

INFECÇÃO CONGÊNITA EM PACIENTES MATRICULADOS EM PROGRAMA DE REFERÊNCIA MATERNO INFANTIL¹

CONGENITAL INFECTION IN PATIENTS ENROLLED IN MOTHER CHILD REFERENCE PROGRAM

Danilo Alves Ponzi PEREIRA², Bernardo Porto MAIA², Igor Isamu Couceiro SETO²
e Clea Nazaré Carneiro BICHARA³

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos de risco com infecção congênita atendidos na Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente/URE-MIA, em Belém/PA. **Método:** estudo retrospectivo no qual foram analisados os prontuários de todos os pacientes matriculados no Programa de RN de Risco da URE-MIA com diagnóstico de infecção congênita, entre 2008 e 2013, a partir de protocolo elaborado pelos pesquisadores, totalizando casuística de 186 (cento e oitenta e seis) indivíduos. **Resultados:** Observou-se a sífilis congênita como infecção mais frequente, totalizando 147 casos, dentre os 186 pacientes; seguida por toxoplasmose e citomegalovirose, respectivamente. A maioria (66,6%) das mães realizou pré-natal completo, sugerindo baixa qualidade do serviço ofertado às gestantes, principalmente no que diz respeito à triagem das infecções congênicas. **Conclusão:** Constatou-se que o alarmante recrudescimento da sífilis congênita na população estudada, bem como as demais infecções que figuraram nesta pesquisa, podem ser relacionadas a um pré-natal ineficiente, suscitando, portanto, maior investimento e olhar crítico dos agentes de saúde para a necessidade de um sistema pré-natal efetivo na prevenção de doenças passíveis de tratamento, durante a gestação.

DESCRITORES: sífilis congênita; toxoplasmose congênita; perfil epidemiológico.

INTRODUÇÃO

Entende-se por infecção congênita aquela adquirida pelo feto, no período intra-útero. A transmissão se dá mais comumente por via hematogênica transplacentária, após a mãe ser infectada, ou, mais raramente, por via ascendente, diretamente através do colo do útero, durante a gestação. Faz-se necessário diferenciar, portanto, estas das infecções contraídas pelo conceito periparto ou até três semanas pós-natais, sendo elas denominadas infecções perinatais. Em ambos os casos, a mãe é a principal fonte de contaminação para a criança. Além de apresentarem agentes etiológicos em comum, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus linfotrópico de células T humano (HTLV-

1), citomegalovírus (CMV), dentre outros, e poderem resultar igualmente em doença sistêmica aguda, infecção persistente com sequelas tardias, doença autolimitada sem dano evidenciável ou ainda casos assintomáticos; a compreensão destas entidades como fenômenos distintos favorece a organização de medidas preventivas eficazes.¹

A maioria das infecções congênicas é assintomática, tanto para a mãe quanto para o feto. No entanto, quando a transmissão vertical resulta em doença, pode gerar consequências devastadoras para a saúde e o desenvolvimento da criança. Não se deve, portanto, tomar infecção por sinonímia de doença neonatal. Porém, uma vez sintomáticos, os recém-natos costumam apresentar quadro clínico semelhante, mesmo mediante

¹ Trabalho realizado na Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente URE-MIA. Belém, Pará, Brasil

² Graduandos em Medicina da Universidade do Estado do Pará- UEPA. Belém, Pará, Brasil.

³ Médica Professora adjunta da Universidade do Estado do Pará- UEPA e da Universidade Federal do Pará- UFPA

agentes etiológicos distintos. Desta forma, criou-se a Síndrome “TORCH”, acrônimo referente ao grupo de infecções congênicas similares clinicamente, causadas por *Toxoplasma gondii*, *Rubeolla vírus*, *Citomegalovirus* e *Herpes simplex vírus*.¹

Asífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de se tratar de doença totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado adequadamente. Dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção através da transmissão vertical, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna. Quanto aos desfechos, o aborto espontâneo, o feto natimorto ou a morte perinatal estão presentes em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas.²

A sífilis congênita (SC) constitui um tradicional evento-sentinela para monitoramento da Atenção Primária em Saúde (APS) por se tratar de uma doença de fácil prevenção, cuja ocorrência sugere falhas no funcionamento da rede de atenção básica e/ou da sua integração com o sistema de saúde.³

