



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓREITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO SUPERIOR

ROSALETE LANDIM DE CASTRO COUTINHO

SÍFILIS CONGÊNITA: PANORAMA DO AGRAVO EM UM HOSPITAL DE ENSINO

FORTALEZA

2014

ROSALETE LANDIM DE CASTRO COUTINHO

SÍFILIS CONGÊNITA: PANORAMA DO AGRAVO EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior.

Orientador: Prof. Dr. Vicente Lima Crisóstomo

Fortaleza

2014

ROSALETE LANDIM DE CASTRO COUTINHO

SÍFILIS CONGÊNITA: PANORAMA DO AGRAVO EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior. Área de concentração: Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior.

Aprovada em: 03/07/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vicente Lima Crisóstomo (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Régia Christina Moura Barbosa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Karla Maria Carneiro Rolim
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof.^a Dr.^a Rosiléa Alves de Sousa
Centro Universitário Estácio Ceará (Estácio/FIC)

Dedico este estudo às mulheres que por minha vida profissional passaram, por me ensinarem através de suas vidas, muitas vezes miseráveis, que a importância do que praticamos se dá quando olhamos o outro como igual e fazemos desta oportunidade um motivo para agirmos diferente...

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de amor e misericórdia, que através da minha fé, me dá a possibilidade de tornar-me alguém melhor e por estar sempre comigo mesmo quando me imagino sozinha.

À minha família, por entender a necessidade de muitas vezes estar ausente nas reuniões comemorativas.

Às mulheres portadoras de sífilis, que foram o motivo maior dessa dissertação e que servem de motivo para uma forma mais humana de viver e tratar o outro.

Ao meu orientador, pelo companheirismo durante todos estes meses de estudo; pelo carinho, paciência, compreensão e considerações que tanto me ajudaram neste crescimento científico e intelectual.

Às professoras Karla, Régia e Rosiléa, por estarem sempre ensinando, estimulando e acima de tudo mostrando para os alunos que somos todos capazes de novas realizações quando temos um motivo para isto.

Ao professor Antônio Bôsko Luna Gomes por mostrar que a distancia não apaga a amizade e por ter atendido tão prontamente ao meu pedido na correção deste trabalho.

À minha amiga Adrielle, que me impulsionou em busca da inclusão no mestrado, apoiando as minhas ideias, me mantendo informada e me incentivando a não desistir.

Às amigas: Ivoneide, Claudia Rejane, Léa, Márcia, Rute, Eloah, Rizete, Jackeline e Vânia, por estarem sempre por perto ajudando e amparando, vivenciando as minhas dúvidas, medos e anseios.

À Fernanda Alves de Araújo, secretária do POLEDUC, por está sempre contribuindo e ajudando nas atividades administrativas.

À Rosane Maria Costa, bibliotecária, por ter tão prontamente me atendido na solicitação da ficha catalográfica.

À minha amiga Renata, pelas palavras de apoio constante e pela amizade fraterna construída ao longo de nossas vidas.

À Universidade Federal do Ceará, por fazer do POLEDUC uma realização para muitos servidores técnicos administrativos.

“Há homens que lutam um dia, e são bons; há outros que lutam um ano, e são melhores; há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons; porém há os que lutam toda a vida estes são os imprescindíveis.” (Bertold Brecht)

RESUMO

A sífilis congênita permanece no século XXI como problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da sífilis congênita de modo a compreender melhor o processo saúde/doença em mulheres acometidas pela sífilis. Trata-se de um estudo documental de natureza quantitativa. A amostra está composta 787 observações de mulheres com diagnóstico de sífilis no momento do parto ou curetagem, atendidas em um hospital de ensino, no período 2007-2012. Foi realizada análise descritiva e inferencial, vez que se hipotetizou uma associação entre fatores de risco e o desfecho da gestação. Os resultados mostram que a taxa de prevalência em parturientes no hospital de ensino é de 2,7%. As puérperas acometidas são, predominantemente, adultas jovens, com baixa escolaridade, e prendas do lar. Em relação à assistência à saúde da gestante, 57,82% realizaram o pré-natal, embora o diagnóstico de sífilis materna da grande maioria (59,47%) somente tenha sido realizado no momento do parto ou curetagem, e somente 9,89% delas, tratadas adequadamente neste seguimento. Em relação ao manejo dos recém-nascidos, os dados mostraram que 51,96% tiveram a titulação do VDRL menor ou igual à titulação da mãe. A maioria dos recém-nascidos (62,20%) apresentou sinais e sintomas de sífilis congênita; 93,30% deles foram tratados adequadamente, embora, 66,85% desse grupo não tenham passado por exame de Rx de ossos longos. Encontrou-se uma associação positiva entre a realização do pré-natal, o diagnóstico no pré-natal, o tratamento adequado, e o desfecho favorável da gestação. Conclui-se que a redução dos casos de sífilis congênita depende da qualidade do pré-natal ofertado a essas mulheres, o que pressupõe a capacitação e o envolvimento profissional no que concerne ao cumprimento do que é preconizado pelas políticas de saúde atinentes ao combate à sífilis.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Vigilância Epidemiológica. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Congenital syphilis remains a public health problem in the XXI century. This study aimed to evaluate the epidemiology of congenital syphilis in order to better understand the health/disease process in women affected by syphilis. The sample is composed of 787 women diagnosed with syphilis at delivery or curettage, treated at a teaching hospital in the period 2007-2012. Descriptive and inferential analysis was performed, since it was hypothesized an association between risk factors and the outcome of pregnancy. The results show that the prevalence rate in pregnant women in the teaching hospital is 2.7%. Postpartum women are predominantly young adults with low education, and housewives. Regarding the health care of pregnant women, 57.82% had prenatal care, although the diagnosis of maternal syphilis of the great majority (59.47%) have only been performed at the time of delivery or curettage, and only 9.89 % of them treated properly in this action. Regarding the management of newborns, the data showed that 51.96% had a titer of less than or equal to the mother's VDRL titer. Most newborns (62.20%) showed signs and symptoms of congenital syphilis; 93.30% of them were treated properly, although 66.85% of this group has not undergone long bones Rx examination. We found a positive association between the achievement of prenatal, diagnosis at prenatal, proper treatment, and the favorable outcome of pregnancy. We conclude that the reduction of cases of congenital syphilis depends on the quality of prenatal care offered to these women, which requires training and professional involvement with regard to the fulfillment of what is advocated by health policies relating to combating syphilis.

Keywords: Congenital Syphilis. Epidemiological Surveillance. Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Taxa de detecção de sífilis em gestante por 1000 nascidos vivos, por região e ano de notificação no Brasil de 2005 a 2011.....	23
FIGURA 2 -	Taxa de incidência de sífilis congênita em menor de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, por região de residência e ano de diagnóstico no Brasil de 1998 a 2011.....	24
FIGURA 3 -	Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura	30
FIGURA 4 -	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita no Estado, na capital e no hospital de ensino.....	40
FIGURA 5 -	Coefficiente anual da sífilis congênita por 1000 nascidos vivos.....	43
FIGURA 6 -	Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo a procedência das mães.....	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Frequência dos casos de sífilis congênita, informados por desfecho na gestação.....	41
TABELA 2	Taxa de Prevalência (%) de sífilis materna no período do estudo.....	42
TABELA 3	Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo idade materna por faixa etária.....	44
TABELA 4	Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo a raça da mãe.....	45
TABELA 5	Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo a escolaridade materna.....	46
TABELA 6	Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo ocupação das mães.....	47
TABELA 7	Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, segundo a realização do pré-natal.....	49
TABELA 8	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo momento do diagnóstico da sífilis materna.....	48
TABELA 9	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo o esquema de tratamento das mulheres.....	50
TABELA 10	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo o tipo de tratamento no pré-natal da mãe.....	51
TABELA 11	Frequência dos casos notificados como sífilis congênita, em relação ao tratamento do parceiro.....	51
TABELA 12	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo a titulação da gestante no parto.....	52
TABELA 13	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo a realização do teste confirmatório para sífilis.....	53
TABELA 14	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo a identificação da unidade de saúde do pré-natal.....	54
TABELA 15	Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, de acordo com os dados biológicos e a infecção na ocasião do parto.....	55
TABELA 16	Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis	

	congênita, em relação à idade no diagnóstico.....	56
TABELA 17	Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, de acordo com a realização de exames complementares para o diagnóstico.....	57
TABELA 18	Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, em relação aos exames do líquido.....	58
TABELA 19	Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, segundo o tipo de tratamento realizado.....	59
TABELA 20	Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, segundo a evolução do caso.....	59
TABELA 21	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e faixa etária das mulheres.....	60
TABELA 22	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e a escolaridade das mulheres.....	61
TABELA 23	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e realização do pré-natal.....	62
TABELA 24	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e o diagnóstico da sífilis materna.....	63
TABELA 25	Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e realização do tratamento no pré-natal.....	64
TABELA 26	Determinação de fatores associados ao desfecho desfavorável na gestação (aborto e natimorto) de mulheres portadoras de sífilis.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FTA-abs	<i>Fluorescent treponemal antibody absorption</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
MS	Ministério da Saúde
NUVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
PAISM	Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNDST/AIDS	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis
RPR	<i>Rapid Plasm Reagin</i>
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
VDRL	<i>Venereal Disease Research</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ESTADO DA ARTE	18
2.1 História da sífilis no mundo	18
2.2 O contexto histórico da sífilis no Brasil	19
2.3 Aspectos epidemiológicos da sífilis no Brasil	22
2.4 Controle e eliminação da sífilis	24
2.5 Diretrizes do SUS para o controle da sífilis	26
2.6 A Sífilis	27
2.6.1 Classificação e manifestações	27
2.6.2 Prevenção	28
2.6.3 Diagnóstico	29
2.6.4 Tratamento	29
2.7 Sífilis congênita	30
2.7.1 Critérios de definição	31
2.7.2 Classificação	32
2.7.3 Diagnóstico	32
2.7.4 Tratamento	33
2.7.5 Manejo clínico	34
3 METODOLOGIA	35
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Local do estudo	35
3.3 População	36
3.4 Procedimentos de coleta de dados	36
3.5 Processamento e análise dos dados	37
3.6 Aspectos éticos	37
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70

