

# Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década

CONGENITAL SYPHILIS IN CEARÁ: EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF ONE DECADE

SÍFILIS CONGÊNITA EN CEARÁ: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE UNA DÉCADA

Camila Chaves da Costa<sup>1</sup>, Lydia Vieira Freitas<sup>2</sup>, Deise Maria do Nascimento Sousa<sup>3</sup>, Lara Leite de Oliveira<sup>4</sup>, Ana Carolina Maria Araújo Chagas<sup>5</sup>, Marcos Venícios de Oliveira Lopes<sup>6</sup>, Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>7</sup>

## RESUMO

O presente trabalho objetivou avaliar a incidência da sífilis congênita no Ceará de 2000 a 2009; descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita e verificar a realização do pré-natal e do tratamento dos seus parceiros. Trata-se de estudo documental, realizado em julho de 2010 a partir do banco de dados disponível no Núcleo de Informação e Análise em Saúde, que contém as informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Foram notificados 2.930 casos de sífilis congênita, demonstrando uma série histórica ascendente ano a ano. A maioria das gestantes realizou pré-natal (2.077; 70,9%), possuía de 20 a 34 (1.836; 62,7%) anos, nenhuma ou pouca escolaridade (1.623; 55,4%), O tratamento inadequado das gestantes e a falta de tratamento dos parceiros mostraram-se como realidade no SUS-CE. A incidência de sífilis congênita é um indicador da qualidade da assistência pré-natal. Logo, seu aumento nos últimos dez anos ressalta a necessidade de ações voltadas para seu controle.

## DESCRIPTORIOS

Sífilis congênita  
Cuidado pré-natal  
Vigilância epidemiológica  
Enfermagem materno-infantil

## ABSTRACT

This study evaluates the incidence of congenital syphilis in the Brazilian state of Ceará from 2000 to 2009, describes the epidemiologic profile of pregnant women whose newborns had congenital syphilis and verifies the receipt of prenatal care and treatment of their partners. It is a retrospective study that was conducted in July 2010 using a Center for Information and Analysis in Health database that contains information on National Notifiable Diseases. There were 2,930 reported cases of congenital syphilis, demonstrating an annual ascending historical series. The majority of the pregnant women were 20 to 34 years of age (n=1,836, 62.7%), illiterate or with little education (n=1623, 55.4%) and had received prenatal care (n=2077, 70.9%). The inadequate treatment of women and the lack of treatment for their partners is a reality in Ceará. The incidence of congenital syphilis is a quality indicator of prenatal care. Therefore, its increase in the last ten years highlights the necessity of syphilis control.

## DESCRIPTORS

Syphilis, congenital  
Pre-natal care  
Epidemiologic surveillance  
Maternal-child nursing

## RESUMEN

Se objetivó evaluar la incidencia de la sífilis congénita en Ceará entre 2000 y 2009; describir perfil epidemiológico de gestantes cuyos recién nacidos presentaron sífilis congénita y verificar la realización del prenatal y de tratamiento de sus compañeros. Estudio documental, realizado en julio 2010, sobre banco de datos disponible en Núcleo de Información y Análisis en Salud, conteniendo informaciones del Sistema Nacional de Patologías de Notificación Obligatoria. Se notificaron 290 casos de sífilis congénita, demostrando una serie creciente año tras año. La mayoría de las gestantes tenía entre 20 y 34 años (1832-62,7%), ninguna o escasa escolarización (1623-55,4%) y prenatal efectuado (2077-70,9%). El tratamiento inadecuado de las gestantes y la falta de tratamiento de sus compañeros son una realidad en el SUS-CE. La incidencia de sífilis congénita indica la calidad de atención prenatal. Consecuentemente, su aumento en los últimos diez años resalta necesidad de acciones orientadas a su control.

## DESCRIPTORES

Sífilis congénita  
Atención prenatal  
Vigilancia epidemiológica  
Enfermería materno-infantil

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. milinha\_ita@yahoo.com.br <sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. lydia\_v\_freitas@yahoo.com.br <sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/MEC/SESU. Fortaleza, CE, Brasil. deisemnascimento@yahoo.com.br <sup>4</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET/MEC/SESU. Fortaleza, CE, Brasil. lara.leite@hotmail.com <sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. aninhaaraujoc@hotmail.com <sup>6</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. marcos@ufc.br <sup>7</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta III da Universidade Federal do Ceará. Tutora do Programa de Educação Tutorial PET/SESU/Enfermagem/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna. Fortaleza, CE, Brasil. anakelve@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de se tratar de doença de fácil diagnóstico e de ser 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<sup>(1)</sup>.