A toxoplasmose, transmitida pelo *Toxoplasma gondii*, é uma das infecções parasitárias mais comuns em humanos, sendo amplamente distribuída em todo o mundo. Cerca de 40% das gestantes com toxoplasmose aguda transmitirão o *Toxoplasma* ao feto. O risco de ocorrência de infecção congênita aumenta significativamente conforme a idade gestacional em que a mulher é infectada, sendo estimado em 17% quando a infecção aguda ocorre no primeiro trimestre, 25% no segundo e 65% no terceiro trimestre. De maneira inversa, a doença é mais grave quando o feto é infectado no primeiro trimestre de gestação, e geralmente leve ou assintomática no feto infectado durante o terceiro trimestre.⁴

A toxoplasmose pode passar despercebida no momento do nascimento, porém poderá se manifestar meses ou até anos depois. Nesses casos, as manifestações mais frequentes são coriorretinite e alterações neurológicas. Nos casos mais graves de infecção congênita, o recém-nascido pode apresentar modificação do volume craniano, calcificações intracerebrais e/ou convulsões. No soro do recém-nascido, a presença de títulos elevados de anticorpos IgG, que aumentam ou permanecem positivos em período de até 18 meses, é indicativo de toxoplasmose congênita, já que os que decrescem e tendem a se tornar negativos representam os anticorpos maternos de transferência passiva.⁵

O citomegalovírus (CMV) humano é um beta-

herpes vírus, isolado pela primeira vez em 1957.¹ Assim como outros vírus pertencentes à família *herpesviridae*, o CMV compartilha propriedades de latência e reativação. Trata-se de infecção cosmopolita, podendo ser transmitido através do contato interpessoal próximo com fluidos corporais infectados, geralmente saliva, como também sangue, urina ou secreções genitais.⁶

É o CMV a causa mais comum de infecção congênita viral, ocorrendo em, aproximadamente, 1% de todos os recém-nascidos. Tais taxas são mais elevadas nos Estados Unidos e mais baixas na Europa, onde se situam entre 0,3 e 0,6% dos recém-nascidos. De suma importância salientar que se espera maior acometimento de fetos por CMV congênito que por qualquer outra desordem teratogênica, como, por exemplo síndrome de Down, síndrome fetal alcoólica e espinha bífida.⁶

Apesar do diagnóstico precoce e tratamento para estas e outras doenças relacionadas com infecções congênicas terem sido recomendadas para toda a população, há ainda baixa cobertura de tais serviços. Dificuldade nos serviços de saúde em assistir, aconselhar e realizar diagnóstico laboratorial das infecções com potencial de transmissão vertical reflete um panorama preocupante como causa de óbito fetal e prematuridade. A cobertura insuficiente do pré-natal, principalmente em populações mais suscetíveis a infecções, e a qualidade duvidosa dessa assistência, mesmo quando ofertada, resultam na precariedade dos índices de saúde, em várias regiões do Brasil.⁷

Neste contexto, julgou-se importante observar a situação das infecções congênicas, em Belém do Pará. O perfil epidemiológico destes pacientes é de grande importância e de grande valia para a direção da Unidade de Referência, para a comunidade científica e médica local, como forma de orientar estratégias de prevenção e diagnóstico precoce para a realidade local. Por isso o trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos recém-nascidos de risco com infecção congênita matriculados no Programa de Risco de Risco da URE-MIA, identificar os principais agravos infecciosos e agentes etiológicos mais incidentes na população local e descrever as condições da assistência pré-natal prestada às mães de recém-nascidos portadores de infecções congênicas.

MÉTODO

O estudo foi realizado em Belém, capital do Estado do Pará, e caracteriza-se como retrospectivo e transversal. Foram utilizados os dados de pacientes cadastrados no Programa de Recém-nascidos de Risco da Unidade de Referência Materno-Infantil e Adolescente

(URE-MIA), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. Sendo estes dados coletados segundo protocolo criado pelos pesquisadores para este estudo.