1 INTRODUÇÃO

No contexto dos desafios para a saúde, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), se destacam por sua capacidade de ter um profundo impacto sobre a espécie humana. Em muitos países, as IST trazem vastas consequências de natureza sanitária, social e econômica. As dificuldades de acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, oferecidos aos grupos populacionais em desvantagem social, são os maiores obstáculos enfrentados para que a eliminação destas doenças (BRASIL, 2007a).

Entre as IST, a sífilis, também denominada lues, é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A infecção pode ser adquirida através de contato sexual, transfusão de sangue, transplante de órgão ou por transmissão congênita (TALHARI; CORTEZ, 2009).

A sífilis congênita é o modo de transmissão de maior impacto para a saúde pública por apresentar uma alta prevalência mundial, não somente em países pobres, mas também no mundo desenvolvido onde já se considerava este um problema resolvido (WALKER; WALKER, 2007). Mais da metade das mulheres grávidas com sífilis têm um aborto espontâneo ou um parto que resulta em natimortalidade. Recém-nascidos com sífilis congênita podem apresentar sequelas sérias e irreversíveis, e a taxa de morte na infância supera 50% dos casos notificados (TUCKER *et al.*, 2010).

Apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos registrados de sífilis congênita no Brasil continua em crescimento, refletindo tanto uma melhora no sistema de notificação, quanto a persistência da transmissão vertical da doença. Estudo realizado por Ramos Jr. *et al.* (2007) estima que, à época da pesquisa, cerca de 50 mil brasileiras teriam sífilis gestacional e, analisando a elevada taxa de transmissão vertical (30% a 100%), mais de 15 mil crianças poderiam ter a forma congênita. O Boletim Epidemiológico informou que a prevalência de sífilis em parturientes permanece em 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2010).

A atenção à sífilis é considerada um claro marcador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal, sendo ainda subnotificado em nosso país, com 14.321 novos casos em 2011 e uma taxa de detecção de cinco casos por mil nascidos vivos no Brasil como um todo. As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os maiores números de casos notificados no ano, respectivamente 45,3% e 23,5%. Em relação à taxa de detecção, as regiões Centro-Oeste (6%), Sudeste (5,8%) e Norte (5,5%), superaram a taxa nacional neste ano (BRASIL, 2012a).

Em se tratando de sífilis congênita, o mesmo boletim afirmou que a taxa de incidência para este agravo no ano de 2011 foi de 3,3 casos por 1000 nascidos vivos. As

regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas neste ano (3,8 e 3,6, respectivamente). Dentre as unidades federativas, o Rio de Janeiro e o Ceará apresentaram as maiores taxas de incidência: 9,8 e 6,8 por 1000 nascidos vivos respectivamente (BRASIL, 2012a).

No ano de 2012, no hospital de ensino em estudo, foram admitidas 3.744 mulheres, das quais, 140 apresentaram critérios para diagnóstico de sífilis na gestação. Isto representa uma prevalência de 3,7% em uma única instituição de saúde. Este índice tende a se repetir, haja vista que, no primeiro semestre de 2013 já foram admitidas 94 mulheres também portadoras de sífilis. Vale ressaltar que estas mulheres, na sua maioria, não têm consciência de serem portadoras da sífilis o que contribui para uma banalização da doença, por parte da comunidade. Este quadro demonstra claramente a necessidade de: a) investimentos não somente financeiros, mas e principalmente educativos, dirigidos à população leiga; b) sensibilização de provedores de saúde para ações que culminem na diminuição das taxas de morbimortalidade materna e neonatal decorrente da sífilis.

Envolver toda a família da mulher neste processo de promoção da saúde sexual e reprodutiva é papel que deve ser assumido pelos profissionais de saúde. O diagnóstico no período gravídico-puerperal pode ser a única oportunidade de orientação e tratamento de uma doença cuja manifestação tardia pode levar à morte (BRASIL, 2006).

Considerando a perspectiva da responsabilidade do profissional de saúde na educação da mulher portadora de sífilis, principalmente quando a mesma encontra-se grávida, estudo realizado por Schmeing (2012), revelou que em relação às condutas adotadas pelos profissionais em relação à sífilis na gestação, somente 75% solicitaram o *Venereal Disease Research* (VDRL) no 1º e 3º trimestre de gestação, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Em se tratando dos parceiros das gestantes infectadas pelo *T. pallidum*, 54% foram convocados para vir à unidade de saúde e apenas 20,8% dos profissionais realizaram a visita domiciliar em busca dos mesmos; quatro profissionais enviaram a solicitação do exame do parceiro pela gestante, e outros dois enviaram a prescrição do tratamento sem solicitar o VDRL ou examinar o parceiro.

Os dados encontrados no cotidiano profissional da pesquisadora e os resultados apresentados no estudo acima levam à inferência de que os profissionais de saúde, especialmente aqueles que estão na atenção básica, pouco ou nada valorizam a incidência da sífilis.

Segue-se um questionamento importante: onde estão sendo formados estes profissionais? A resposta é óbvia: nas instituições de ensino superior. Continuando este

raciocínio, verifica-se ainda que os hospitais universitários e de ensino representem o apoio para a prática dos acadêmicos de saúde, durante toda a caminhada da sua formação.

Provavelmente este argumento endossa a ideia de que o ensino superior, em função do seu valor instrumental para a formação acadêmico-profissional e para as atividades de pesquisa científica e tecnológica tem sido crescentemente valorizado no conjunto das políticas públicas em função do lugar estratégico que ocupa na orientação para a cidadania democrática, a justiça social e o desenvolvimento sustentável (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2009).

Os hospitais de ensino têm por encargo gerar, sistematizar e socializar o conhecimento e o saber, produzidos na área da saúde e áreas afins, apoiados na instrução, na pesquisa e na extensão. Servem de campo moderno e dinâmico de promoção da assistência e de excelência à saúde do usuário, agregando-se às políticas públicas de saúde. Têm também como finalidade a capacitação de profissionais para desenvolver habilidades e competências práticas e humanísticas, possibilitando a formação de sujeitos críticos, reflexivos e capazes de transformações que gerem uma sociedade mais equitativa (BRASIL, 2012b). Um hospital de ensino caracteriza-se por ser um espaço acadêmico que prioriza as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento da ciência e tecnologia.

Por ser o tratamento adequado das IST, no primeiro contato entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde, uma importante medida de saúde pública; os hospitais que compõem os complexos universitários são atingidos por essa responsabilidade de contribuir para a valorização da prevenção, do tratamento e com a quebra da cadeia de transmissão das doenças que persistem em apresentar uma elevada incidência, como é o caso da sífilis congênita.

Diante do que foi exposto, investigar ações desempenhadas por essas instituições diante das determinações das políticas públicas de saúde, já formuladas pelo SUS, contribuirá para avaliar as boas práticas da instituição hospitalar de ensino e gerar novas intervenções por meio da identificação de possíveis pontos fragilizados na execução da assistência realizada, como estratégia para oferecer uma assistência de qualidade à população atendida. A partir dos resultados do estudo, espera-se oportunizar reflexão para a formação acadêmica de qualidade aos alunos e profissionais que ali se encontram em busca de conhecimento.

Diante da necessidade de construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença/educação no país, em que a busca da satisfação do cliente e a quebra do paradigma de uma assistência de qualidade são um “sonho” inalcançável no serviço público; buscou-se responder as seguintes questões norteadoras: Qual o comportamento dos casos de

sífilis congênita notificados em um hospital de ensino? Qual o perfil socioeconômico das mulheres com sífilis? O tratamento das mulheres e dos seus parceiros está sendo adequado? Como está sendo realizado o manejo para os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita? Quais os fatores que contribuem para um desfecho desfavorável da gestação?

A temática ora estudada apresenta-se relevante para todos aqueles que trabalham com a saúde da mulher e do recém-nascido, contribuindo para avaliar as práticas da instituição hospitalar de ensino e gerar novas intervenções por meio da identificação de lacunas na execução da assistência realizada.

