

DEZ ANOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA¹

TEN YEARS OF CONGENITAL SYPHILIS IN REFERENCE MOTHERHOOD IN THE BRAZILIAN AMAZON¹

Marcia Maciel ROJAS², Rosa Maria DIAS³ e Eliete da Cunha ARAÚJO⁴

RESUMO

Objetivo: estudar em uma série histórica de 10 anos, os casos de sífilis congênita (SC) em maternidade pública de referência na Amazônia Brasileira. **Método:** estudo seccional, descritivo, realizado na maternidade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, por meio da análise de prontuários de mulheres cujos filhos tiveram o diagnóstico de sífilis ao nascimento, no período de 2004 a 2013. **RESULTADOS:** a frequência anual de óbitos de neonatos com diagnóstico de sífilis, nascidos no período, foi mais expressiva nos anos de 2006 (8,9%) e 2007 (10,8%) e a prevalência no período de 10 anos foi de 2,5% (19-754). Peso <2.500 gramas foi importante na evolução para óbito. Dos 10 bebês que tiveram peso de nascimento <1.500 gramas, 6 (60%) evoluíram para óbito. Observa-se que a mortalidade foi inversamente proporcional ao peso de nascimento. A frequência de SC em relação ao sexo foi semelhante, entretanto, é interessante observar que morreram duas vezes mais meninas (3,32%) do que meninos (1,66%). Apesar da maior frequência de mulheres procedentes do interior, o óbito por SC foi maior nos bebês de mães procedentes da capital. Considerando a existência de melhores condições de assistência à saúde na capital, seria plausível esperar um quantitativo menor de óbitos de neonatos de mulheres com essa procedência. **Conclusão:** maiores esforços e investimentos são necessários para o controle da SC.

DESCRITORES: sífilis, sífilis congênita, óbito.

INTRODUÇÃO

A SC é uma doença de transmissão vertical (TV) de relevância epidemiológica e permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil em países da América Latina^{1,2}; pode ser controlada com sucesso por meio da aplicabilidade das políticas de saúde na assistência direta junto à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), como por exemplo, testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo, disponíveis na assistência pré natal³.

Em mulheres não tratadas, a transmissão é de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença. A SC apresenta elevada mortalidade, podendo chegar a 40% dos conceptos infectados⁴.

Em 2012, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 5,8 por 1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de SC foi de 3,9 por 1.000 nascidos vivos⁴.

Conforme o protocolo para a prevenção da TV do Ministério da Saúde (MS), o VDRL deve ser realizado como rotina no primeiro trimestre da gestação,

¹ Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia do Pará- FSCMP

² Mestre em Medicina Tropical(UFPA), graduada em medicina pela UFPA, Profª Assistente UEPA.

³ Mestre em Doenças Tropicais (UFPA), graduada em nutrição pela UFPA, Profª Adjunta UFPA

⁴ Doutora em Medicina (Fiocruz/RJ), graduada em medicina pela UFPA, Profª Associada UFPA

preferencialmente na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre e no momento do parto⁵.

No Brasil, no ano de 2010, foram notificados 10.084 casos de sífilis em gestantes e destes 1.412 (14,0%) na região Norte⁶.

Os casos de SC em menores de um ano de idade no Pará, no período de 2000 a 2009 foram 2.216 casos com uma taxa de detecção no período de 1,31/1.000 nascidos vivos em 2008⁷.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Pesquisa aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (CAAE20785413-63001.5248).

Tipo de estudo

Estudo seccional, descritivo, realizado na maternidade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, por meio da análise de prontuários de mulheres cujos filhos tiveram o diagnóstico de SC ao nascimento, no período de 2004 a 2013.

População de estudo

RN cujas mães deram a luz na maternidade do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, com o diagnóstico de sífilis, no período de 2004 a 2013.

Seleção da amostra e coleta de dados

Foram incluídos todos os neonatos com o diagnóstico de sífilis nascidos na Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2004 a 2013.

A coleta de dados foi efetuada através dos prontuários.

