

PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREVENTION OF CONGENITAL SYPHILIS IN A MUNICIPALITY OF THE STATE OF RIO GRANDE DO NORTE

PREVENCIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN UN MUNICIPIO DEL ESTADO DE RIO GRANDE DEL NORTE

ROSINEIDE SANTANA DE BRITO¹

ADRIANA KARLA DE OLIVEIRA FERREIRA²

O trabalho teve o objetivo de identificar as ações de prevenção da sífilis congênita no pré-natal do município de São Gonçalo do Amarante-RN. Os dados foram colhidos através de questionário junto aos médicos e enfermeiros que fazem o acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde da referida localidade. A amostra constou de 81% do total de profissionais que atuam nesse serviço. Concluímos que os entrevistados apresentam diferente conduta frente à gestante portadora de sífilis. Alguns adotam as medidas de prevenção da doença orientadas pelo Ministério da Saúde, outros não, o que contribui para a prevalência da sífilis congênita no município.

UNITERMOS: Sífilis congênita; Cuidado pré-natal; prevenção & controle.

The purpose of this exploratory descriptive study was to identify the preventive actions for congenital syphilis in prenatal services of the São Gonçalo do Amarante-RN municipality. Data were collected by means of questionnaires that doctors and nurses filled out at the health unit. The sample was comprised of 81% of the professionals that work in this area. It was concluded that the conduct of each professional is distinct. Some adhere to the prevention guidelines of the Healthy Ministry while others do not, therefore contributing to the prevalence of congenital syphilis in the municipality.

KEY WORDS: Syphilis, congenital; Prenatal care; prevention & control.

El objetivo del trabajo fué identificar las acciones de prevención de la sífilis congénita en el servicio del prenatal en el Municipio de São Gonçalo del Amarante-RN. Los datos fueron adquiridos por medio de un cuestionario aplicado a los médicos e enfermeros. La muestra fué compuesta de 81% del total de los profesionales que trabajan en este servicio. Los resultados muestra que los entrevistados presentan diferentes conductas frente a la portadora de la sífilis. Algunos adoptam las medidas de prevención orientadas por el Ministério de la Salud, pero otros no, lo que posibilita la prevalência de la sífilis congénita en el Municipio.

PALABRAS CLAVES: Sífilis congénita; atención prenatal; prevención & control.

¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFRN. Endereço: Rua Prof. Emídio Cardoso, 2961. BL- E- Apto. 101. Natal- RN. CEP: 59078-420. Fone: 84- 217-6617/2213432. E-mail- rosineide@ufrnet.br

² Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante e do Hospital Central Cel. Pedro Germano. Endereço: Rua dos Antúrios, 883 Mirassol. Natal-RN. CEP: 59078-180 . Fone: 84-231-6446/94180638

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar este tema, deve-se ao fato de que observamos no nosso cotidiano, como enfermeiras obstetras, que mesmo com a disponibilidade dos métodos de diagnósticos e a eficácia garantida pelos medicamentos, ainda hoje, a sífilis se faz presente em nossa realidade de forma assustadora, dadas as repercussões na saúde do indivíduo e principalmente, quando se refere à transmissão ao feto. Além disso, presenciamos vários casos de sífilis congênita, em um hospital pediátrico de Natal, oriundos do município de São Gonçalo do Amarante-RN, o que nos leva a questionar os cuidados dispensados à mulher durante a gestação naquela localidade.

Conforme o Ministério da Saúde, a incidência da sífilis congênita se apresenta como um dos três indicadores da má qualidade do atendimento pré-natal, visto que, é uma doença totalmente evitável, cuja prevenção depende do diagnóstico e tratamento durante a gestação (BRASIL, 2000a).

Desta forma, reconhecendo a necessidade de uma maior reflexão sobre este assunto, nos propomos a investigar as ações de prevenção da sífilis congênita desenvolvidas pelos profissionais que fazem o pré-natal nas unidades de saúde daquele município. Diante disso, o estudo teve o objetivo de identificar as ações de prevenção da sífilis congênita nos serviços de pré-natal de São Gonçalo do Amarante, com vistas a adquirir subsídios que fundamentem as discussões entre os profissionais, que ali atuam, sobre a sua prática preventiva em relação à patologia, e, conseqüentemente, contribuir para a sua diminuição na gravidez.

Segundo o Ministério da Saúde, a sífilis é uma doença infecto-contagiosa, sistêmica, de evolução crônica com manifestações cutâneas temporárias provocadas por uma espiroqueta (*treponema pallidum*), sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. Suas principais formas de transmissão são sexual e transplacentária, mas também pode ocorrer através de transfusão sanguínea e mais raramente por inoculação acidental (BRASIL, 1998a).