A partir dos resultados do estudo, espera-se trazer subsídios à organização da assistência, no sentido de melhorar o atendimento desta clientela, prevalecendo a expectativa de concorrer para elaboração e fortalecimento das ações e políticas direcionadas à saúde das mulheres com sífilis.

Deste modo, traçamos como **objetivo geral** avaliar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita notificados em um hospital de ensino. E como **objetivos específicos**, verificar a abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica da sífilis congênita; descrever o perfil socioeconômico das mulheres; verificar a realização do pré-natal das mulheres notificadas; avaliar o tratamento dos parceiros segundo as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde; identificar dados biológicos e seguimento dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita.

Quanto à estrutura do trabalho de pesquisa, o primeiro capítulo, intitulado “Introdução” contém considerações gerais do estudo, justificativa, exposição do problema, objetivos, relevância e estrutura da pesquisa. O segundo capítulo foca a fundamentação teórica do estudo com base no estado da arte sobre sífilis e sífilis congênita. Aborda-se neste tópico a história da sífilis no mundo, o contexto histórico da sífilis no Brasil, aspectos epidemiológicos, estratégia de eliminação, conceito, diagnóstico e tratamento. O terceiro capítulo traz os procedimentos metodológicos, com a caracterização da pesquisa, envolvendo o tipo de estudo, a descrição do local e período, amostra, coleta de dados, análise e aspectos éticos da pesquisa. O quarto capítulo discorre acerca dos resultados obtidos e da análise da série histórica das notificações de sífilis congênita no hospital do estudo. No quinto capítulo, apresentamos as conclusões dos resultados gerados a partir do tratamento dos dados da pesquisa, com possibilidades de outras análises do estudo. Pontua-se a necessidade de a pesquisa subsidiar outras. E por fim, as referências, os anexos e o apêndice.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 História da sífilis no mundo

A história da sífilis é remota e universal. A sua presença foi descrita no Oriente Médio antes de Cristo e sua origem tem sido um assunto controverso e várias teorias tentam explicar o local do seu surgimento (ROTHSCHILD, 2005).

O nome sífilis surgiu em 1530, em um poema intitulado “*Syphilis sive morbus gallicus*”, escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, em que conta o mito do pastor Syphilus que amaldiçoou o deus Sol e foi punido com a doença (SCLIAR, 1996).

Segundo o pesquisador Ujvari (2008), os primeiros achados foram apresentados por volta do século XV, ainda sendo incerto o local: se na Europa ou na América. Corroborando a segunda hipótese, muitos livros de história do ensino médio apresentam a sífilis como a vingança da América para com os colonizadores europeus, descrevendo o regresso de Colombo para o Velho Mundo carregando nas caravelas a bactéria da nova doença. Porém, pesquisadores brasileiros assinalam uma origem mais antiga: a sífilis teria emergido entre 16,5 mil e cinco mil anos atrás (GONÇALVES, 2010).

Nos primeiros anos de aparecimento da sífilis, a referência à doença refletia os conflitos vivenciados na Europa, que levavam um povo a identificar uma doença atribuindo-lhe a culpa da contaminação a outro povo ou nação: mal espanhol, mal italiano, mal francês (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

No século XIX, a sífilis foi associada à prostituição e reforçou-se a ideia de uma feminilidade perigosamente descontrolada e causadora de males aos homens. Nesta época, o comportamento sexual da mulher era tido como demoníaco e subsidiou as decisões governamentais de segregar as prostitutas em zonas (ROSA, 2012).

Até os anos de 1940, todas as políticas contra as doenças venéreas tinham como alvo o sexo feminino e se baseavam em concepções tradicionais de gênero, evidenciando diferentes tratamentos em relação a homens e mulheres e não havendo campanha endereçada a homens e mulheres, simultaneamente (ROSA, 2012). Estas condutas ainda perduram até os dias atuais, na maioria dos serviços de saúde.

Com relação ao diagnóstico, data de 1906 o primeiro teste efetivo para a sífilis: o teste de *Wassermann*. Apesar de alguns resultados falso-positivos, este foi um grande avanço na prevenção da sífilis, visto que a realização de testes antes de os sintomas agudos da doença se desenvolverem permitiu a prevenção da transmissão de sífilis a outros. Na década de 1930, o teste de *Hinton*, com base na floculação, proporcionou a redução das falsas reações

positivas encontradas no teste de *Wassermann*. Ambos os testes iniciais foram substituídos pelos novos métodos analíticos (IMDC, 2013).

Inicialmente, a sífilis tinha manifestações agressivas, caracterizadas por lesões que pareciam grãos de milho na glândula e no prepúcio, pústulas em todo o corpo, que eram seguidas por dores terríveis em braços e pernas que deixavam os soldados desesperados, conforme relato de Marcellus Cumano e Alexandri Benedetto, dois médicos venezianos que serviam no *front* da Batalha de *Fornovo*, em 1495 (QUÉTEL, 1992).

A partir da segunda década do século XVI notou-se o abrandamento das suas manifestações clínicas e a moléstia assumiu características mais próximas das encontradas na sífilis atual. Este fenômeno de atenuação da virulência foi registrado por vários autores da época, como Gabriele Fallopio, famoso cirurgião e anatomista italiano, que chegou a prognosticar a erradicação da sífilis (GERALDES NETO et al., 2009).

O mercúrio, substância usada para o tratamento de vários tipos de enfermidades da pele, principalmente aquelas contagiosas, foi o primeiro tratamento específico da sífilis, sendo utilizado por cerca de 450 anos, até meados do século XX (RODRIGUES, 2009).

Arsênico, bismuto e iodetos foram outras substâncias inicialmente usadas na tentativa de tratar a sífilis, mas mostraram baixa eficácia, toxicidade e dificuldades operacionais. Também mostraram pouca eficácia tratamentos que, inspirados na pouca resistência do *T. Pallidum* ao calor, indicavam o aumento da temperatura corporal por meios físicos como banhos quentes de vapor (AVELEIRA; BOTTINO, 2006).

Provavelmente, o maior impacto tenha sido a introdução da penicilina, tanto pela inovação científica, como pelos benefícios em nível da saúde pública. A descoberta da penicilina representou a conquista mais relevante da história da ciência do século XX (PEREIRA; PITA, 2005).

2.2 O contexto histórico da sífilis no Brasil

Falar de sífilis no Brasil significa se reportar ao período do seu descobrimento, quando esta doença já era relacionada à luxúria e ao pecado, tendo como principal causa o contato entre os colonizadores e nativos. José de Anchieta, padre jesuíta espanhol que viveu no Brasil no final do século XVI, descreveu em seus relatos que os índios tinham feridas em seus órgãos sexuais que não somente os tornavam feios, mas também manchavam e contaminavam as mulheres que com eles tinham contato (PORTAL SÃO FRANCISCO, 2012). Começava assim a disseminação desta patologia no país.

Já nesta época, a sífilis se configurava como um problema de Saúde Pública, visto que atingia igualmente homens e mulheres e se manifestava em todas as idades, sendo responsabilizada pela maior parte dos casos de aborto, por mais da metade dos casos de natimortos e por 80% dos casos de debilidade congênita (CARRARA, 1996).

Ao longo dos anos, pela dificuldade de interferência no comportamento masculino em relação ao costume de frequentar bordéis, o homem passou a ser o vetor privilegiado, pois através dele a doença passava das prostitutas para as “mulheres de família”, que por serem consideradas castas e puras, não eram vistas como vetores. Desta forma, a atuação dos órgãos ligados à vigilância epidemiológica e sanitária ocorria apenas sobre um dos elos da cadeia (as prostitutas), ficando muito mais difícil controlar a endemia (ROSA, 2012).

Provavelmente, até meados do século XX, um fator contribuiu para a disseminação da sífilis, para o seu agravamento e, para a sua subnotificação: a inexistência do rastreamento laboratorial levava à restrição no registro dos casos, uma vez que a relação entre a sífilis e a degeneração genética, envolta em uma atmosfera de discussões carregadas de significados morais levava ao estigma e à necessidade de ocultar os sinais da doença, pois o fato de esta ser considerada um grande fator de vergonha social, impedia, por muitas vezes, que o enfermo procurasse auxílio médico (VIEIRA, 2005).

Ao longo do século XIX, registrou-se o crescimento da endemia sífilítica, condição que de certa forma foi mascarada pela introdução da penicilina, cuja eficácia, fez com que muitos pensassem que a doença estivesse controlada, resultando na diminuição do interesse por seu estudo e controle (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Consoante Carrara (1996), o senso comum denunciado no 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, realizado no Rio de Janeiro em 1918, quanto à alta prevalência da sífilis no Brasil, embasou, até a década de 1920, o constante apelo dos médicos por medidas de combate à doença e suas críticas ao descaso dos diferentes governos republicanos. Esta solicitação culminou com a primeira campanha nacional de combate à sífilis, depois de 1921, que contribuiu significativamente para a redução da grave estatística relacionada à doença. Em 1940, a avaliação numérica da extensão da doença conduzida na 1ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis, durante o governo Vargas, concluiu que a doença permanecia bem alojada no país e resistente aos esforços para erradicá-la, continuando a ser considerada como um fator preocupante para a saúde brasileira.