Foram inclusos neste estudo todos os pacientes cadastrados como recém-nascidos de risco, com diagnóstico de infecção congênita, de qualquer sexo ou raça e que tiveram seu registro na Unidade de Referência Materno-Infantil e Adolescente (URE-MIA) no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. Vale ressaltar que a referida instituição apresenta pacientes com mais de 30 dias de vida matriculados no Programa de Recém-Nascidos de Risco. Portanto, foi utilizado como limite de idade dois anos de vida incompletos para inclusão dos indivíduos pesquisados, neste estudo.

Foram excluídos prontuários de pacientes com dois anos completos ou mais de vida, que apresentarem registro na URE anterior a janeiro de 2008 ou posterior a dezembro de 2013, prontuários inclusos no Programa de RN de Risco por infecções perinatais ou outras causas que não infecções congênitas, bem como prontuários mal escritos, incompletos ou simplesmente não apresentando as informações requeridas pelo protocolo da pesquisa. Os RN de mães soropositivas para o vírus HIV figuram em um projeto específico para esta infecção, sendo, portanto, também excluídos deste estudo, uma vez que

não se teve acesso a estes prontuários.

Em seguida, os dados foram armazenados em planilhas eletrônicas, utilizando o software Excel 2007. Foi utilizado o software BioEstat 5.3 para realizar a análise estatística. Foram aplicados os testes qui-quadrado, ANOVA, contingência em C e correlação linear de Pearson para comparar os dados. Adotou-se $p < 0.05$ para rejeitar a hipótese de nulidade.

Todos os pacientes foram pesquisados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Rs. CNS 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação pelo orientador do trabalho, pela Coordenação da Unidade de Referência (URE-MIA), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e autorizado pela Universidade do Estado do Pará. Foi apresentado à Coordenação da URE-MIA o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE aos pacientes envolvidos na pesquisa que desejarem acesso a essa para que estes tenham esclarecidas as intenções deste trabalho, bem como a destinação dos dados através dele obtidos.

RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com infecção congênita, inscritos no Programa de RN de Risco da URE-MIA, no período de 2008 a 2013, de acordo com o diagnóstico, em Belém-PA

Doença	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Citomegalovirus	3	2	2	2	3	1	13
Hepatite B	0	1	0	0	0	1	2
Hepatite C	0	0	1	0	1	0	2
HHV 6	0	0	0	0	2	0	2
HTLV	0	0	0	0	0	2	2
Rubéola	1	1	0	0	0	0	2
Sífilis	19	13	33	20	23	39	147
Toxoplasmose	5	4	4	6	6	6	31
Total	28	21	40	28	35	49	201*

*O total de 201 diagnósticos engloba os casos de co-infecções $p=0,38$ (contingência em C) – comparação entre os anos $p < 0,0001$ (qui-quadrado) – Sífilis x demais doenças $p < 0,0001$ (qui-quadrado) – Toxoplasmose x demais doenças
Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Tabela 2 – Incidência de Sífilis, CMV e Toxoplasmose dentre os pacientes com infecção congênita, inscritos no Programa de RN de Risco da URE-MIA, por ano, no período de 2008 a 2013, em Belém-PA

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Citomegalovirus	3	10,71	2	10,00	2	5,00	2	7,14	3	8,57	1	2,04
Sífilis	19	67,86	13	65,00	33	82,50	20	71,43	23	65,71	39	79,59

Toxoplasmose	5	17,86	4	20,00	4	10,00	6	21,43	6	17,14	6	12,24
Outros	1	3,57	2	10,00	1	2,50	0	0,00	3	8,57	3	6,12
Total	28	100,00	20	100,00	40	100,00	28	100,00	35	100,00	49	100,00

Análise da progressão: (correlação linear de Pearson)

CMV – $r(\text{pearson}) = 0,12$ $p=0,80$

Sífilis – $r(\text{pearson}) = 0,82$ $p=0,04$

Toxoplasmose – $r(\text{pearson}) = 0,86$ $p=0,02$

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Tabela 3 – Idade das mães dos pacientes com infecção congênita, inscritos no Programa de RN de Risco da URE-MIA, no período de 2008 a 2013, em Belém-PA.