Na gravidez, a sífilis acomete o feto e esse acometimento está intimamente ligado ao estado da doença na mãe. Quanto mais recente a infecção materna, maior o número de treponemas na corrente sanguínea e portanto, mais se-

vero será o comprometimento para o concepto (BRASIL, 1998b). Segundo Neme (1994), a transmissão vertical durante a gravidez se faz aproximadamente em 100% dos casos não tratados nas fases primárias e secundárias da doença, ocasionando parto prematuro ou morte perinatal em praticamente metade dessas gestações.

O *treponema pallidum*, pode cruzar a barreira placentária antes do 4º mês de gravidez, e a "terapêutica instituída até a 20ª semana de gestação previne, provavelmente, as seqüelas tardias da lues congênita" (REZENDE; MONTENEGRO, 2001, p. 418). Para esses autores, quando o feto sobrevive a uma situação de sífilis materna, freqüentemente apresenta sinais clínicos como, anemia intensa, icterícia, hemorragias, lesões cutâneo-mucosas, ósseas, lesões no aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, paralisia dos membros e geralmente é recém-nascido de baixo peso

Embora a ação do *treponema pallidum*, em qualquer órgão possa ser grande, o envolvimento placentário segundo Monif (1992), possui um efeito bem maior, ocasionando morbidade e mortalidade perinatais, que podem ser minimizadas dependendo da qualidade dos cuidados dispensados à mulher e ao seu parceiro durante a gestação.

Sobre este aspecto, o Ministério da Saúde, enfatiza que a atenção à gestante inclui a prevenção de doenças, a promoção de saúde e o tratamento das intercorrências que surgem durante o ciclo gravídico e puerperal (BRASIL, 2000c). Assim sendo, é de fundamental importância o papel da equipe profissional que realiza o acompanhamento pré-natal. Em geral, a consulta envolve procedimentos simples, mas promove segurança e tranquilidade à mulher e sua família durante a gravidez se observados todos os princípios de uma assistência humanizada.

Reconhecendo a importância de uma vigilância eficaz para o controle, diagnóstico e tratamento da sífilis, foi adicionado ao pré-natal, a obrigatoriedade da realização do exame VDRL, com intuito de rastrear o *treponema* e, por conseguinte, tratar os casos identificados e prevenir o surgimento da sífilis congênita. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde preconiza a realização de pelo menos, dois exames VDRL durante a gravidez, um na primeira consulta e outro no terceiro trimestre gestacional. Também deve ser realizado no momento da internação para o parto ou aborto (BRASIL,

1998a). De acordo com esse órgão governamental, a sífilis congênita é um parâmetro de qualidade de assistência à saúde materno-fetal, pela facilidade do diagnóstico e manejo clínico-terapêutico. O bloqueio da cadeia de transmissão da sífilis, requer rastreamento no pré-natal, tratamento correto da gestante e do seu parceiro. Além disso, devem ser orientados para a adoção de medidas preventivas contra as DST (BRASIL, 2000b).

A sífilis congênita faz parte do grupo de doenças de notificação compulsória do país e as principais fontes de informação são as maternidades, os hospitais de pediatria e as casas de parto. Os registros devem ser encaminhados ao sistema de notificação de agravos-SINAN. Os serviços devem ainda proceder a investigação epidemiológica, dada a possibilidade de identificar os fatores determinantes da ocorrência dos casos, para subsidiar as ações de bloqueio e a transmissão da doença (BRASIL, 1998a). Enquanto isso, a sífilis adquirida deve ser notificada de acordo com as normas estaduais e/ou municipais.

Sob o ponto de vista da prevenção, a medida mais eficaz de controle da sífilis congênita se baseia num acompanhamento pré-natal de qualidade, que através da identificação da gestante infectada institui-se o tratamento correto dela e seu parceiro. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c, p. 13), "a avaliação permanente da assistência pré-natal entre outros, deve utilizar como indicador a porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados". Assim sendo, observa-se que os laboratórios também constituem importantes fontes de informação para o rastreamento dos casos de sífilis. Dentro dessa abordagem, Vaughan e Morrow (1997, p. 16), conceituam indicador, "como medida usada para ajudar a descrever uma situação existente e para avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo". Desta forma, enfatiza-se a necessidade de utilizar como indicadores para a prevenção da sífilis congênita a quantidade de exames de VDRL realizados, sua positividade e a estimativa de realização.