O número de casos de sífilis congênita é expressivo. No Brasil, em 2005, foram notificados e investigados 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade; 78% das mães haviam realizado pré-natal e dessas, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez. Entretanto, apenas 13,3% tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente. Desconsiderando o número significativo de casos subnotificados, tais indicadores podem refletir a baixa qualidade do pré-natal no Brasil e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez<sup>(2)</sup>.

No Estado do Ceará, percebe-se que a realidade é semelhante à nacional quanto à incidência desse agravo, pois, entre os anos 2001 e 2006, foram notificados 1.203 casos de sífilis congênita, com maior incidência no ano de 2006, no qual foram notificados 451 casos novos<sup>(3)</sup>.

Diante de tais dados, pode-se inferir que a problemática da sífilis congênita está intimamente relacionada ao acesso e à baixa qualidade do pré-natal. É preocupante o número de mulheres que ainda não têm acesso à assistência pré-natal. Dentre as mulheres que realizam as consultas de pré-natal e que possuem sorologia positiva para sífilis, existem as que não retornam para pegar os resultados dos exames, as que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez.

Além disso, por ocasião do parto, muitas maternidades não oferecem como rotina o VDRL para parturientes, voltando bebê e mãe para a comunidade com a possibilidade do agravo. Esse descaso com a sífilis na gestação está promovendo o aumento do número de casos de sífilis congênita, necessitando, portanto, de políticas públicas e ações eficazes para eliminar essa doença de fácil controle.

Tendo em vista a simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, esta é considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal<sup>(4)</sup>. No entanto, na prática, a assistência pré-natal encontra-se defasada, pois os profissionais de saúde não estão priorizando a sífilis congênita como um problema de saúde pública e as medidas de prevenção estão sendo ignoradas. Vale destacar também que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, enquanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso.

Em face ao exposto, este estudo teve por objetivo avaliar a taxa de notificação de sífilis congênita no Estado do Ceará entre os anos 2000 e 2009 de acordo com a base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN; descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita; verificar a realização do pré-natal e tratamento das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita e a realização do tratamento dos seus parceiros.

## MÉTODO

... a problemática da sífilis congênita está intimamente relacionada ao acesso e à baixa qualidade do pré-natal.

Trata-se de um estudo do tipo transversal e documental, com abordagem quantitativa, realizado no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS) da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE), em Fortaleza-CE. O NUIAS é o setor da SESA responsável pelo armazenamento e processamento das informações provenientes do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

A população do estudo foi composta por todos os casos de sífilis congênita notificados no SINAN, no período de 2000 a 2009 (N= 2.930).

A coleta de dados foi realizada em julho de 2010 a partir do banco de dados estadual disponível no NUIAS da SESA-CE, que contém as informações compiladas das fichas do SINAN. As variáveis investigadas foram número de casos de sífilis congênita notificados ano a ano, idade, escolaridade, realização do pré-natal e do tratamento das gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita e a realização do tratamento de seus parceiros.

Vale ressaltar que o tratamento adequado da sífilis na gestação é considerado toda a terapêutica de acordo com o estágio da doença, realizado com penicilina G benzatina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente<sup>(1)</sup>.

Trata-se de um estudo subsequente ao realizado em 2008<sup>(3)</sup>, utilizando-se a mesma metodologia, porém por um período mais extenso. Destaca-se a importância da continuidade do estudo para possibilitar a avaliação das taxas de notificação e permitir uma reflexão sobre a iden-

tificação do diagnóstico epidemiológico da sífilis congênita no Estado do Ceará. Isto pode ainda demonstrar a existência de lacunas no processo de notificação da doença e permitir a sensibilização dos profissionais da saúde na identificação e participação de estratégias de prevenção da sífilis congênita.

Os dados estão apresentados em gráficos e expressos em frequências absolutas e relativas. Para uma análise mais específica foram calculadas as taxas de sífilis congênita por 10.000 nascidos vivos no Ceará entre os anos de 2000 e 2009, a partir dos dados disponibilizados no DATASUS.

