

10^o

FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO
RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X

Autor(es): MYLENA THAIS DE OLIVEIRA ROCHA, EDNA DE FREITAS GOMES RUAS, FERNANDA APARECIDA CARDOSO MENDES, SÔNIA MARIA DE OLIVEIRA BARROS, GABRIEL ATAIDE MONÇÃO, ANA PAULA HOLZMANN, PAUL HOLZMANN NETO

Sífilis Gestacional e Congênita: Perfil das Gestantes e Características da Assistência Recebida

Palavras chave: Sífilis, Gestação, Transmissão vertical.

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica e de evolução crônica. Seu agente causador é uma bactéria do tipo espiroqueta, o *Treponema pallidum*, cujo único hospedeiro é o homem. Quanto às formas de contágio, a sífilis é classificada em adquirida e congênita. A forma adquirida é transmitida predominantemente por via sexual, podendo também ocorrer por hemotransfusão. A sífilis congênita, por sua vez, é transmitida mais frequentemente por via transplacentária, em qualquer fase da gestação, sendo também possível a transmissão direta no canal do parto (LORENZI et al., 2009; COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS-SP, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10 a 15% das gestantes residentes em países subdesenvolvidos estariam infectadas pelo *Treponema pallidum* (LORENZI et al., 2009). Tal frequência de acometimento em gestantes é dado preocupante, uma vez que a OMS preconiza o tratamento imediato dos casos diagnosticados para evitar transmissão de mãe para filho durante a gestação. Devido a este fato, a sífilis gestacional é considerada importante marcador de qualidade da assistência à saúde, sendo a transmissão vertical diretamente relacionada à não instauração ou realização inadequada da terapêutica. Em mulheres não tratadas, a transmissão da sífilis congênita é de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença. Uma vez instaurada, tal patologia cursa com mortalidade de cerca de 40 %, incluindo aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal (BRASIL, 2014).

A sífilis congênita pode ainda ser dividida em dois períodos: a precoce, diagnosticada até o segundo ano de vida, e a tardia, que só se manifesta depois do segundo ano. A forma precoce é assintomática em cerca de 70% dos casos logo após o nascimento, podendo demorar meses para apresentação dos primeiros sintomas. Tal característica, associada à possibilidade de títulos na sorologia não treponêmica (VDRL) inferiores aos maternos, expressa empecilho para diagnóstico precoce da doença. As manifestações mais comuns são prematuridade, baixo peso, hepato e/ou esplenomegalia, lesões cutâneas, inflamações osteoarticulares, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsão e meningite. A forma tardia, por sua vez, é rara, e, quando presente, é resultante do processo cicatricial da doença sistêmica precoce, podendo acometer vários órgãos (COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS-SP, 2008; LORENZI et al., 2009).

Com uma discussão pautada na comparação dos dados levantados em pesquisa com os dados epidemiológicos e condutas recomendadas pelo Ministério de Saúde do Brasil (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o presente resumo tem como objetivo descrever a assistência pré-natal e hospitalar oferecida a mulheres com diagnóstico de sífilis admitidas para parto em duas maternidades de Montes Claros e a consequência da transmissão vertical de tal doença na população em estudo.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caráter epidemiológico com delineamento transversal, realizado a partir de base de dados secundários. As variáveis de interesse foram coletadas principalmente dos prontuários hospitalares e fichas de notificação compulsória de mulheres com diagnóstico de Sífilis admitidas para o parto em duas maternidades da cidade de Montes Claros, em 2014 e 2015. Os dados coletados foram inseridos no programa EpiData versão 3.1 e analisados de forma descritiva por meio do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Além disso, lançou-se mão de artigos retirados de bases de dados científicas, tais como SciELO®, PubMed® e LILACS®, e documentos e pesquisas do Ministério da Saúde do Brasil (MS) para fins comparativos acerca do impacto de tais doenças sobre a população brasileira, bem como de fatores relevantes e conceitos fundamentais no conhecimento das causas e consequências que as norteiam. Este trabalho apresenta resultados parciais do estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes nº 1.019.441, inserido no Programa de Iniciação Científica Voluntária da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