Portanto, a melhor medida de controle da sífilis congênita consiste em conceder a toda gestante um pré-natal adequado e de qualidade. A sífilis congênita é uma das enfermidades mais facilmente preveníveis, bastando que a infecção na gestante seja detectada e tratada juntamente com o seu parceiro (BRASIL, 1998a).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A investigação se insere na Base 2 de pesquisa – Enfermagem nos Serviços de Saúde do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e versa sobre as ações de prevenção da sífilis congênita em um município do Rio Grande do Norte.

É um estudo descritivo em uma abordagem quantitativa, realizado no ano de 2002, nas Unidades Básicas de Saúde que têm acompanhamento pré-natal. Essas unidades estão localizadas no interior do estado Rio Grande do Norte, no município de São Gonçalo do Amarante. Dentre elas, três possuem o Programa de Saúde da Família (PSF).

A população foi composta por profissionais que atuam no pré-natal de todas (10) as unidades de saúde. A amostra foi representada por 8 (47%) médicos e 9 (53%) enfermeiras, ou seja, 17 (81%) pessoas envolvidas na assistência à gestante.

Os dados foram colhidos por meio de questionário, auto-aplicado, constituído de questões abertas e fechadas, que nos possibilitaram caracterizar a amostra e alcançar o objetivo proposto no estudo. Antecedendo o preenchimento do documento, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e explicações, aos participantes, sobre os objetivos e finalidade do estudo, bem como a garantia do anonimato e o sigilo de suas respostas unicamente para a pesquisa em apreço, conforme o preconizado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997). Após a leitura do instrumento e assinatura do termo de consentimento esclarecido e informado, procedemos com a coleta de dados. Essa etapa ocorreu durante o expediente de trabalho dos profissionais nas unidades de saúde.

Os resultados foram analisados e discutidos com base nos conhecimentos sobre a sífilis na gestação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Constatamos que 14 (82%) respondentes possuem mais de cinco anos de formação profissional. Embora não tenha sido investigado o tempo de experiência em assistência pré-natal, mesmo assim, acreditamos que esses profissionais tenham alguma vivência no atendimento à gestante.

Ao indagarmos sobre tipo de treinamento a maioria da amostra (88%) respondeu afirmativamente.

Quanto ao tempo de atualização, 13 (76%) admitiram ter realizado treinamento recente (aproximadamente 1 a 2 meses) em assistência pré-natal. Com relação ao órgão que viabilizou esse processo, 14 (80%) afirmaram ter sido iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde.

Desta forma, compreendemos que o Estado tem dentro de suas metas atualizar os profissionais de saúde para o atendimento à população, e em especial à mulher no processo de gravidez, considerando que os cuidados dispensados à gestante, se de qualidade, constituem a base para o sucesso do parto e puerpério. Para isso, se faz necessário o diagnóstico de riscos gravídicos e na presença desses o encaminhamento da grávida para um atendimento de alta complexidade.

No que diz respeito aos resultados das questões acerca da prevenção da sífilis congênita no atendimento pré-natal, constatamos que 100% dos profissionais solicitam o exame VDRL, porém, quanto ao número houve variabilidade, 07 (41%) solicitam 02 durante todo o pré-natal; 04 (24%) apenas 01 e 03 (18%), 02 ou 03 VDRL. A justificativa dessa conduta pauta-se no fato da gestante apresentar ou não queixas clínicas.

Essa situação nos preocupa à medida que consideramos a gravidade da doença para o desenvolvimento da gestação, podendo causar aborto, partos prematuros, morte fetal ou mesmo recém nascidos acometidos pela sífilis de forma sintomática ou assintomática.

A sífilis congênita é responsável por 40% da taxa de mortalidade fetal e perinatal (BRASIL, 1998a), sem esquecermos que o sistema de notificação não consegue apontar com exatidão a magnitude de sua incidência devido à subnotificação.

Segundo o Ministério da Saúde, o VDRL deve ser realizado na primeira consulta e no início do terceiro trimestre de gravidez, mesmo que o resultado do primeiro exame, tenha sido negativo (BRASIL, 2000c).

A solicitação do VDRL na primeira consulta pré-natal, se destina a identificar o mais precoce possível caso de sífilis e assim, instituir a terapêutica específica, de modo a proteger o feto. No terceiro trimestre, a sorologia deve ser repetida em virtude da possibilidade, da gestante vir a contaminar-se após o teste inicial. Desta forma, justifica-se a testagem sorológica nessa fase da gravidez de modo a iniciar o tratamento antes do parto. Vale salientar, que havendo

dúvida no diagnóstico, deve-se iniciar o tratamento na tentativa de proteger o feto (NEME, 1994).