Um gráfico de dispersão das taxas de sífilis congênita por ano foi plotado e uma análise de regressão linear simples foi aplicada para descrever o comportamento destas taxas por ano. Para verificação dos pressupostos de linearidade e normalidade dos resíduos da regressão linear foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e aplicado o teste de Shapiro-Wilk, respectivamente. As análises estatísticas mostram que os dois pressupostos foram respeitados. Para ajuste do modelo foi calculado o coeficiente de determinação ( $R^2$ ). As análises foram feitas com apoio do software R versão 2.12.1.

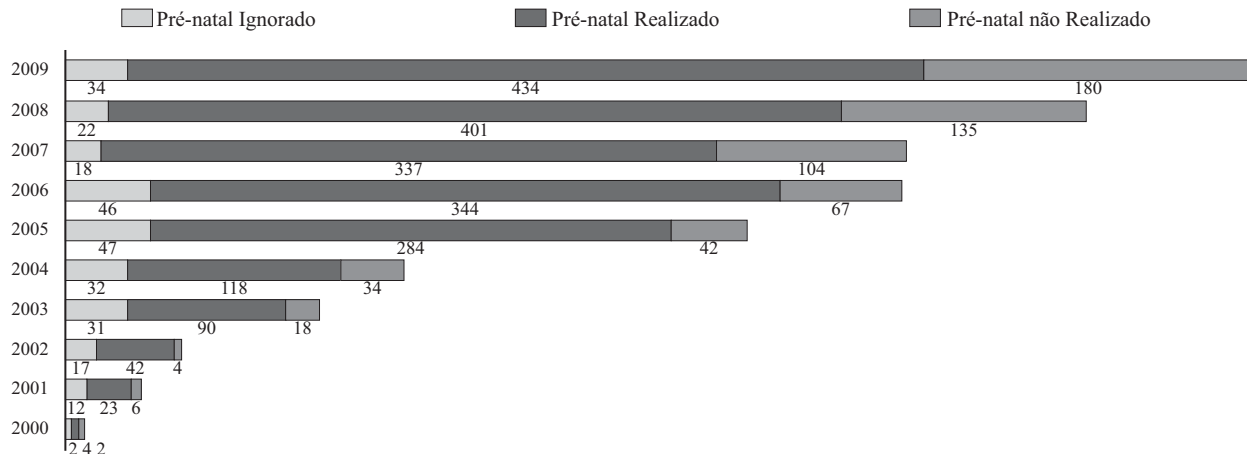
O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob o protocolo nº 139/10. Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais da Resolução n.º 196/96

do Conselho Nacional de Saúde – CNS, sobre pesquisa envolvendo seres humanos<sup>(5)</sup>.

## RESULTADOS

Verificou-se que entre os anos 2000 e 2009 foram notificados 2.930 casos de sífilis congênita no Estado do Ceará. Em relação à idade das gestantes com sífilis, a faixa etária variou de 10 a 50 anos ou mais, sendo que a maioria da população estudada tinha entre 20 e 34 anos ( $n=1.836$ ; 62,7%). Observou-se uma porcentagem relativamente significativa de mães com sífilis na adolescência, correspondendo a 643 (21,9%) mulheres. Acima dos 35 anos, foram notificados 256 (8,7%) casos. Destaca-se o número de gestantes com idade ignorada 195 (6,7%), o que revela um subregistro considerável nesse item.

Quanto à escolaridade das gestantes, esta variou desde o analfabetismo até os 12 anos de estudo ou mais. O analfabetismo, somado ao analfabetismo funcional, correspondeu a mais da metade da população investigada ( $n=1.623$ ; 55,4%), e apenas 195 (6,8%) mulheres tinham 12 ou mais anos de escolaridade. O subregistro também se fez presente nesta variável, com 648 (23,3%) dos casos notificados, sendo um resultado ainda mais significativo quando comparado ao subregistro verificado no quesito idade.