10^o

FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X

Resultados e discussão

Foram acessados 86 prontuários, sendo 32,6% referentes a 2014 e 67,4% a 2015. A amostra foi composta, majoritariamente, por mulheres solteiras (59,0%), pardas (72,4%) e com ensino médio completo (44,1%) e na faixa etária de 14 a 24 anos (48,2%) (Fig. 1). Outros estudos consultados revelaram-se divergentes em alguns aspectos, demonstrando que a população de gestantes em união estável representou de 58 a 71% do total de infecções nesse público, salientando assim a maior vulnerabilidade feminina, geralmente determinada pela baixa percepção de risco existente nas situações de conjugalidade, normalmente sustentada pelos pilares da confiança e fidelidade. Nesse estudo, o maior grau de escolaridade encontrado pode refletir o insucesso de políticas e programas educacionais em promoverem efetiva conscientização e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, mesmo à parcela da população que teve acesso suficiente à educação (ROMANELLI, 2006; KONOPKA, 2010; SILVA, 2009).

Das gestantes em estudo, 91,9% realizaram consultas de pré-natal (PN), com uma média de sete consultas, condizendo com as recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza o mínimo de seis consultas neste período. Contudo, 5,3% das mulheres que realizaram PN não fizeram exames para diagnóstico de sífilis, contrapondo a recomendação do MS de pelo menos dois exames por PN, um ao primeiro e outro ao terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2007, 2016). 63 mulheres (88,7% dos dados válidos) foram diagnosticadas durante o PN, sendo as demais diagnosticadas apenas no momento do parto (11,3%).

Verificou-se que 72,5% dos prontuários apresentam relato de tratamento da sífilis até a data do parto, sendo 11,8% dos tratamentos avaliados como adequados segundo preconização do MS (BRASIL, 2015). Tal dado traz grande preocupação, uma vez que a ineficiência do tratamento está diretamente associada à prevalência de sífilis congênita. Além disso, 5,8% das gestações culminaram em natimortos, refletindo a gravidade da transmissão da forma congênita, com taxa de óbito de 40% dos casos em todo o mundo (BRASIL, 2014).

O estudo também revelou, segundo análise dos registros, que nem todos os RN foram triados adequadamente durante a internação. Apenas 71,1% deles fizeram RX de ossos longos e 68,8%, punção lombar. Houve alteração líquórica, com diagnóstico de neurosífilis, em 17% das punções realizadas. Segundo as recomendações normativas do MS (BRASIL, 2015), todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL), devem ser submetidos a exames de triagem diagnóstica, como hemograma, radiografia de ossos longos e punção líquórica, além de outros exames, quando houver indicação clínica. O tratamento de primeira escolha, tanto da sífilis adquirida como da congênita, é a penicilina (BRASIL, 2015), no entanto, constatou-se relatos frequentes nos prontuários de falta do medicamento nos hospitais investigados, resultando, assim, em tratamentos alternativos com utilização de outras drogas (25%), além de encaminhamentos para tratamento externo, em alguns casos.

Outro dado preocupante é que somente 40,7% dos casos de sífilis materna e 39,5% de sífilis congênita foram devidamente notificados, embora tal doença seja de notificação compulsória desde 2005 (BRASIL, 2015). Percebe-se, então, a necessidade de sensibilizar os profissionais em saúde sobre a relevância da comunicação destes dados epidemiológicos às autoridades sanitárias, possibilitando a adoção das medidas de controle pertinentes.

Conclusões e Considerações finais

Os resultados demonstram que as gestantes diagnosticadas com sífilis nos anos de 2014 e 2015, em Montes Claros, são, em sua maioria, mulheres jovens, solteiras e com boa escolaridade. Apesar da adequada adesão ao pré-natal, com realização de mais de seis consultas pela maioria delas, falhas foram evidenciadas na assistência, tanto no diagnóstico quanto no tratamento, o que pode ter contribuído para desfechos desfavoráveis, como mortalidade perinatal e neurosífilis. Observou-se também manejo inadequado dos recém-nascidos, em alguns casos, assim como a falta da penicilina, o que levou a prescrição de tratamentos com drogas alternativas, nem sempre eficientes. A falta da notificação pelos profissionais de saúde foi outra falha identificada, que pode levar a distorções no planejamento das ações de saúde por parte dos órgãos gestores.