Análise dos dados

O *Software* SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), foi utilizado para a elaboração do banco de dados. O programa da Microsoft Excel versão 2010 foi utilizado no cálculo da prevalência, formação e formatação das tabelas e gráficos e *Word* 2010 para confecção de textos.

RESULTADOS

O ano de 2004 registrou o maior número de casos; entretanto, sem nenhum óbito (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência anual, de 2004 a 2013, de casos de SC e de número de óbitos, em maternidade de referência na Amazônia Brasileira. Belém/PA, 2015.

ANOS	CASOS (N=754)	%	ÓBITOS (n=19)	%
2004	112	14,9	0	0,00
2005	99	13,1	1	0,01
2006	45	6,0	4	08,9
2007	37	4,9	4	10,8
2008	80	10,6	3	3,75
2009	86	11,4	3	3,49
2010	81	10,7	2	2,47
2011	52	6,9	1	1,92
2012	99	13,1	0	0,00
2013	63	8,4	1	1,59

Fonte: protocolo de pesquisa

A prevalência de óbitos em neonatos com sífilis no período de 10 anos foi de 2,5% (19-754) (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de óbitos por SC, no período de 2004 a 2013, em maternidade de referência na Amazônia Brasileira. Belém/PA, 2015.

ESPECIFICAÇÃO	Nº	%
VIVOS	735	97,48
ÓBITOS	19	2,52
TOTAL	754	100

Fonte: protocolo de pesquisa

Baixo peso (<2.500g) foi observado em 29,3% dos bebês com sífilis (Tabela 3).

Tabela 3 - Peso de RN com sífilis, no período de 2004 a 2013, em maternidade de referência na Amazônia Brasileira. Belém/PA, 2015.

PESO	CASOS	%
<1.500 g	10	01,3
1.500-2.499 g	211	28,0
≥ 2.500 g	533	70,7
TOTAL	754	100

Fonte: protocolo de pesquisa

A mortalidade foi inversamente proporcional ao peso de nascimento (Tabela 4).

Tabela 4 - Peso de RN com sífilis, que evoluíram para óbito, no período de 2004 a 2013, em maternidade de referência na Amazônia Brasileira. Belém/PA, 2015.

PESO	CASOS	ÓBITOS	%
<1.500 g	10	06	60,0
1.500-2.499 g	211	06	2,8
≥ 2.500 g	533	07	1,3

Fonte: protocolo de pesquisa

A mortalidade foi duas vezes maior em bebês do gênero feminino (Tabela 5).

Tabela 5 - Óbitos de neonatos com sífilis, segundo o gênero, no período de 2004 a 2013, em maternidade de referência na Amazônia Brasileira. Belém/PA, 2015.

GÊNERO	CASOS N=754	%	ÓBITOS N=19	%
Masculino	362	48	06	1,66
Feminino	392	52	13	3,32

Fonte: protocolo de pesquisa

O percentual de óbitos foi maior em filhos de mulheres procedentes do interior (Tabela 6).

Tabela 6 - Óbitos de neonatos com sífilis, segundo a procedência, no período de 2004 a 2013, em maternidade de referência na Amazônia Brasileira. Belém/PA, 2015.

PROCEDÊNCIA	CASOS	ÓBITOS	%
Capital	284	10	3,52
Interior	470	09	1,91

Fonte: protocolo de pesquisa

DISCUSSÃO

Foram registrados 754 casos de SC no período; quantitativo inferior aos 2.930 casos observado por Costa *et al.* em estudo semelhante realizado no estado do Ceará⁸. A frequência anual de óbitos de neonatos com diagnóstico de sífilis foi mais expressiva nos anos de 2006 (8,9%) e 2007 (10,8%) (Tabela 1). A prevalência de óbitos no período do estudo (2,52%) foi menor que a observada em estudo realizado por Domingues *et al.* (2013) onde, de 16 casos de SC, três foram a óbito⁹. Baixo