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

**Figura 1** - Distribuição do número de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, segundo a realização de pré-natal pelas gestantes - Ceará, 2010

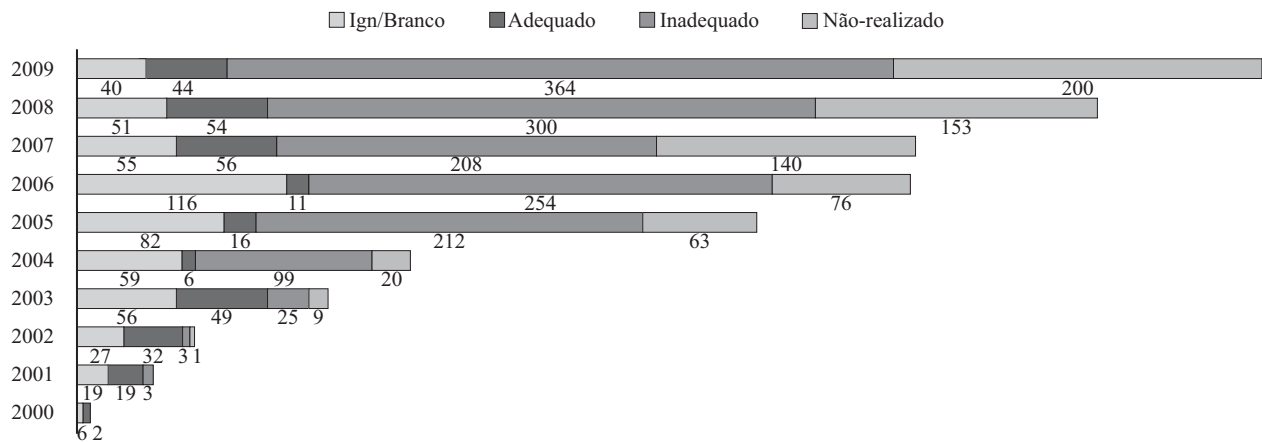
Quanto à realização do pré-natal entre as gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita, observou-se que 2.077 (70,9%) realizaram o pré-natal durante o período estudado. A frequência ao pré-natal mostrou-se ascendente ao longo dos anos, com valores absolutos sempre superiores ao número de casos de pré-natal ignorado ou não realizado. Esses dois últimos dados apresentam-se equiparados de 2000 a 2006. Contudo, a partir de 2007, a quantidade de pré-natais não realizados passa a ser bem su-

perior quando comparado ao número de pré-natais ignorados, inferindo-se uma diminuição dos casos de subregistro.

Quanto à distribuição do número de gestantes que realizaram o tratamento para sífilis, observou-se predominância de tratamentos inadequados, destacando-se o ano de 2005 com o percentual máximo de 56,8% e o ano 2000 com o percentual mínimo, ou seja, zero. Além disso, houve a presença constante de dados ignorados ou em branco. A realização do

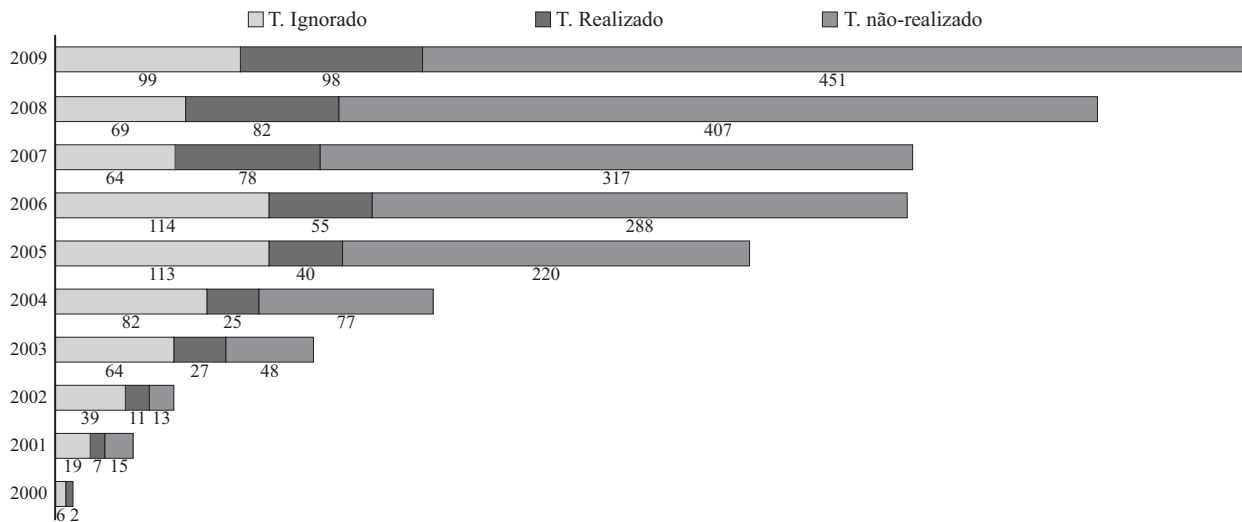
tratamento adequado da gestante, ao longo da série histórica, em valores percentuais, manteve-se bem abaixo da meta-

de dos casos, excetuando-se o ano 2002, no qual 50,8% das gestantes realizaram o tratamento adequado.