É importante enfatizar que os casos de sífilis em filhos de mulheres que receberam assistência pré-natal refletem e colocam em questão a qualidade da assistência recebida, pois, demonstram que as oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento não estão sendo aproveitadas de forma satisfatória.

Mostra-se que a inobservância das rotinas corretas de diagnóstico e tratamento para sífilis na gravidez tem sido um obstáculo para a redução de suas taxas de transmissão vertical, resultando em elevada taxa de morbidade e mortalidade das crianças infectadas. Evidencia-se, assim, a necessidade de planejamento adequado das ações de saúde a fim de garantir correta assistência às pacientes infectadas e prevenção da transmissão desta doença a sua prole. Além disso, revela-se imprescindível a dissecação do perfil epidemiológico que permeia o grupo em questão, que deve servir como



norte para o planejamento adequado das ações de saúde voltadas ao mesmo, e, além disso, orientar uma atuação consciente e sensível por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito à prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Sífilis na gravidez: trate com carinho. [Citado 2016 Ago 15] Disponível em URL: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf
- 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: MS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Transmissão vertical do hiv e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: MS; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – HIV/Aids. Brasília: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos Aids. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Brasília: MS.; v. 2, n. 1, p. 26-31, 2005.
- COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS-SP. Sífilis congênita e Sífilis na gestação. Informes técnicos institucionais. Serviço de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Rev Saúde Pública; v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.
- KONOPKA, C. K.; BECK, S. T.; WIGGERS, D.; DA SILVA, A. K.; DIEHL, F. P.; SANTOS, F. G. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet.; v. 32, n. 4, p. 184-90, 2010.
- LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; ARTICO, G. R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. FEMINA.; v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.
- ROMANELLI, R. M. C.; KAKEHASI, F. M.; TAVARES, M. C. T.; MELO, V. H.; GOULART L. H. F.; AGUIAR, R. A. L. P.; et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. Rev Bras Saude Mater Infant.; v. 6, n. 3, p. 329-334, 2006.
- SILVA, M.S.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Rev Esc Enferm USP.; v. 43, n. 2, p. 401-06, 2009.

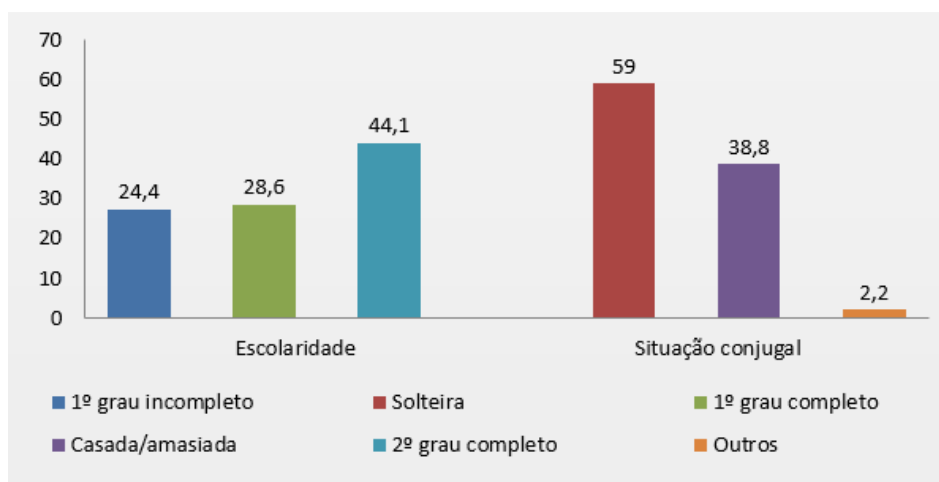


Figura 1. Gráfico evidenciando perfil de escolaridade e situação conjugal das gestantes estudadas.