Sabemos que para se combater à sífilis congênita, é necessário realizar o teste sorológico em todas as gestantes e proceder com o tratamento das portadoras da patologia e de seus respectivos parceiros. Além disso, devemos prevenir a ocorrência de novos casos, através da implementação de um sistema de vigilância epidemiológica de alta sensibilidade e eficácia. Todavia, observamos que a prática de solicitação de dois VDRL nos serviços de atendimento pré-natal do município em estudo, não está sendo efetuada de acordo com o preconizado pelas instituições governamentais. As respostas emitidas nos evidenciam que 08 (47%) profissionais solicitam o exame no 1º e no 3º trimestre gestacional, obedecendo as recomendações do Ministério da Saúde e 03 (18%) nos três trimestres. Assim sendo, 11 (65%) participantes da amostra estudada adotam a prática de identificação da sífilis materna satisfatoriamente. Os demais, solicitam apenas no 1º trimestre 05 (30%) e no primeiro e segundo trimestre 01 (5%).

Enquanto isso, o risco de transmissão para o concepto varia de 70% a 100%, dependendo da fase de infecção e do trimestre da gestação. A realização do teste no início do 3º trimestre permite o tratamento materno até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado (BRASIL, 2000b).

Analisando as respostas que emitem a conduta do profissional médico frente à gestante portadora de sífilis, observamos que 03 (37,5%) tratam o casal, 02 (25%) solicitam o VDRL do parceiro e iniciam o tratamento da gestante. As demais respostas apresentaram percentuais semelhantes (12,5%) e dizem respeito ao tratamento apenas da gestante, acompanhamento laboratorial, notificação e orientação.

Das 09 (nove) enfermeiras entrevistadas, 03 (34%) adotam a conduta de encaminharem a mulher ao médico frente a um VDRL positivo. Porém, não ficou claro se essas respondentes além de encaminhar a gestante para tratamento, realizam orientações e acompanhamento da mulher e seu companheiro. Dessas profissionais, 02 (22%) solicitam a presença do parceiro à unidade de saúde para fazer parte do processo que envolve o tratamento do casal. Esse percentual nos leva a afirmar que um pequeno número de enfermeiras que atuam nas unidades de saúde de São

Gonçalo de Amarante, reconhece a importância da colaboração e participação do companheiro para o êxito do tratamento da sífilis na gravidez.

Reportando-nos às respostas dos médicos sobre o valor dos títulos ideais do VDRL para o início da terapêutica contra sífilis, constatamos que 03 (37,5%) começam o tratamento a partir de qualquer valor da titulação do VDRL, o mesmo percentual relata iniciar a partir de 1:16. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica, títulos a partir de 1:2 já devem ser considerados para o diagnóstico. Nesse caso, o acompanhamento sorológico mensal se faz necessário para confirmar infecção recente, sífilis tratada ou cicatriz sorológica (BRASIL, 1998a).

Sobre o período gestacional ideal para início da terapêutica contra sífilis, de acordo com Rezende e Montenegro (2001), deve ser instituído o mais rápido possível, tão logo seja diagnosticada a sífilis na gestante. No estudo, identificamos que 06 (75%) médicos instituem o tratamento independente do período gravídico, 01 (12,5%) inicia no 2º trimestre de gravidez e outros (12,5%) acreditam que a medicação indicada é prejudicial para o feto e não tratam a mãe, aguardam o puerpério.

O fato de um pequeno percentual de entrevistados deixar para tratar a gestante com sífilis após o parto, apesar de ser pouco expressivo, é preocupante diante das repercussões da doença sobre o conceito e da frequência com que a patologia ocorre entre as gestantes.

Segundo Ziegel e Cranley (1985), a droga de escolha para o tratamento da sífilis é a penicilina, usada em todos os estágios da doença e também em gestantes, uma vez que não causa danos ao feto. Promove tratamento seguro e eficaz, eliminando rapidamente o agente causador da doença.

Os dados relativos ao esquema terapêutico, demonstram que 04 (50%) profissionais médicos usam a Penicilina G benzatina 2.400.000 UI de 7/7 dias em 03 etapas. Essa conduta vai ao encontro do esquema adotado por Rezende e Montenegro (2001), em casos de sífilis tardia ou quando é desconhecida a fase de infecção. No entanto, o estudo evidenciou que não é uniforme a posição dos demais médicos no que diz respeito a dose e intervalo. Este fato pode promover sensibilização da bactéria ao antibiótico, uma vez que deixa de ser utilizado na dosagem e intervalos corretos. Desse modo, permite que a infecção materna ultrapasse

se a barreira placentária e acometa o feto, podendo repercutir em sua viabilidade. Portanto, metade da amostra estudada demonstrou não conhecer o esquema correto para o tratamento da sífilis na gestação.