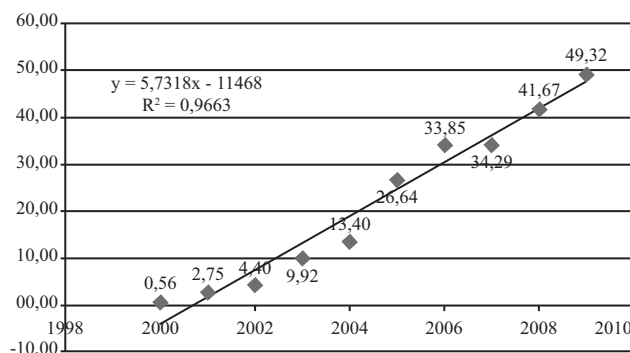
Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

**Figura 2** - Distribuição do número de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, segundo a realização de tratamento para sífilis pelas gestantes - Ceará, 2010



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

**Figura 3** - Distribuição do número de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, segundo a realização de tratamento para sífilis pelo parceiro das gestantes - Ceará, 2010



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), SESA-CE.

**Figura 4** - Taxa de sífilis congênita por ano no Ceará entre os anos 2000 e 2009 - Ceará, 2010

No que se refere à distribuição do número de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, segundo a realização de tratamento para sífilis pelo parceiro das gestantes, verificou-se aumento progressivo do número total de casos notificados de parceiros não tratados a cada ano. As exceções foram 2001 e 2002, sendo que em 2001 foram notificados 15 casos sem tratamento e no ano seguinte, 13 casos. Contudo, a partir de 2005, chama atenção o crescimento acentuado desses dados, superando de forma substancial os demais. Além disso, o número de parceiros não tratados superou o número de parceiros tratados em todos os anos investigados.

A taxa de notificação aumentou ano a ano, passando de 0,56 a 49,32 por 10.000 nascidos vivos. A análise da relação linear entre as taxas de sífilis congênita e os

anos de registro mostrou forte correlação ( $r = 0,9829$ ;  $p < 0,001$ ). O modelo de regressão linear ajustado mostrou que para cada unidade de tempo há um aumento de 5,7318 na taxa de sífilis congênita por ano ( $t = 15,14$ ,  $gl = 8$ ,  $p < 0,001$ ). O coeficiente de determinação mostra que 96,63% da variação nas taxas de sífilis congênita é explicado pela variação do tempo. Ademais, a análise do pressuposto de normalidade dos resíduos do modelo de regressão indicou que os mesmos seguem a lei normal ( $p = 0,9126$ ).

## DISCUSSÃO

O aumento no número de casos de sífilis congênita notificados ano a ano no Ceará demonstra a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas a seu controle, assim como de educação em saúde para a população, visto tratar-se de uma doença totalmente evitável, desde que seja feito o diagnóstico precoce e estabelecido tratamento adequado para a gestante infectada e seu(s) parceiro(s).

Entretanto, esse aumento também pode representar melhoria da notificação de casos ao longo dos anos, atribuída a avanços da vigilância epidemiológica de municípios e Estado, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), bem como o Projeto NASCER nas maternidades de referência<sup>(3)</sup>. Ainda assim, com base no número de casos esperado, é reconhecida a subnotificação no país, estimando-se uma média de 67% ao ano no SINAN<sup>(6)</sup>.

Apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente, ainda persiste a ausência de uniformidade no diagnóstico e na conduta, bem como as falhas no mecanismo de notificação. Sabe-se que o número de casos de sífilis congênita, que é usado para gerar as taxas de incidência utilizada pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, é muito menor do que o esperado<sup>(6-7)</sup>.