Com o decorrer das décadas, o crescimento populacional, a desigualdade social, o advento da pílula anticoncepcional, a popularização do uso de drogas e a maior liberação sexual provocaram a exacerbação da incidência da sífilis, tornando-a uma doença

reemergente, de grande importância clínica (YAKUBOVSKY *et al.*, 2006; LIN *et al.*, 2006; SINGH, 2007).

Conforme Figueiredo *et al.* (2009), outros possíveis determinantes para as altas taxas de transmissibilidade da sífilis, principalmente entre adolescentes, seriam: o uso irregular e pouco frequente de preservativos, baixa escolaridade, multiplicidade de parceiros sexuais, sentimentos de onipotência e pouco envolvimento com os aspectos preventivos, denunciando a fragilidade dos programas voltados para a atenção básica.

Outro determinante foi o empoderamento da mulher e o reconhecimento da gravidade da sífilis congênita associados à discussão feminista dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Estes acontecimentos levaram o Ministério da Saúde, pela preocupação com as consequências desta nova realidade e pelo reconhecimento das consequências funestas para a saúde da criança de mãe portadora da sífilis, a atrelar o diagnóstico e o tratamento desta doença ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 (FARAH, 2002). A partir deste programa, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, programaram ações voltadas aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso para as mulheres, entre as quais, o rastreamento da sífilis (SANTOS; SENICE, 2000).

Seguindo as diretrizes do SUS, em 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou o Pacto pela Saúde, com o intuito de fortalecer a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo. Segundo este pacto, cabe aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas de acordo com a realidade local. Este pacto está dividido em três eixos, dentre os quais é relevante, em termo de saúde reprodutiva, o Pacto pela Vida, que prevê como ações prioritárias aquelas que culminem na redução da mortalidade materna e infantil. Para o alcance desta prioridade um dos componentes mais expressivos é a redução das taxas de transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2007a).

A assistência à saúde prestada com qualidade durante a gestação e o parto é um importante determinante da redução de transmissão vertical da sífilis. Embora a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* tenha reduzido sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 1940, a partir da década de 1960 e, de maneira mais acentuada, na década de 1980, tem-se observado tendência mundial de exacerbação da sífilis entre a população em geral, e de forma especial, dos casos de sífilis congênita, tornando-a um dos

mais desafiadores problemas de saúde pública deste início do milênio (FIGUEIRÓ *et al.*, 2007).

2.3 Aspectos epidemiológicos da sífilis no Brasil

A sífilis é o exemplo de uma IST que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. Apesar da facilidade de controle, esta persiste no século XXI como problema mundial de Saúde Pública, acometendo dois milhões de gestantes ao ano e causando impacto negativo na saúde da mulher e de seu conceito (BRASIL, 2010a).

Acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento. As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo (SCHMID, 2007).

Estimativas mundiais sobre o número de IST são afetadas pela quantidade e qualidade dos dados produzidos em diferentes regiões e pelas limitações na compreensão da dinâmica destas doenças em populações vivendo em contextos sociais e econômicos bastante diferentes. No Brasil estes números também são afetados pela qualidade e tempo que estas informações levam para ser produzidas. Desta forma, os sistemas de vigilância tendem a subestimar o número total de casos (SARACENI *et al.*, 2007).

Por isso, nos casos de doenças (transmissíveis ou não) ou agravos passíveis de prevenção e controle pelos serviços de saúde, cuja frequência indica que a população está sob risco e pode representar ameaças à saúde e precisam ser detectadas e controladas ainda em seus estágios iniciais, o MS determinou em suas diretrizes a obrigatoriedade da notificação por parte dos serviços de saúde.

A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos de surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados na Portaria, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes (BELO HORIZONTE, 2014).

A notificação compulsória da sífilis foi instituída inicialmente somente para sífilis congênita, o que ocorreu em dezembro de 1986 (Portaria nº 542). Somente após 19 anos (Portaria MS/SVS Nº 33, de 14 de julho de 2005) esta obrigatoriedade estendeu-se também

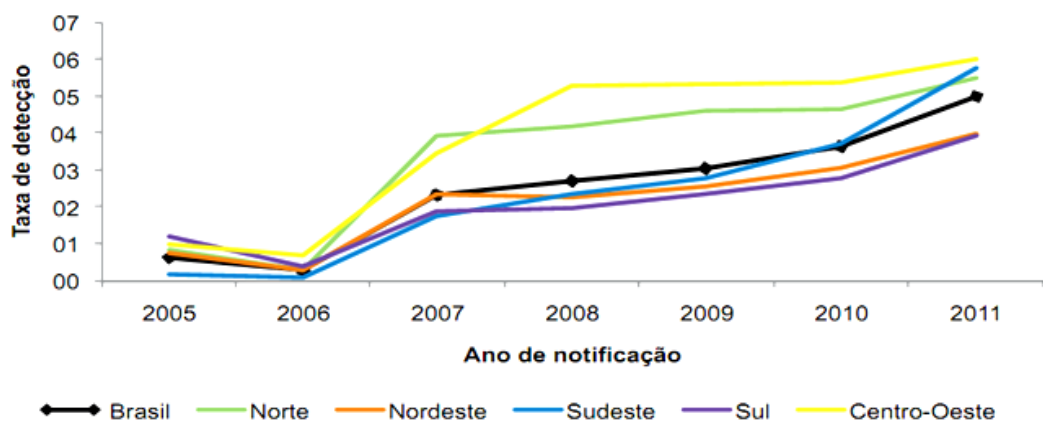
para a sífilis em gestantes. A notificação compulsória da sífilis adquirida ocorreu somente em agosto de 2010, com a Portaria nº 2.472 (BRASIL, 2010b).

A vigilância da sífilis no Brasil utiliza um sistema universal, baseado na notificação e investigação epidemiológica de todos os casos suspeitos por meio do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), sendo este sistema a principal fonte de dados sobre esse agravo. Outras fontes podem também ser utilizadas para conhecer a ocorrência da sífilis, como por exemplo, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e os estudos epidemiológicos (BRASIL, 2010c).

Pesquisadores como Newman *et al.* (2013), informam que 1,36 milhão de mulheres grávidas tiveram sífilis em 2008, resultando neste ano em mais de 520 mil desfechos adversos no parto, incluído abortos, natimortos, mortes neonatais, recém-nascidos com sífilis congênita, prematuridade ou baixo peso ao nascer.

O que se acompanhou ao longo dos anos, tanto para a SC quanto para a sífilis em gestantes, foi um aumento progressivo do número de casos notificados como é demonstrado na Figura 1 que representa a taxa de detecção de sífilis em gestante por 1000 nascidos vivos por região e ano de notificação no Brasil de 2005 a 2011.

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis em gestante por 1000 nascidos vivos, por região e ano de notificação no Brasil de 2005 a 2011.

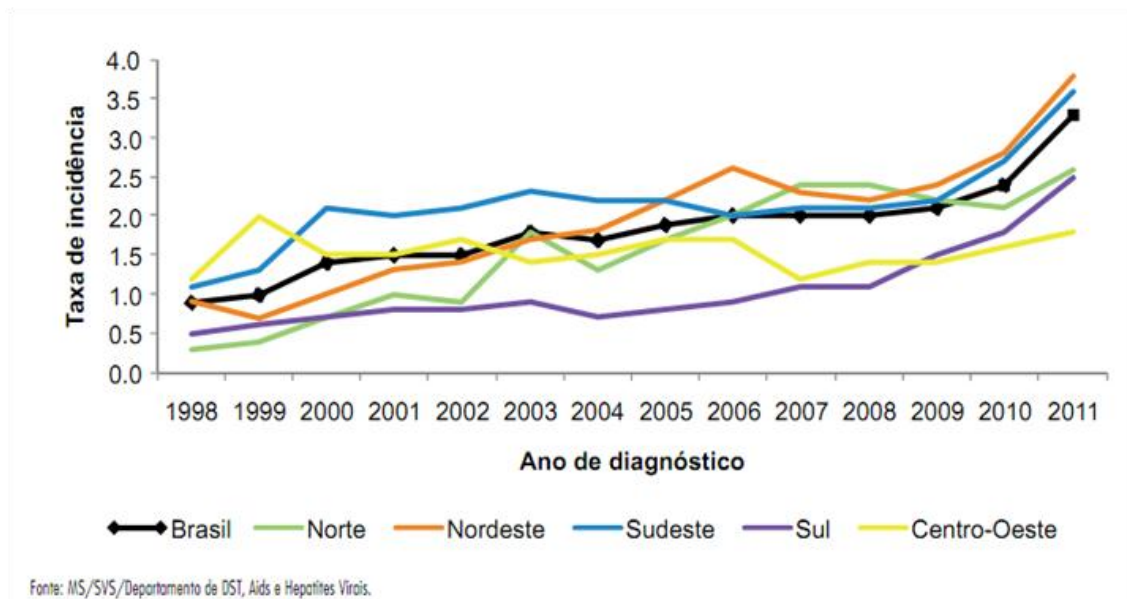


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

A incidência de SC no Brasil em 2011 foi de 3,3 casos por 1000 nascidos vivos. Entre 1998 e junho de 2012, o Brasil registrou através do Sinan 80.041 casos de sífilis congênita. Dentre estes casos, o Nordeste notificou 25.133 (31,4%). Em 2012, o Ceará registrou 965 casos com uma taxa de incidência de 7,6 por 1000 nascidos vivos. Já em 2013,

até 12 de setembro, já tinham sido notificados 511 casos com uma taxa de 6,9 por 1000 nascidos vivos (SESA, 2013). A Figura 2 representa a taxa de incidência de SC em menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos por região de residência e ano de diagnóstico no Brasil de 1998 a 2011.