Vale salientar que não cumprir os requisitos básicos de controle pré-natal, pode acarretar infrações éticas aos artigos do Código de Ética Médica, referentes ao capítulo V que tratam da obrigatoriedade da utilização dos meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente. Da mesma forma, não esclarecer o paciente sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, exceto quando a comunicação possa provocar-lhe algum dano, também se caracteriza como desobediência aos aspectos éticos de medicina (CREMESP, 2003).

Analisando as respostas das enfermeiras constatamos que embora elas estejam envolvidas no acompanhamento à gestante, e sendo um das responsáveis pela prevenção da sífilis congênita, a maioria desconhece o tratamento da patologia. Essa situação nos permite conceber que mesmo sendo a prescrição medicamentosa de responsabilidade médica, entendemos que o enfermeiro como profissional que participa de um programa de atenção pré-natal deve conhecer o plano terapêutico adotado para sífilis no período gravídico.

Diante dos casos de sífilis na gestação 11 (65%) respondentes fazem notificação da doença. Os demais não adotam essa prática, logo, contribuem para o anonimato dos números reais de casos de sífilis materna.

A subnotificação da doença é alta e os números de incidência não representam a magnitude de sua abrangência na população do município estudado. Sabemos que o pré-natalista é um dos profissionais envolvidos nas ações de vigilância epidemiológica dos agravos, logo, é responsável pelo serviço de notificação e investigação das doenças.

Nesse linha de abordagem, Schramm e Szwarcwald (2000) lembram que, ao visualizarmos as taxas de mortalidade neonatal no norte e nordeste, precisamos considerar o número de partos domiciliares que, subestimado, interfere no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Conforme recomendações governamentais, a notificação de todos os casos de sífilis materna pelo sistema de notificação de agravos-SINAN deve ser efetuada (BRASIL, 1998a).

CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido no município de São Gonçalo do Amarante-RN, sobre as ações de prevenção da sífilis congênita no pré-natal nos leva a concluir que os profissionais que fazem o pré-natal nas unidades de saúde daquela localidade, embora afirmem desenvolver ações de prevenção da sífilis congênita, essas ações, na sua totalidade, não estão de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Aprendemos que as enfermeiras e os médicos que atuam nas unidades de saúde do município de São Gonçalo do Amarante-RN, necessitam de aperfeiçoamento acerca da sífilis na gravidez e conseqüentemente, da prática preventiva da forma congênita, de modo a contribuir para erradicação dessa patologia naquela comunidade.

Este estudo nos leva a inferir que profissionais de saúde omitem cuidados pré-natais, pondo a gestante e seu conceito sob o risco de serem acometidos por danos que repercutirão ao longo de suas vidas.

Com vistas a oferecer à mulher no processo da reprodução uma atenção de qualidade, os órgãos governamentais têm desenvolvido cursos para aperfeiçoar médicos e enfermeiros trabalhadores dessa área. No entanto, acreditamos que a atualização por si só, não garante a eficiência de um pré-natal. É preciso que haja estratégias de supervisão no sentido de verificar a prática daqueles que atuam junto à mulher no período gravídico, já que alguns apresentam atitudes adversas às suas responsabilidades profissionais que podem repercutir, de forma negativa, sobre a mulher e sua família no processo da reprodução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.
- _____. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998a.
- _____. **Informe técnico sobre sífilis e sífilis congênita**. Brasília, 1998b.
- _____. **Urgências e emergências maternas: Guia para diagnóstico e conduta nas situações de risco de morte materna**. Brasília, 2000a.
- _____. **Manual técnico de gestação de alto risco**. 3. ed. Brasília, 2000b.
- _____. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, 2000c.
- CREMESP. **Ética no exercício da tocoginecologia**. Disponível em: <<http://www.bioética.arquivos/read-body.php>>. Acesso em: 24 set. 2003.
- MONIF, G. R. G. **Manual de doenças infecciosas e ginecologia e obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1994.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- SCHRAMM, J. M. A.; SZWARCOWALD, C. L. Diferenciais nas taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 1031-1040, out./dez. 2000.
- VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. M. **Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 1985.

RECEBIDO EM: 25/08/2003

APROVADO EM: 19/11/2003