A sífilis congênita acomete crianças nascidas de mães pertencentes a todas as idades reprodutivas, demonstrando a prática do sexo desprotegido independente da faixa etária. A maior concentração de notificação de casos ocorre entre as mulheres de 20 a 34 anos. Esse achado justifica-se pelo fato de ser este o auge da fase reprodutiva, o que implica em um maior número de gestações nessa faixa etária, resultado que corrobora estudos realizados em outras capitais brasileiras<sup>(3,8-9)</sup>. Em pesquisa sobre mortalidade perinatal por sífilis congênita realizado no Rio de Janeiro com 292 Fichas de Notificação e Investigação de Óbitos Fetais e Neonatais, encontrou-se que em 65,1% dos casos, a idade materna variou entre 20 anos ou mais e 44,9% das gestantes encontravam-se na fase da adolescência<sup>(10)</sup>.

Outro aspecto relevante é o elevado número de casos de sífilis entre gestantes adolescentes. Estudo realizado em Fortaleza-CE encontrou que 34,5% das gestantes com VDRL reagente também se encontravam na adolescência<sup>(9)</sup>. Tais achados confirmam a iniciação sexual precoce e desprotegida, o que remete à necessidade de incentivar as práticas sexuais seguras, bem como adiamento da iniciação sexual.

Os dados referentes à escolaridade evidenciaram maior prevalência de mulheres com baixo nível instrucional. Estudo realizado em Salvador que analisou informações maternas e dos recém-nascidos com sífilis por meio das fichas de investigação/notificação registradas no SINAN, mostrou que 35,7% das gestantes tinham até o ensino fundamental completo. Porém, o que mais chamou atenção quanto à escolaridade, foi o elevado subregistro dessa informação, que correspondeu a 60,4% dos casos<sup>(8)</sup>.

Outro fator preocupante foi a ocorrência de casos de sífilis congênita em recém-nascidos de mães com 12 ou mais anos de escolaridade, pois espera-se que essa população tenha conhecimentos mínimos acerca das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e suas formas de prevenção, além da importância da realização do pré-natal.

À semelhança de outros estudos<sup>(3,9)</sup>, a maior parte das gestantes realizou acompanhamento pré-natal. Apesar do número ascendente de pré-natal realizado durante os anos, verificou-se a incidência também crescente do número de casos de sífilis congênita, atingindo seu ápice de forma semelhante no ano de 2009. Esses dados podem revelar tanto a qualidade da assistência pré-natal, que permanece aquém da desejada, quanto o aumento dos casos notificados que, mesmo sendo ainda inferior ao esperado, vem mostrando avanços.

Observou-se que os percentuais referentes à realização do pré-natal mantiveram-se ascendentes. No entanto, ainda não é o recomendado pelo Ministério da Saúde, o qual preconiza que a cobertura do pré-natal deve ser adequada em quantidade e qualidade e abranger 100% das gestantes. O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez de forma qualificada e humanizada, adotando condutas acolhedoras e com intervenções oportunas. A assistência pré-natal deve garantir a captação precoce da gestante (até 120 dias da gestação), a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e a oferta de exames laboratoriais básicos (destacando-se o VDRL)<sup>(4)</sup>.

Em uma análise epidemiológica realizada com 46 puérperas que tinham antecedentes de sífilis ou VDRL positivo atendidas em uma maternidade no Estado do Pará apontou que, das gestantes que realizaram pré-natal, apenas 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o teste no 3º trimestre. Mostrou ainda que apenas 53,8% das mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal receberam tratamento adequado, dado que também denuncia a baixa qualidade da assistência

pré-natal<sup>(11)</sup>. A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e a intervenção precoce.

Sabe-se que a principal medida efetiva para a redução e o controle do número de casos novos de sífilis congênita é a assistência pré-natal de qualidade. Por isso faz-se a seguinte indagação: quais as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde na realização de consultas de pré-natal, nas quais deveriam ser solicitado VDRL no primeiro e terceiro trimestre e realizado o tratamento adequado da gestante e de seu parceiro? Frente a tal indagação, um estudo transversal realizado por meio da revisão de prontuários e entrevistas com gestantes com VDRL positivo no parto ou na curetagem verificou que além do desconhecimento da importância do diagnóstico precoce, pode haver dificuldade adicional em realizar prontamente o VDRL e agendar uma nova consulta para que o obstetra possa definir o tratamento a ser instituído<sup>(12)</sup>.