Figura 2 - Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, por região de residência e ano de diagnóstico no Brasil de 1998 a 2011.



Para reduzir e eliminar a SC como problema de saúde pública, é preciso maior conscientização em nível internacional e nacional, juntamente com um empenho constante para prática das ações simples e eficazes, porém necessárias, tais como: combinar detecção e tratamento de HIV, hepatites e sífilis com outros esforços destinados a melhorar a saúde e o nível de educação para a promoção da saúde de mulheres grávidas. Assim, os esforços para eliminar a SC beneficiariam com a detecção simultânea de infecções de sífilis na população em geral (OMS, 2008).

2.4 Controle e eliminação da sífilis

Desde os anos 1990, o Ministério da Saúde vem através do Programa Nacional de DST/AIDS promovendo ações que objetivam o controle da transmissão da sífilis como meta prioritária. Em 1993, o MS lançou o projeto da eliminação da sífilis congênita, de acordo com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela OMS e pela Organização Pan-

Americana de Saúde (OPAS). Em 1995, por resolução da OPAS, o Brasil, juntamente com outros países da América Latina e Caribe, assumiu o compromisso para a elaboração do Plano de Ação, visando à eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano 2000. Em 1997, o MS passou a considerar como meta de eliminação o registro de até um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos por ano (BRASIL, 2007a).

Na busca de mensurar a qualidade de assistência perinatal, em particular a atenção pré-natal dispensada a cada gestante, o MS passou a incluir a taxa de sífilis congênita como indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008).

Em 2002, com o objetivo de reduzir a taxa de morbimortalidade por sífilis congênita e AIDS, o MS lançou o Projeto Nascer nas maternidades do SUS localizadas em municípios considerados prioritários, que atendem mais de 500 partos por ano. Foram desenvolvidas ações de capacitação de equipes multiprofissionais, no acolhimento, testagem e indicação terapêutica para sífilis, além de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2003).

A detecção da sífilis congênita atende a dois objetivos importantes: o primeiro relacionado ao tratamento precoce e redução de sequelas neonatais e o segundo a notificação compulsória como forma de alimentar os sistemas de vigilância epidemiológica do Brasil. Diante da relevância das duas finalidades, o MS tornou obrigatória a realização do exame VDRL, sorologia não treponêmica para sífilis. Esta obrigatoriedade foi determinada pela Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, que traduz como uma adequada conduta no acompanhamento pré-natal e assistência à gestante, a realização de um VDRL, na primeira consulta, e outro na 28ª semana da gestação. E ainda a realização do exame na mãe durante o percurso do parto, como prática segura (BRASIL, 2007b).

Continuando com a política de valorização da identificação da sífilis congênita, o Ministério da Saúde instituiu no Art. 1 da Portaria Nº 766, de 21 de dezembro de 2004, a expansão para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, a realização do exame VDRL para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas AIH (Autorização de Internação Hospitalar) de partos, sob pena do não recebimento do valor correspondente ao serviço prestado. A comprovação desta conduta exige que o resultado do exame de VDRL seja anexado no prontuário da paciente (BRASIL, 2004).

Apesar da legislação que apoia a detecção precoce da sífilis e a elevada cobertura de pré-natal no país, nota-se a inobservância da rotina preconizada que inclui a testagem para

o HIV e o VDRL, bem como o pouco investimento nas condutas que incluem o tratamento do parceiro das mulheres portadoras de sífilis.

Especificamente em relação à sífilis, o desafio hoje é a formação de profissionais aptos em desenvolver ações relacionadas ao diagnóstico, terapêutica, promoção e proteção da saúde da mulher. A identificação precoce do estado gestacional, o acesso universal à consulta pré-natal e seus recursos, a realização de um número adequado de consultas, o diagnóstico e o tratamento precoce têm impacto positivo na redução da prevalência da sífilis entre mulheres, seus parceiros e seus filhos (SCIENTIA, 2012).

2.5 Diretrizes do SUS para o controle da sífilis

A partir do ano 2000 a sífilis tem sido incorporada às políticas públicas dentro de uma estrutura mais ampla, que é a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM). As ações desta política nacional foram revistas e elaborado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) como parte integrante desse programa. Recomendava-se, desde então, o rastreamento em gestantes, como a estratégia custo-efetiva para reduzir a carga de sífilis congênita e enfatizava-se, em nível internacional, a necessidade de intervenções focadas na assistência pré-natal e no cuidado com o recém-nascido, favorecendo desta forma a redução dos casos de sífilis congênita (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Mais tarde, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que busca a melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, veio reforçar a importância do controle da sífilis, principalmente da sífilis congênita nesta luta de redução das taxas de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

A sífilis congênita é uma doença curável, de fácil diagnóstico, com tratamento eficaz a partir de um protocolo para o seu manejo clínico laboratorial. Mesmo assim, o seu controle continua sendo um desafio para os gestores e profissionais de saúde. A invisibilidade da doença como um problema de saúde pública favorece para que a população ignore os seus sinais e sintomas. A população desconhece a gravidade e as complicações da infecção para a criança e os profissionais nem sempre cumprem os protocolos estabelecidos. Uma parcela considerável de gestores não mantém uma qualidade da atenção no pré-natal com fluxos de acesso a exames, resultados além de disponibilizar tratamentos burocratizados, lentos ou inexistentes (ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE, 2011). Portanto é de fundamental

importância que se investiguem os fatores que têm contribuído para o aumento dos casos de sífilis em gestante, de forma a redirecionar as medidas de prevenção e controle da sífilis congênita.

2.6 A Sífilis

Muitas pessoas compreendem a sífilis como apenas uma IST. Até mesmo com relação a alguns pesquisadores do assunto o conceito registrado em seus estudos condiz com este enfoque. Entretanto, a sífilis não é uma moléstia transmitida apenas pelo contato sexual ou de forma congênita. Ela é uma doença infectocontagiosa aguda e crônica, que tem como agente etiológico uma espiroqueta denominada *Treponema pallidum*, que pode produzir a forma adquirida, pelo contato sexual e a de origem congênita via transplacentária (TALHARI; CORTEZ, 2009). Pode ocorrer também de forma menos frequente, por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e pela transfusão de sangue contaminado. O risco de o parceiro transmitir a bactéria por meio do ato sexual é estimado em torno de 60% (SARACENI, 2005).

2.6.1 Classificação e manifestações

A classificação da sífilis é determinada de acordo com o tempo de duração da infecção que também produz manifestações próprias para cada estágio. Pode ser dividida em sífilis adquirida ou sífilis congênita.

A sífilis adquirida é classificada em três fases:

- Sífilis Primária, que tem início normalmente em torno de 21 dias (podendo variar entre 10 e 90 dias) depois do contágio. A manifestação específica deste estágio é o cancro duro ou protossifiloma, que surge no local da inoculação após a infecção, em torno de três semanas (OMS, 2008).
- Sífilis Secundária, que é caracterizada por uma erupção cutânea em todo corpo, muitas vezes com febre e dores musculares. A fase secundária também dura cerca de 2 a 6 semanas e é seguida de uma fase latente de muitos anos, durante os quais não existem sinais nem sintomas. Contudo, mesmo durante a fase latente, as espiroquetas podem ocasionalmente circular no sangue embora com o decorrer do tempo isto seja menos frequente. O resultado é que virtualmente todos os órgãos do corpo podem ficar infectados (OMS, 2008).
- Sífilis Terciária, que ocorre após vários anos ou décadas do início da infecção e pode tomar a forma de neurosífilis (em que é afetado o cérebro ou a medula espinal), sífilis cardiovascular (implicando a aorta e o coração), ou sífilis benigna tardia (implicando

essencialmente a pele). Sem tratamento antibiótico, estas complicações aparecerão em cerca de 40% das pessoas com infecção latente (OMS, 2008).