Idade (Anos)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
≤15	0	1	2	0	0	2	5
16-20	8	5	9	13	9	15	59
21-25	8	7	14	8	12	16	65
26-30	9	5	13	6	9	12	54
Total	25	18	38	27	30	45	183*

* Três mulheres não apresentavam informação sobre a idade

$p=0,86$ (Contingência em C)

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Tabela 4 – Relação entre a idade materna e o diagnóstico dos pacientes com infecção congênita, inscritos no Programa de RN de Risco da URE-MIA, no período de 2008 a 2013, em Belém-PA.

Idade (Anos)	≤15	16-20	21-25	26-30	Total
Citomegalovirus	0	3	6	4	13
Hepatite B	0	2	0	0	2
Hepatite C	0	0	0	2	2
HHV 6	0	0	2	0	2
HTLV	0	0	1	1	2
Rubéola	0	0	1	1	2
Sífilis	2	59	53	42	156
Toxoplasmose	1	11	8	10	30
Total	3	75	71	60	209

$p=0,64$ (contingência em C)

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Tabela 5 – Avaliação do pré-natal das mães dos pacientes com infecção congênita, inscritos no Programa de RN de Risco da URE-MIA, no período de 2008 a 2013, em Belém-PA, quanto ao número de consultas realizadas.

	Pré-natal	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Realizou	6 ou mais consultas	17	12	26	19	20	30	124
	< 6 consultas	2	2	6	2	5	5	22
	Total	19	14	32	21	25	35	146
Não realizou	Total	6	4	6	3	5	8	32
Total geral		25	18	38	24	30	43	178*

* Oito mulheres não apresentavam informação sobre o pré-natal

$p=0,97$ (contingência em C)

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

Tabela 6 – Relação entre o pré-natal e o diagnóstico dos pacientes com infecção congênita, inscritos no Programa de RN de Risco da URE-MIA, no período de 2008 a 2013, em Belém-PA.

Pré-natal	Completo	Incompleto	Não realizou	Total
Citomegalovirus	10	1	2	13
Hepatite B	1	0	1	2
Hepatite C	1	0	1	2
HHV 6	1	1	0	2
HTLV	2	0	0	2

Rubéola	2	0	0	2
Sífilis	89	20	32	141
Toxoplasmose	29	1	1	31
Total	135	23	37	195

p=0,16 (contingencia em C) – Geral

p=0,02 (contingencia em C) – CMV x Toxoplasmose x Sífilis

Fonte: Protocolo de Pesquisa.

DISCUSSÃO

As infecções congênitas dependem de vários fatores interligados, como a saúde materna, características microbiológicas e patogênicas intrínsecas a cada agente etiológico, a integridade placentária e a idade gestacional no momento da aquisição da infecção materna. Além do caráter biológico, depende ainda de um cenário socioeconômico, político e cultural favoráveis à prevenção de doenças que, em países desenvolvidos – por mais abrangente que seja o termo – garantem a quase extinção de doenças infecto-parasitárias como *causa mortis*, sendo estas passíveis de prevenção.¹

A tabela 1 apresenta a distribuição dos pacientes inclusos nesta pesquisa de acordo com o diagnóstico das respectivas infecções congênitas. Há discrepante predomínio de casos de SC, no período estudado, em relação às demais doenças, totalizando um total de 147 dos 186 constituintes da casuística. Imediatamente após encontram-se, respectivamente, toxoplasmose e CMV congênitas. O aumento do número de casos de infecções congênitas, ao longo dos anos, traz à tona o binômio “baixa qualidade do pré-natal versus maior oportunidade diagnóstica”, na busca de uma resposta para a exorbitante e ascendente detecção de casos novos, principalmente de SC.

Diferente do ocorrido para sífilis, toxoplasmose e CMV congênitas, a tabela 1 demonstra baixo número total de casos de rubéola congênita, além de revelar queda progressiva, ao longo dos anos, no diagnóstico. No caso desta doença, atribui-se a baixa incidência ao impacto vacinal, iniciado em 1990, no Chile.⁸ No Brasil, a vacinação contra rubéola foi implementada gradativamente entre os Estados, de 1992 a 2000. O esquema atual inclui uma dose da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) aos 12 meses de idade e uma dose da tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) aos 15 meses de idade, contemplando a segunda dose contra o vírus da rubéola, neste segundo momento.⁹