A partir do presente estudo, pôde-se verificar ainda uma deficiência na ficha de notificação/investigação de casos de sífilis congênita por não possuir a informação de quantas consultas de pré-natal essa gestante realizou e não especificar critério para caracterizar “pré-natal realizado”. Ou seja, registra-se que o pré-natal foi realizado tanto para a mulher que fez apenas uma consulta como para a que realizou seis consultas. Desse modo, uma análise apurada das variáveis *cuidado pré-natal e sífilis congênita* torna-se limitada.

A cobertura de triagem para sífilis na gravidez entre as unidades básicas de saúde permanece aquém da desejada. Em estudo retrospectivo realizado em São Paulo com 33 casos de sífilis congênita, identificou-se que 72,7% das parturientes realizaram seguimento pré-natal; no entanto, somente 54,2% tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação, logo, uma quantidade significativa e preocupante, ou seja, 45,8% das mulheres tiveram o diagnóstico realizado somente após a internação hospitalar, por ocasião do parto<sup>(13)</sup>.

Ressalta-se que cerca de 95% dos partos no Brasil ocorrem no ambiente hospitalar. Logo, se na atenção básica não foi possível o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante, dispõe-se de mais uma oportunidade de fazê-lo no momento do parto, no qual se poderá constatar a transmissão vertical da sífilis e tratar os recém-nascidos infectados, evitando a manifestação da doença ou reduzindo suas sequelas<sup>(14)</sup>.

Porém, vale salientar que somente as maternidades que realizam mais de 500 partos ao mês são credenciadas pelo Projeto NASCER no MS para disponibilizarem o VDRL e o teste rápido para HIV por ocasião do internamento para resolução do parto, fato que restringe as maternidades de porte menor a “fechar o cerco” contra a sífilis e Aids no Brasil. Essa pode ser uma preocupação dos gestores

municipais, mas, sem garantia dos recursos, muitas vezes é inviável a realização dos exames.

Outro fato preocupante é o grande número de mulheres que são diagnosticadas durante o pré-natal. Isto implica nos seguintes questionamentos: qual a qualidade da assistência pré-natal que está sendo ofertada à população? Afinal, o que leva uma gestante a receber o diagnóstico de sífilis durante a gestação e mesmo assim dar à luz uma criança com sífilis congênita? Quais foram as medidas tomadas diante desta situação? Será que a gestante foi tratada adequadamente ou descartou-se a hipótese de tratamento?

Estudos semelhantes<sup>(11,14)</sup> verificaram que a maioria das mães que tiveram sífilis na gravidez teve acesso ao serviço de saúde em algum momento da gravidez, quando poderia ter sido feito o diagnóstico ou o tratamento adequado ou ainda ter sensibilizado essa mãe para comparecer a todas as consultas do pré-natal.

Vale destacar, a presença constante de dados ignorados ou em branco, o que permite inferir sobre a maneira como os profissionais de saúde comportam-se frente ao preenchimento de instrumentos de notificação. A ficha de notificação de sífilis congênita possui instrução anexa para preenchimento, a qual pode não estar sendo suficiente para esclarecer sobre o correto preenchimento da mesma. Logo, percebe-se a necessidade de capacitação dos profissionais para este fim.

Enfatiza-se a importância da notificação no SINAN como um dos meios de controle da sífilis congênita, pois, ao coletar, transmitir e disseminar dados sobre os agravos de notificação compulsória, o SINAN torna-se um instrumento relevante no auxílio do planejamento da saúde, definindo prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto destas<sup>(15)</sup>.

Em relação à realização do tratamento adequado das gestantes diagnosticadas ainda durante a gestação, verificou-se em estudo semelhante realizado no Pará com 46 casos de sífilis congênita, que somente 53,8% das mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal receberam tratamento adequado, dado este que também demonstra a baixa qualidade da assistência pré-natal<sup>(11)</sup>. Em estudo realizado em São Paulo com 45 mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita identificou-se que em menos de 50% dos casos, o tratamento da mãe, antes e após o parto, foi registrado como adequado<sup>(14)</sup>.

Através de uma reunião de gestores municipais, cujo tema de pauta foi o atendimento obstétrico na rede de serviços da microrregião de Sumaré, pode-se inferir que a falta de tratamento oportuno das gestantes sugere o despreparo das equipes de saúde diante de um resultado positivo ou dificuldades para a pronta informação do resultado do exame, o qual é disponibilizado meses após o pedido<sup>(14)</sup>.