2.6.2 Prevenção

Ao começar trabalhar com a prevenção da Sífilis, é necessário refletir sobre o seu modo de transmissão, promovendo ações que incluam antes do tratamento medicamentoso, a conduta preventiva em tempo oportuno. Contudo, se a infecção estiver instalada na gestante, inicia-se outro tipo de prevenção, para evitar a transmissão da mãe para o feto. O intuito do controle da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos, evitando que a doença se propague. No entanto, é necessário realizar a detecção e um tratamento individualizado precoce e adequado para cada paciente. A introdução do teste rápido em parceiros de pacientes ou de gestantes é uma estratégia muito importante neste evento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Para prevenir a sífilis congênita, todas as gestantes deverão realizar o acompanhamento do pré-natal com qualidade, sendo testadas para a sífilis durante os meses iniciais e no meio da gravidez. Para prevenir as infecções no feto, é preciso começar o tratamento na gravidez, o mais cedo possível, pois esta conduta, aumenta a probabilidade de a criança nascer saudável. Se a criança nascer com sífilis, o tratamento imediato pode ser eficaz, com menor chance de complicações, dependendo do estágio de progressão da doença (ANS, 2011).

A atenção ao pré-natal objetiva garantir uma evolução normal da gravidez, buscando identificar situações de risco de modo a prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério, além de preparar a mulher para o parto, puerpério e lactação. Mas, a efetividade destas ações no controle da mortalidade materna e infantil depende não só do acesso como da qualidade dessas atuações.

Quando ocorre a perda de oportunidade de tratamento da gestante com sífilis no pré-natal, a redução das sequelas associadas à infecção pode ainda ocorrer se houver o manejo adequado do recém-nascido exposto por ocasião do parto. A sífilis congênita pode ocasionar no recém-nascido, quadros mórbidos perinatais, incluindo a neurosífilis, além de complicações tardias (SÃO PAULO, 2010).

2.6.3 Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis é laboratorial e baseia-se na execução de um conjunto de exames de acordo com a fase da infecção. De forma geral, a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis.

O diagnóstico laboratorial da sífilis é baseado em exames de microscopia e exames sorológicos. Os métodos mais utilizados no diagnóstico da sífilis são:

Prova direta, é um exame microscópico que comprova a presença do *Treponema pallidum* em material coletado de lesão cutâneo mucosa, de biópsia ou autópsia, assim como de placenta e de cordão umbilical. É um procedimento que apresenta sensibilidade de 70 a 80%. Os fatores que diminuem a sensibilidade do teste são: a coleta inadequada, tratamento prévio e coleta na fase final da evolução das lesões, quando a população de *Treponema pallidum* estará muito reduzida (BRASIL, 2007b).

Sorologia não treponêmica, é o método diagnóstico mais utilizado para detecção do *Treponema pallidum*. A sorologia não treponêmica é realizada através dos exames de VDRL e RPR (Rapid Plasm Reagin), que apesar da simplicidade de execução a técnica quase não é utilizada. O VDRL é o exame padrão no diagnóstico e é indicado para seguimento terapêutico da gestante, do companheiro e do recém-nascido, devido à propriedade de ser passível de titulação e tendo em vista sua elevada sensibilidade - 78 a 100% (BRASIL, 2007b).

Sorologia treponêmica, que segundo o MS (2007b), são testes específicos, úteis para confirmação do diagnóstico, mas de uso limitado para o diagnóstico de recém-nascidos, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. A sorologia treponêmica é realizada através dos exames FTA-abs (*Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*), TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*), ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*). Recomenda-se, portanto, neste caso, análise clínico-epidemiológica de cada evento especialmente o histórico da doença materna, para aplicação de condutas clínicas.

2.6.4 Tratamento

O tratamento da sífilis na gestação deve ser realizado com penicilina G benzatina, pois essa droga é capaz de atingir níveis séricos bactericidas no feto, sendo eficaz nos casos de transmissão transplacentária. Entretanto, há possibilidade de falhas terapêuticas em até 14% das vezes, o que pode estar relacionado à hemodiluição gestacional, à presença de coinfeções ou a esquemas terapêuticos inadequados (BRASIL, 2007b).

O tratamento é considerado adequado quando completo com penicilina, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e o parceiro devendo ser tratado concomitantemente com a gestante; qualquer alteração nos requisitos acima citados configura tratamento inadequado (BRASIL, 2006).

É importante observar que, em mulheres com diagnóstico de sífilis recente, que tenham sorologias negativas e não possuam lesões aparentes e cujo parceiro não tenha sido tratado, a orientação do tratamento da paciente é feita com base no risco considerável de que ela tenha adquirido a doença, esteja na fase inicial e, portanto, apresente grande chance de infectar seu conceito (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

O tratamento e controle de cura da sífilis obedecem a um protocolo elaborado pelo MS, para que o manejo, principalmente na gestante, seja efetuado de forma que não permita falhas, ocasionando a inadequação do tratamento e comprometimento da gestação. A figura 3 mostra como deve ser conduzido este manejo.

Figura 3 -Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as doses	Controle de cura
Sífilis Primária	1 série – dose total: 2.400.000UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis Secundária ou latente	2 séries - 2 doses, total: 4.800.00UI IM	1 semana	VDRL mensal
Sífilis Terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada	3 série - 3 doses total: 7.200.00UI IM	1 semana	VDRL mensal

Fonte: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica.

1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000UI aplicada em cada glúteo.

2.7 Sífilis congênita

O início das definições da sífilis congênita é atribuído aos médicos Lopez de Villalobos e Fracastoro. A sífilis congênita para estes autores estava diretamente ligada à contaminação no momento do parto, ou a transmissão durante a amamentação. A transmissão intraútero foi debatida pela primeira vez pelo pesquisador Paracelsus, famoso médico e alquimista suíço-alemão da primeira metade do século XVI. Ele e outros estudiosos acreditavam que o homem portador do *Treponema pallidum* era capaz de contaminar diretamente o feto em formação, uma vez que muitas gestantes não pareciam infectadas (BROWN *et.al.*, 1970). Este julgamento somente deixou de existir após a introdução dos testes sorológicos para diagnosticar a sífilis. A personalidade no meio acadêmico mais ligada à sífilis congênita foi *Sir Jonathan Hutchinson*, cirurgião e patologista inglês do final do

século XX, por sua definição da tríade de *Hutchinson*, com a deformação dos dentes que foi batizada com o seu nome, a ceratite intersticial e a surdez neurosensorial, por lesão do oitavo par craniano (KOHL; PICKERING, 1990).

Segundo Saraceni (2003), a sífilis congênita no Brasil constitui um evento sentinela de alta magnitude, entretanto, apresenta indicadores desfavoráveis em relação ao seu controle, sendo necessária uma prioridade política para sua abordagem.

A sífilis congênita caracteriza-se pela transmissão ao feto por mãe portadora de infecção ativa em qualquer período da gestação, principalmente nos estágios primário e secundário. Raramente é adquirida por meio do contato com lesão genital, mamária ou durante o aleitamento materno. É uma doença que pode afetar vários órgãos, podendo levar ao óbito neonatal, fetal e a sequelas neurológicas entre outras manifestações (BRASIL, 2012d).

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (ANS, 2011).

A prevenção para a sífilis congênita começa com o diagnóstico e tratamento da gestante antes mesmo do nascimento do bebê. É no período gravídico que esta deve ser tratada o mais precoce possível.

2.7.1 Critérios de definição

Segundo o Ministério da Saúde (2007b), atualmente existem quatro critérios específicos que compõem a definição de caso de sífilis congênita:

- Primeiro critério, que afirma que é portador de sífilis congênita todo recém-nascido ou aborto, ou natimorto, de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmado treponêmico, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratado ou tenha recebido tratamento inadequado;
- Segundo critério inclui toda criança com menos de 13 anos de idade, com titulações ascendentes de testes não treponêmicos, testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade, testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe são características definidoras de casos de sífilis congênita;

- Terceiro critério, que determina que é portadora de sífilis congênita, toda criança menor de 13 anos de idade que obtiver teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita;
- Quarto critério, que diz que toda situação de comprovação de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto são conclusivas para sífilis congênita.

2.7.2 Classificação

A sífilis congênita se classifica também de acordo com o tempo de duração da infecção, apresentando dois tipos: Sífilis Congênita Recente e Sífilis Congênita Tardia. Os sinais e sintomas se diferenciam, dependendo do tipo das manifestações, que pode ser precoce ou tardio. Além disso, a doença tem a possibilidade de permanecer assintomática por muito tempo (BRASIL, 2009).

Na sífilis congênita recente os sinais e sintomas surgem logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida, comumente nas cinco primeiras semanas. Além de gerar a prematuridade e baixo peso ao nascimento, suas principais características são: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, pênfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas, periostite ou osteocondrite, choro ao manuseio, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório ou pneumonia, hidropsia, rinite com coriza serossanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada, principalmente a epitrocLEAR. A letalidade nesta fase é alta (BRASIL, 2009).

A sífilis congênita tardia surge após o segundo ano de vida e o diagnóstico deve ser estabelecido por critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, atentando-se para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *Treponema pallidum* por meio de exposição sexual. As principais características incluem: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de *Hutchinson*), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental (BRASIL, 2009).

2.7.3 Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis congênita acontece através da avaliação por meio de exames complementares e engloba a pesquisa direta do *Treponema pallidum*, testes sorológicos, estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) e exames de imagem. A identificação da espiroqueta por meio de pesquisa direta não é um método de rotina. Entretanto, tendo em

vista a impossibilidade de isolamento do *Treponema pallidum* a partir de culturas, a pesquisa do material coletado de lesão cutâneo-mucosa, de biópsia ou necropsia, assim como de placenta e cordão umbilical, é um procedimento útil. As técnicas para visualização incluem a observação em campo escuro e a imunofluorescência direta, sendo esta a de maior sensibilidade e especificidade (BRASIL, 2007b).