A sífilis persiste como um grave problema de saúde, no Brasil. Mesmo após o advento de tratamento exitoso com a penicilina e métodos diagnósticos que permitem detecção precoce da infecção, ainda se trata de uma doença em ascensão.⁷ Seu recrudescimento deve-se a uma multiplicidade de fatores, tais quais: relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades

políticas e agentes de saúde; início precoce da vida sexual e promiscuidade; aumento do número de mães solteiras e adolescentes; automedicação; negligência da população a respeito da importância e impacto da doença; uso de drogas; ineficiência do pré-natal e, mais recentemente, a epidemia do HIV.¹⁰

Dentre os 186 indivíduos pesquisados no presente estudo, 147 correspondiam à SC, tendo esta incidência que oscilou entre 38,24, no ano de 2009, a 154,15, em 2013, de acordo com a tabela 2. Estes dados corroboram com estudo realizado no Rio de Janeiro por Domingues et al (2013)⁷, que revelou incidência de 6/1.000 nascidos vivos, seis vezes superior à meta preconizada no Projeto de Eliminação da SC, que admite como alvo no máximo 1 caso da doença a cada 1.000 nascidos vivos. Soeiro et al (2014)¹¹ publicou trabalho apontando incidência de 2,1 casos de SC, entre 2007 e 2009, no Estado do Amazonas.

Costa et al(2013)², em estudo que atestou aumento progressivo da incidência de SC no Ceará, discute a possibilidade do aumento da notificação de casos dever-se a avanços na vigilância epidemiológica de municípios e Estados, favorecendo maior oportunidade diagnóstica. No entanto, em se tratando da forma congênita da doença, o diagnóstico fala a favor de uma atenção primária deficiente, pois traduz a falha na assistência pré-natal em diagnosticar a sífilis materna e diminuindo as chances de uma possível prevenção da transmissão vertical.¹²

Saraceni e Miranda (2012)¹³ publicaram estudo correlacionando a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o diagnóstico de sífilis gestacional, no qual concluíram que a região Norte do país apresenta a maior razão entre casos observados e estimados de sífilis congênita, devido às enormes distâncias regionais, que implicariam em maior dificuldade de cobertura da ESF e acesso ao serviço de pré-natal, culminando com menor detecção de casos de sífilis gestacional e, conseqüentemente, aumento da incidência da SC.

A toxoplasmose foi a segunda infecção congênita mais incidente no estudo, totalizando 31 casos e uma incidência que variou de 11,76 em 2009 a 30,15 em 2012. Bichara et al (2012)¹⁴ encontrou incidência de toxoplasmose congênita de 10 casos para cada 10.000 nascidos vivos, o que, referente à população de toda a cidade e não apenas de um centro de referência

como no presente estudo, trata-se também de valores bastante elevados se comparados a países como Polônia (4,7/10.000), Suíça (0,73/10.000), Itália (1,38/10.000) e Dinamarca (1,6/10.000), onde vigoram programas de rastreio neonatal para a doença.

A faixa etária adquire maior relevância quando referente à mãe. Embora a adolescência seja considerada importante fator de risco para aquisição das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo a sífilis, devido à multiplicidade de parceiros, menor esclarecimento e grau de informação e aos poucos cuidados com a saúde, apenas 35% das mães dos constituintes da casuística desta pesquisa apresentaram menos de 20 anos.¹⁰ Porém, se comparado à estatística nacional (19,2%), ainda representa um valor elevado, sugerindo necessidade de reforço na estratégia de cobertura pré-natal e incentivo ao planejamento familiar.¹⁵

Segundo boletim epidemiológico, predominou dentre as mães de RN com SC no Brasil, de 1998 a 2012, a faixa etária de 20 a 29 anos de idade (52,7%); compatível com o esperado para a fase sexualmente ativa da mulher e o maior risco de exposição a doenças sexualmente transmissíveis, como as pertencentes ao grupo de infecções congênicas, em sua maioria. Dado este que corrobora com a maior quantidade de mães entre 21 e 25 anos encontrada neste trabalho.¹⁵

No entanto, vale ressaltar que, em relação à toxoplasmose congênita, prevaleceram casos em filhos de mães entre 16 e 20 anos, conforme a tabela.⁴ Estudo de Soares et al (2012)¹⁶ diverge deste resultado, e revela como faixa etária materna mais afetada a de 20 a 30 anos de idade, em um centro de tratamento de referência para toxoplasmose congênita, em Minas Gerais. Isso chama atenção para uma possível mudança no perfil epidemiológico, não havendo mais predileção por idade materna, sem, contudo, deixar de valorizar o grande número de gestantes jovens participando da casuística e contribuindo para o aumento da incidência de infecções congênicas, o que, por si só, representa um indicador de baixa qualidade ou acesso restrito à informação e saúde.