O elevado número de parceiros que não receberam tratamento adequado para sífilis encontrado no presen-

te estudo evidencia a negligência dos serviços de saúde, pois deveria ser prioritário haja visto a possibilidade de re-exposição da gestante ao treponema, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical.

Em estudo descritivo de corte transversal realizado com 1.500 parturientes, verificou-se que entre aquelas com resultado de VDRL positivo, somente 50% conseguiram levar o parceiro para participar do pré-natal e ser orientado quanto ao tratamento da sífilis. Um percentual ainda menor conseguiu que o parceiro fosse testado e nem todos concordaram com o tratamento<sup>(16)</sup>.

A falta de tratamento dos parceiros inclui os casos em que houve o tratamento inadequado para a gestante e ainda aqueles que não foram tratados segundo as diretrizes de tratamento vigentes ou quando não se sabe quem é o pai ou há ausência de documentação de seu tratamento, um dos critérios para definir os casos de Sífilis Congênita<sup>(17)</sup>.

Verifica-se que o controle da sífilis na gestação torna-se limitado diante do grande número de parceiros que não realiza tratamento adequado. Dessa forma, as gestantes com sífilis vivenciam a ineficiência do tratamento, a re-infecção e a transmissão vertical<sup>(16)</sup>.

Destaca-se que é comum a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde, a qual é explicada pelas características de um atendimento pautado no enfoque materno-infantil. Além disso, homens preferem serviços que respondam com maior rapidez a suas demandas de saúde, como farmácias e prontos-socorros<sup>(18)</sup>. Por isso, recomenda-se a abordagem interdisciplinar das famílias, com o objetivo de garantir o seguimento dos casos de sífilis, adesão ao tratamento e controle da circulação do *Treponema pallidum*<sup>(14)</sup>.

Em contrapartida, verificou-se em estudo realizado com profissionais da saúde de um hospital filantrópico de Belo

Horizonte – MG, que algumas instituições já estão incentivando a presença do homem nos serviços de saúde<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os achados deste estudo põem em relevo alguns pontos frágeis da assistência e prevenção da sífilis: a investigação inadequada dos casos de sífilis na gravidez; o tratamento inadequado da gestante e a não realização do tratamento do parceiro.

Para promover a melhoria dessa realidade, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem participar ativamente na realização de atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença; realizando todo o fluxo de ações preconizado pelo Ministério da Saúde, desde o diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva até a notificação de todos os casos de sífilis congênita.

É necessária a capacitação das equipes da ESF, as quais, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro da doença, visto tratar-se da porta de entrada do sistema de saúde, possibilitando maior proximidade entre os profissionais e os usuários, especialmente os parceiros de gestantes infectadas, para conseguir sua adesão ao tratamento.

Finalmente, uma última estratégia com potencial de alcance de melhores resultados é a realização de um estudo avaliativo dos conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros responsáveis pela assistência pré-natal, buscando uma melhor compreensão dos fatores determinantes de tantas oportunidades perdidas na abordagem da sífilis na gestação, seja por problemas no diagnóstico, seja pelo tratamento oferecido à gestante e ao parceiro.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita. Brasília; 2006.
2. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):768-72.
3. Ximenes IPE, Moura ERF, Freitas GL, Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. Rev RENE. 2008;9(3):74-80.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2005.
5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
6. Ramos Junior AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):370-8.
7. Menezes MLB, Marques CAS, Leal TMA, Melo MC, Lima PR. Neurosífilis congênita: ainda um grave problema de saúde pública. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(3-4):134-8.
8. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(3-4):144-56.

9. 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.
10. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1244-50.
11. Araújo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAZ. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev Paraense Med*. 2006;20(1):47-51.
12. Fernandes RCSC, Fernandes PGCC, Nakata TY. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de Campos, RJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):157-61.
13. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2005;17(1):10-7.
14. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16(3):165-73.
15. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e rotinas. 2ª ed. Brasília; 2007.
16. Miranda AE, Rosetti Filho E, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(4):386-91.
17. Paz LC, Pereira GF, Pinto VM, Medeiros MGPF, Matida LH, Saraceni V, et al. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):486-7.
18. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saude Coletiva*. 2005;10(1):105-9.
19. Galastro EP, Fonseca RMGS. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):454-9.