Entre os procedimentos para avaliação diagnóstica que devem ser realizados com o recém-nascido em caso de confirmação materna da sorologia para sífilis, inclui-se além da sorologia não treponêmica acima citada, a realização da radiografia de ossos longos por ser importante na verificação de alterações que costumam ser de ocorrência elevada, especialmente em casos de recém-nascidos infectados assintomáticos cuja única alteração é o achado radiográfico. Como também é recomendada a realização da análise do LCR em todos os recém-nascidos que se enquadram na definição de caso para verificação de neurosífilis (BRASIL 2007b).

2.7.4 Tratamento

Segundo protocolo do Ministério da Saúde, a penicilina procaína ou cristalina, por 10 dias, na dependência do acometimento ou não do sistema nervoso, é a droga de escolha para tratar todas as apresentações da sífilis. A análise clínica do caso indicará o melhor esquema de tratamento (BRASIL, 2006).

A indicação para o tratamento do recém-nascido inclui os neonatos com teste não treponêmico positivo e com achados clínicos e/ou laboratoriais e/ou radiológicos da doença e aqueles assintomáticos, cujo tratamento materno não foi feito ou documentado, não foi completo, não empregou penicilina ou, ainda, realizado nas quatro semanas anteriores ao parto. Deve-se ainda tratar a criança assintomática quando os títulos do VDRL maternos não caíram após tratamento adequado na gestação, se a mãe apresenta evidências de reinfecção ou caso o seguimento da criança não possa ser assegurado. Diante de mães com sífilis primária no terceiro trimestre da gestação e ainda soronegativas, indica-se tratar o recém-nascido. Com a adequação do esquema terapêutico apropriado, a negatificação do VDRL é esperada em torno de 12 a 15 meses após o início do tratamento. É de grande importância advertir que nenhum recém-nascido deve receber alta hospitalar sem que a sorologia materna seja conhecida (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

Em caso da interrupção do esquema terapêutico por período superior a 24 horas, há necessidade de reiniciar o esquema, caso contrário o tratamento será considerado inadequado para a cura.

2.7.5 Manejo clínico

Atualmente, os seguintes exames são preconizados pelo Ministério da Saúde em todos os neonatos filhos de mães soropositivas para sífilis:

- Teste não treponêmico VDRL em amostra de sangue periférico em todos os recém-nascidos cujas mães apresentarem VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita deve ser realizado. Deve-se advertir que o teste VDRL deve ser realizado em sangue periférico e que o sangue do cordão umbilical é contra indicado para este procedimento uma vez que os testes realizados através deste sítio apresentam um alto índice de falsa negatividade como também resultados falsos positivos (GUINSBURG; SANTOS, 2010).

- Radiografia de ossos longos, hemograma e análise do líquido em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso, que é o procedimento padrão obrigatório para acompanhamento e controle do diagnóstico e cura (BRASIL, 2006).

Além disso, deve haver seguimento ambulatorial para acompanhamento clínico até 12 meses de idade, avaliação laboratorial com VDRL até 18 meses (interrompendo o seguimento com dois VDRL negativos consecutivos) e teste treponêmico após essa idade para confirmação do caso, bem como acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico por dois anos (BRASIL, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental de natureza quantitativa. Conforme Prodanov e Freitas (2013), a utilização da pesquisa documental é destacada no momento em que podemos organizar informações que se encontram dispersas, conferindo-lhe uma nova importância como fonte de consulta. As fontes de informação podem ser encontradas em arquivos públicos e particulares, assim como em fontes estatísticas compiladas por órgãos oficiais e particulares.

A pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica. Pesquisas elaboradas com base em documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios (GIL, 2010).

Segundo Diehl (2004), a pesquisa quantitativa, caracteriza-se pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, quando se utiliza de técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

Os métodos quantitativos avaliam a gravidade, o risco e a tendência de ameaças e agravos. Trata-se de probabilidades e associações estatisticamente significantes, sendo importantes para conhecimento da realidade (CODATO; NAKAMA, 2006).

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de ensino de grande porte da rede pública, considerado de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade, no município de Fortaleza e no Estado do Ceará. Sendo uma instituição de ensino, também abrange ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão.

A escolha da instituição deveu-se ao fato de ser um hospital de ensino vinculado ao SUS, com campo de estágio para os discentes das instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, além de manter continuamente a excelência no atendimento humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido. É importante salientar que a instituição é responsável, em

média, pelo nascimento de 3.500 crianças por ano, e que o seu Núcleo de Vigilância Epidemiológica notifica cerca de 140 crianças como portadoras de sífilis congênita anualmente.

3.3 População

Inicialmente, foi realizada pesquisa com todas as mulheres que pariram na instituição em estudo no período de 2007 a 2012, totalizando 28.682 mulheres. Destas, 787 mulheres tinham diagnóstico de sífilis na gestação e tiveram o desfecho do parto ou curetagem notificado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital para sífilis congênita no período de 2007 a 2012, constituindo-se este grupo a amostra censitária do estudo.

Não houve critério de exclusão em decorrência de trabalharmos com o censo, isto é, a pesquisa foi realizada com todos os casos de sífilis congênita da instituição notificados no Sinan no período do estudo.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada no período de junho a novembro de 2013 obedecendo às seguintes etapas:

- Foram obtidos através dos registros o número e as fichas dos casos notificados para sífilis congênita no período entre 2007 a 2012 no Núcleo de Vigilância Hospitalar da instituição da pesquisa.
- Através da ficha de notificação epidemiológica de sífilis congênita fornecida pelo Núcleo de Vigilância Hospitalar (anexo A), foram retiradas as variáveis necessárias para a pesquisa e os números dos prontuários das mulheres atendidas para o parto ou curetagem que tiveram o desfecho da gestação notificado para sífilis congênita. Os prontuários foram usados para resolver as incompletudes apresentadas nas fichas. Os dados foram armazenados e organizados em uma planilha construída no Excel[®] 2010 (apêndice A), composta das variáveis necessárias para a realização da pesquisa e desta forma estabelecendo-se o banco de dados do estudo.
- O banco de dados do estudo foi comparado com o banco do SINAN ajudando em parte as incompletudes deste sistema.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os resultados obtidos foram analisados através do programa estatístico STATA™, versão 11. Realizou-se análise descritiva dos dados, apresentando-se a distribuição de frequência e medidas de tendência central para algumas variáveis. Na análise inferencial, buscou-se eventual associação entre fatores de risco relacionados com as condições biológicas e ambientais (maternas e perinatal) no sentido de compreender melhor o processo saúde/doença que envolve as perdas em mulheres acometidas pela sífilis. Permitindo assim a avaliação do impacto das medidas de saúde adotadas para o seu controle diante das causas e fatores que interferem nesta realidade que ainda é tão preocupante em nosso país.

A análise estatística foi realizada pelo teste qui-quadrado para verificar a homogeneidade das proporções. Adicionalmente, fez-se uma análise de regressão *logit* tendo o desfecho da gestação como variável dependente e como independentes possíveis fatores que contribuem para o desfecho favorável.

Foram analisadas as seguintes variáveis em relação à gestante: sociodemográficas: idade (faixa etária) escolaridade (em anos de estudo), procedência, ocupação, raça autorreferida. Quanto as institucionais: realização do pré-natal, realização do tratamento, momento do diagnóstico e tratamento do parceiro. Em relação ao recém-nascido foram utilizadas as variáveis: sexo, sintomatologia ao nascer, diagnóstico radiológico (alterações), sorologia, VDRL do sangue, VDRL do líquido e alterações liquóricas e evolução do caso.

Os dados foram mostrados descritivamente por meio de figuras, gráficos e medidas estatísticas.

3.6 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, a garantia do anonimato dos sujeitos da pesquisa foi preservada a partir do momento em que não foram utilizados nome ou número de prontuário das pacientes.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos, atendendo as diretrizes da Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Saúde (CNS), que preconiza tratar o indivíduo com dignidade, respeitando a sua autonomia; comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos previsíveis sejam evitados (não maleficência); certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012c). Sendo aprovada sob o protocolo nº 310.203 (anexo B).

Obteve-se autorização da direção da instituição, para acesso aos documentos do Núcleo de Vigilância Hospitalar, cuja formalização se deu pela assinatura do Termo de Autorização de Fiel Depositário (anexo C).