À semelhança de outros estudos, entre eles o de Campos et al (2010)¹⁷, a maior parte das gestantes (124) relatou a realização do acompanhamento pré-natal, conforme a tabela 5. As duas consultas realizadas com o médico durante o pré-natal não asseguraram um desfecho mais favorável, visto a persistência de alta incidência de agravos como a sífilis e toxoplasmose congênicas.

Verificou-se, com base nos dados deste estudo e no realizado por CAMPOS (2010)¹⁷ e Wolf e Miller (2009)¹⁸, que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para assegurar um atendimento de qualidade à gestante, o que torna as

metas para o controle da sífilis congênita, por exemplo, inalcançáveis com as práticas atuais.

No entanto, a partir do momento em que há maior quantidade de pacientes realizando o pré-natal, há também um maior número de diagnósticos, o que se observa na tabela 6. Dos 141 casos de SC, 89 (63%) ocorreram em RN de mães que realizaram pré-natal completo (seis consultas ou mais).¹⁹

Lamenta-se, porém, que dentre as 37 mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal, 32 apresentavam sífilis não diagnosticada, culminando com a transmissão vertical e infecção fetal. A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, representa importante fator para explicar diversos casos de infecções congênicas, pois impede a realização da rotina para o diagnóstico de infecções congênicas e sua intervenção precoce.²⁰

Em relação à toxoplasmose, o pré-natal visa, principalmente, identificar e acompanhar a gestante suscetível (IgG e IgM negativos para toxoplasmose), a partir da triagem sorológica, a fim de detectar uma possível soroconversão materna e prevenir a transmissão da infecção ao feto pelo tratamento adequado da gestante.²¹

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos RN de risco com infecção congênita, atendidos na URE-MIA, caracteriza-se pela predominância de casos de sífilis congênita (79%), toxoplasmose (16,6%) e citomegalovirose (7%). Não há predileção de nenhum tipo de infecção por sexo, idade dos pacientes ou pela idade materna. A maioria das mães realizou pré-natal com mais de seis consultas, entretanto foi neste grupo que houve maior incidência de sífilis, toxoplasmose e citomegalovirose. O diagnóstico, em sua maioria, ocorre de forma tardia, principalmente entre 30 e 45 dias de vida, independentemente da infecção apresentada. Estes dados sugerem qualidade duvidosa da assistência pré-natal prestada a estas mulheres. Não deve ser descartado, no entanto, o aumento da oportunidade diagnóstica como fator contributivo para a maior incidência de infecções congênicas no grupo de mães que realizou o pré-natal. Ao longo do período estudado, observa-se tendência ao aumento da incidência de sífilis e toxoplasmose. Em contrapartida, atestou-se tendência à redução de casos novos de citomegalovirus. Desta forma, credita-se o alarmante recrudescimento da sífilis congênita na população estudada, bem como as demais infecções que figuraram neste estudo, à ineficiência do pré-natal suscitando, portanto, maior investimento e olhar crítico dos agentes de saúde para a necessidade de um sistema pré-natal efetivo na prevenção de doenças passíveis de tratamento, durante a gestação.

