce pela rede, ela não foi suficiente para assegurar às mulheres que tiveram seus filhos investigados para sífilis congênita, a continuidade da assistência, tanto pra ela, quanto para o seu filho.

A prática das campanhas refletiu positivamente no combate a sífilis congênita, além de revelar novos aspectos da realidade desta infecção no Município do Rio de Janeiro, apesar de evidenciar a necessidade de um maior número de ações nas Unidades Básicas de Saúde. Cabe destacar que o Hospital Maternidade estudado, como uma das maternidades deste município demonstra, no levantamento epidemiológico da história de

diagnóstico e tratamento de sífilis de mães que tiveram filhos investigados para sífilis congênitas, as mesmas implicações da realização das campanhas do contexto municipal.

Dessa forma, pode-se entender o agravo sífilis congênita como condição passível de controle através de estratégias efetivas no âmbito da atenção primária à saúde. No entanto, observou-se que o referido agravo é um problema de difícil diagnóstico clínico em virtude de as crianças mostrarem-se assintomáticas. Nesse sentido, a avaliação do recém-nascido deverá ser fundamentada em uma criteriosa abordagem epidemiológica, clínica e laboratorial para fomentar o diagnóstico¹⁶.

O número de dados ignorados, principalmente nas variáveis referentes à co-infecção Sífilis/HIV e no rastreamento dos parceiros, que tiveram filhos investigados para sífilis congênita, afeta a confiabilidade dos dados e expressa a necessidade de se pensar em novas estratégias a fim de aumentar a vigilância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Doenças Transmissíveis e AIDS. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3º ed. Brasília; 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Programa Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Brasília; 2003.
3. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Superintendência de Saúde Coletiva. Gerência do Programa DST e AIDS; 2003.
- 4-Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília; 2005.
- 5- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Bases técnicas para eliminação da Sífilis congênita, 1993.
6. Saraceni V. Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. FIOCRUZ/ENSP; 2005.
7. Saraceni V, CLeal M, Hartz ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.5 no.3 Recife July/Sept. 2005.
8. Brasil. Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 20/09/1980.
9. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Vol. 1, 5ªed. Brasília; 2002.
- 10.Maletta MHC. Epidemiologia e saúde Pública. 1º Ed, Rio de Janeiro: Atheneu;1988.
11. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad. Saúde Pública vol.19 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct, 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde .Manual do Pré-Natal e puerpério atenção humanizada e qualificada. 3º ed. Brasília; 2006.
13. Leite MCA, Nóbrega MM, Nóbrega MML.Diagnósticos de enfermagem em gestantes atendidas em unidade de saúde da família. Rev Enferm UFPE On Line. 2009; 3(2):88
14. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Brasília; 2003.
- 15- Diniz, E. M. A.; Ramos, J. L. A.; V., F. A. C. Sífilis congênita. In: Marcondes, E. et. al. In: Pediatria básica: pediatria geral e

Silva LR, Baptista SES, Santos IMM,
Silva BCMG, Villar ASE, Silva MDB.

The impact of the ...

neonatal. Torno I. 9ª ed. São Paulo: Sarvier,
2003. Seção XI, p. 523-530.

16- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para
o controle da sífilis congênita: manual de
bolso. 2ª ed. Brasília; 2006.

Recebido em: 25/09/2009

Aprovado em: 09/11/2009