peso foi observado em 29,3% dos bebês; percentual superior aos 20% observados em estudo realizado no Rio de Janeiro nos anos de 2007 a 2008⁹ e parece ter sido importante na evolução para óbito. Dos 10 bebês que tiveram peso de nascimento menor que 1.500 gramas, 60% evoluíram para óbito (Tabela 4). É provável que a prematuridade tenha contribuído expressivamente para este desfecho. A frequência de SC em relação ao sexo foi semelhante, entretanto, é interessante observar que morreram duas vezes mais, meninas (3,32%), do que meninos (1,66%) (Tabela 5). Apesar da maior frequência de mães procedentes do interior, o óbito de bebês com SC foi maior em neonatos de mães procedentes da capital (Tabela 6). Considerando a existência de melhores condições de assistência à saúde na capital, seria plausível esperar um quantitativo menor de óbitos de neonatos de mulheres com essa procedência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O expressivo quantitativo de mulheres procedentes do interior justifica-se por ser a Santa Casa referência do estado para gravidez de risco e demonstra a carência de cuidados básicos de saúde no interior. A evolução para óbito em 2,5% dos casos não expressa a realidade, já que se desconhece a evolução dos bebês após a alta. A evolução para óbito não pode ser atribuída apenas à SC, já que a prematuridade, sabidamente, concorre para o desfecho desfavorável na evolução do quadro; o percentual de óbitos foi maior em neonatos do sexo feminino. Maiores esforços e investimentos são necessários para o controle da SC.

SUMMARY

TEN YEARS OF CONGENITAL SYPHILIS IN REFERENCE MOTHERHOOD IN THE BRAZILIAN AMAZON

Marcia Maciel ROJAS, Rosa Maria DIAS e Eliete da Cunha ARAÚJO

Objective: to study in a historical series of 10 years, cases of congenital syphilis (CS) in a public maternity reference in the Brazilian Amazon. **Method:** cross-sectional, descriptive study conducted at the maternity of the Holy House of Mercy of Para, through the analysis of medical records of women whose children were diagnosed with syphilis at birth, from 2004 to 2013. **Results:** the yearly number of deaths of newborns diagnosed with syphilis, born in the period, was more significant in 2006 (8.9%) and 2007 (10.8%) and the prevalence in the 10-year period was 2.5% (19-754). Weight <2,500 grams was important in the evolution to death. Of the 10 babies who had birth weight <1,500 g, 6 (60%) had died. It is observed that mortality was inversely related to birth weight. SC The frequency in relation to sex was similar, however, it is interesting that twice more girls had died (3.32%) than boys (1.66%). Despite the higher frequency of women from the countryside, death from SC was higher in babies of mothers from the Capital city. Considering the existence of better health service conditions in the capital, it is plausible to expect a smaller quantity of newborn deaths of women with this origin. **Conclusion:** increased efforts and investments are necessary for the control of SC

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Boletim Epidemiológico Aids-DST 2010; 7(1):45-47 (acessado 2012 jan 19). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2010>).
2. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de soluçionsencilla. *Rev PanamSalud Publica* 2004; 16(3):211-217.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis – manual de bolso*. Brasília: Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, MS; 2007.
4. MS, Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação, Brasília, DF, 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Operacional - Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis. *Programa Nacional de DST e AIDS*. Brasília: MS/SVS, 2007.
6. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano VIII-nº1-27ª-52ª- semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010; Ano VIII- nº1- 01ª- 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011 - Secretaria de Vigilância em Saúde -*Departamento de DST e Aids e Hepatites virais*. Brasília: MS/SVS, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov/>. Acessado em: 07/07/2012.
7. Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA). *Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Estado do Pará*. Out, 2009.
8. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno AKC. Sífilis Congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *RevEscEnferm USP*. 2013; 47(1):152-9.
9. 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.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eliete da Cunha Araújo
Rua João Balbi, 983, aptº 902, Nazaré
E-mail: elieteca@oi.com.br

Recebido em 05.02.2015 – Aprovado em 02.03.2015