SUMMARY

CONGENITAL INFECTION IN PATIENTS ENROLLED IN MOTHER CHILD REFERENCE PROGRAM

Danilo Alves Ponzi PEREIRA, Bernardo Porto MAIA, Igor Isamu Couceiro SETO e Clea Nazaré Carneiro BICHARA

Objective: characterize the epidemiological profile of newborns with congenital infection risk treated at the Maternal Child and Adolescent Reference / URE-MIA in Belém / PA. **Method:** retrospective and cross-sectional study in which the medical records of all patients enrolled in the URE-MIA Program NB Risk with congenital infection between 2008 and 2013, from protocol developed by the researchers analyzed a total sample of 186 (one hundred and eighty-six) individuals. **Results:** Syphilis was observed as the most frequent congenital infection, totalizing 147 cases among 186 patients; followed by congenital toxoplasmosis and cytomegalovirus, respectively. The majority of (66.6%) mothers held complete prenatal, suggesting poor quality of the service offered to pregnant women, especially with regard to the screening of congenital infections. **Conclusion:** This study concludes that alarming resurgence of congenital syphilis in this population, as well as other infections that figured in this research, may be related to an inefficient prenatal, thus posing greater investment and critical eye from health workers to the necessity of an effective system in prenatal prevention of diseases susceptible to treatment during pregnancy.

KEY-WORDS: congenital syphilis; congenital toxoplasmosis; epidemiological profile

REFERÊNCIAS

1. Wei D, Sardesai SR, Barton L. The C in TORCH: a cost-effective alternative to screening small-for-gestational-age infants. *Neonatology*. 2014, 106(1): 24-9.
2. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013, 47(1): 152-9.
3. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2012, 46(3): 479-86.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Brasília, 2011. p. 95-122.
5. Mitsuka-Bregano R, Lopes-Mori FMR, Navarro IT. Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas. Londrina: EDUEL; 2010. pp. 1-62.
6. Lazzarotto T, Lanari M. Why is cytomegalovirus the most frequent cause of congenital infection? *Expert Rev. Anti Infect. Ther*. 2011, 9(10): 841-3.
7. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2013, 40(1): 147-57.
8. Villagra E, Delgado LV, Olea A. Enhanced Surveillance for Congenital Rubella Syndrome Following Mass Rubella Vaccination of Girls and Reproductive-Aged Women. *The Journal of Infectious Diseases-JID*. 2011, 204,(2): 642–6.
9. Lanzieri TM, Pinto D, Prevots DR. Impacto da vacinação contra rubéola na ocorrência da síndrome da rubéola congênita. *J.Pediatr*. 2007, 83(5): 415-21.
10. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*. 2013, 29(6): 1109-20.
11. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Amazonas, Brasil: uma abordagem por meio de relacionamento de bases de dados. *Cad. Saúde Pública*. 2014, 30(4):715-26.

12. Rodrigues, C.S.; Guimarães, M.D.C.; César, C.C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. *Rev. Saúde Pública*. 2008, 42(5): 851-8.
13. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*. 2012, 28(3): 490-6.
14. Bichara CNC, Canto GAC, Tostes CL et al. Incidence of congenital toxoplasmosis in the city of Belém, State of Pará, Northern Brazil, determined by a neonatal screening program: preliminary results. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2012, 45 (1): 122-4.
15. BRASIL, Ministério da saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano I - nº 1 ISSN: 1517-1159. Brasília, 2012. p. 3-8.
16. Soares JAS, Carvalho SFG, Caldeira AP. Perfil de mulheres grávidas e crianças atendidas em um centro de referência para toxoplasmose congênita no norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2012, 45(1): 55-9.
17. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010, 26(9): 1747-55.
18. Wolf T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. *Ann. Intern. Med*. 2009, 150: 710-6.
19. Guinsburg R. Medidas para erradicação da sífilis congênita. [Internet]. 2008 [acesso em 2014 Jul 8]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2218&tipo_detalhe=s
20. Holanda MTCG et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011, 20(2): 203-12.
21. Carrelos EVM, Andrade GMQ, Aguiar RALP. Avaliação da aplicação do protocolo de triagem pré-natal para toxoplasmose em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: estudo transversal em puérperas de duas maternidades. *Cad. Saúde Pública*. 2008, 24(2): 391-401.

Endereço para correspondência

Danilo Alves Ponzi Pereira

Telefone: (91)8202-0283

E-mail: daniлоponzi@hotmail.com

Bernardo Porto Maia

Telefone: (91)3252-2185

Celular: (91)98117-0196

E-mail: bernardo_pmaia@hotmail.com

Recebido em 07.10.2014 – Aprovado em 08.01.2015