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

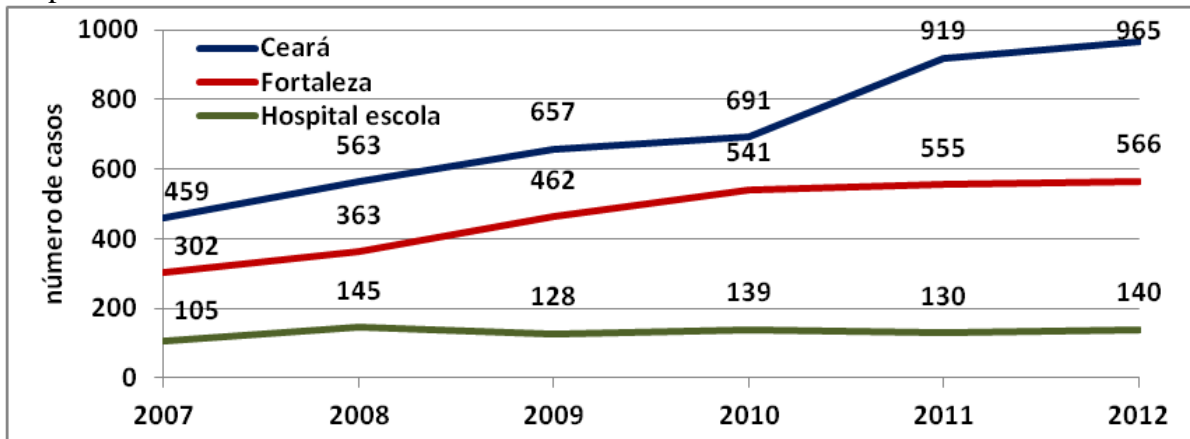
Estudos mostram que dois milhões de mulheres grávidas são contaminadas anualmente pela sífilis, sendo que em torno de 25% destes casos resultam em perdas fetais espontâneas e outros 25% em recém-nascidos com baixo peso ou apresentando infecção grave, estando os dois fatores associados a um risco maior de morte perinatal (OMS, 2008).

Durante o período de 2007 a 2012, foram informados, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), 4.254 casos de sífilis congênita no estado do Ceará (soma de todos os anos). Na capital, segundo dados do SINAN net foram realizadas 2.789 notificações (soma de todos os anos). As incompletudes das informações, importantes para garantir os indicadores necessários para a avaliação das políticas públicas da sífilis, leva a acreditar que ainda existe uma dificuldade no tratamento com os dados como também um problema de subnotificação da doença no nosso estado.

No período de 2007 a 2012 foram notificados no hospital de ensino pesquisado 787 (soma de todos os anos) casos de sífilis congênita, sendo que 68% ocorreram em nascimentos vivos (com 15 óbitos após o nascimento) e 31% em perdas fetais e natimortos (109 abortamentos e 141 natimortos). O coeficiente de mortalidade perinatal no período foi de 9,5 por mil nascidos vivos. A prevalência de sífilis congênita encontrada foi de 2,8% (787 casos em 27.779 nascimentos), o que correspondeu a um coeficiente de 28,3 por mil nascidos vivos.

A Figura 4 mostra uma série histórica com uma tendência de crescimento dos casos notificados durante todo período estudado, no Estado, na capital e no hospital de ensino. Entre os anos de 2010 e 2011, foi observado o maior aumento percentual dos casos notificados no Estado que correspondeu a 32,9%. Já na capital o maior aumento ocorreu entre os anos de 2008 e 2009 com um percentual de 27,2% nos casos notificados. Vale ressaltar que do total dos casos de SC notificados pelo Estado (18,5%) e pela capital (28,2%) no período da pesquisa, foram informados pelo hospital de ensino do estudo, que é referência para o estado confirmando a sua importância na contribuição para o processo da eliminação da sífilis congênita no Ceará.

Figura 4 - Frequência dos casos notificados como sífilis congênita no Estado, na capital e no hospital de ensino



Fonte: Sistema de informação de agravos (Sinan)

Ao comparar os números apresentados pelo estado e pela capital, podemos observar que ainda existe um percentual significativo de casos subnotificados. Almeida e Pereira (2009) afirmam que a sífilis em gestante continua sendo subnotificada tanto em serviços públicos quanto privados, o que colabora para a persistência da infecção e consequentemente uma maior incidência de sífilis congênita.

Segundo o MS as notificações de sífilis congênita aumentaram em 34% entre 2011 e 2012, fato que pode estar relacionado com a melhoria da vigilância epidemiológica, avanço no diagnóstico e tratamento adequado, medidas essenciais para a eliminação da doença (PORTAL BRASIL, 2011).

No Ceará, no ano de 2012 foram notificados e investigados um total de 965 casos de sífilis congênita com uma taxa de incidência de 7,6 por 1.000 nascidos vivos. Em 2013, dados coletados até 12 de setembro, mostraram que foram notificados e investigados 511 casos, com uma taxa de incidência de 6,9 por 1.000 nascidos vivos (SESA, 2013). Estes índices demonstram a necessidade de uma atuação efetiva no controle deste agravo, como também a necessidade de aprimorar a educação em saúde dirigida à população, haja vista se tratar de uma doença totalmente evitável, desde que seja realizado o diagnóstico precoce e instituído tratamento adequado para a gestante infectada e seu(s) parceiro(s).

No período em estudo, foram admitidas no hospital de ensino, 28.682 gestantes. Deste contingente, 787 participaram da pesquisa por apresentarem o exame de VDRL reagente na ocasião da admissão para o parto ou curetagem, sendo todas consideradas portadoras de sífilis, de acordo com os critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Este número representa uma prevalência de grávidas infectadas pelo *Treponema pallidum* de 2,4%

(678/28.682). Este percentual encontra-se subestimado por não ter sido possível analisar o número de admissão para curetagem no período da pesquisa.

Conforme a Tabela 1, o maior número de registro de casos ocorreu no ano de 2008. No entanto, quando analisado individualmente, segundo o desfecho da gestação, a maior prevalência de sífilis congênita nos casos de abortamento ocorreu em 2009, com 23 casos representando 18% das notificações. Em relação aos casos de natimortalidade, a maior prevalência ocorreu em 2011, totalizando 32 casos (24,6%) das notificações. Já em se tratando de nascidos vivos, a maior prevalência se deu no ano 2012, quando foram notificados 108 casos, representando 77,2%. A morbimortalidade de 31,8% (13,9% de aborto + 17,9% de natimortos) apresentada no hospital de ensino no período da pesquisa mostra que apesar da obrigatoriedade da notificação no período gestacional e da existência de políticas públicas de saúde bem definidas, a sífilis ainda contribui de forma expressiva para o desfecho desfavorável na gestação, embora seja prevenível por meio de uma assistência pré-natal de qualidade com o diagnóstico e o tratamento da gestante.

Tabela 1 - Frequência dos casos de sífilis congênita informados por desfecho na gestação

Ano	Aborto		Natimorto		Nascido vivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	20	19	20	19	65	62	105	100
2008	20	13,8	21	14,5	104	71,7	145	100
2009	23	18	28	21,8	77	60,2	128	100
2010	16	11,5	24	17,3	99	71,2	139	100
2011	14	10,8	32	24,6	84	64,6	130	100
2012	16	11,4	16	11,4	108	77,2	140	100
Total	109	13,9	141	17,9	537	68,2	787	100

Estudos sobre a mortalidade por sífilis mostraram que as regiões Norte e Nordeste desde 2002 já apresentavam situações mais desfavoráveis em relação às demais regiões do Brasil (LIMA, 2002).

Pesquisadores como Saraceni (2005), Figueiró *et al.* (2007) e Pires (2007); relatam em seus estudos que a sífilis é um grave problema de saúde pública, responsável por altos índices de morbimortalidade intrauterina levando a um grande percentual de desfecho desfavorável nas gestações.

O Brasil está na lista dos países que pactuaram internacionalmente uma luta para a eliminação da sífilis congênita. Para alcançar este objetivo aproximadamente 6.000 maternidades brasileiras vêm implantando atividades específicas como a realização de teste

rápido para sífilis como triagem no pré-natal, tendo como finalidade alcançar a meta de um caso por 1000 nascidos vivos. O número esperado dos casos de sífilis congênita é baseado na taxa de prevalência de sífilis de 1,6% encontrada no estudo sentinela parturiente, realizado pelo MS (BRASIL, 2012a).

Os números de casos de sífilis congênita em nascidos vivos encontrados nesta pesquisa estão descritos na Tabela 2, em que a análise da série temporal dos dados mostra que a taxa de prevalência em parturientes encontrada no hospital no período da pesquisa correspondeu a 2,7%. Este resultado significa um aumento de quase duas vezes em relação ao resultado encontrado no estudo sentinela parturiente, realizado pelo Ministério da Saúde, em 2011. A prevalência da sífilis é um indicador de grande importância para os gestores de saúde, pois contribui para avaliar o funcionamento dos serviços assistenciais e tomar decisões relacionadas aos recursos humanos, materiais e financeiros das unidades de saúde.

Tabela 2 - Taxa de Prevalência (%) de sífilis materna no período do estudo

Ano	Prevalência (%)	Parturientes	Parturientes com sífilis	Nascidos vivos com sífilis congênita
2007	1,9	5.259	105	65
2008	2,6	5.538	145	104
2009	2,3	5.358	128	77
2010	3,1	4.421	139	99
2011	2,9	4.362	130	84
2012	3,7	3.744	140	108
Total	2,7	28.682	787	537

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital de ensino.

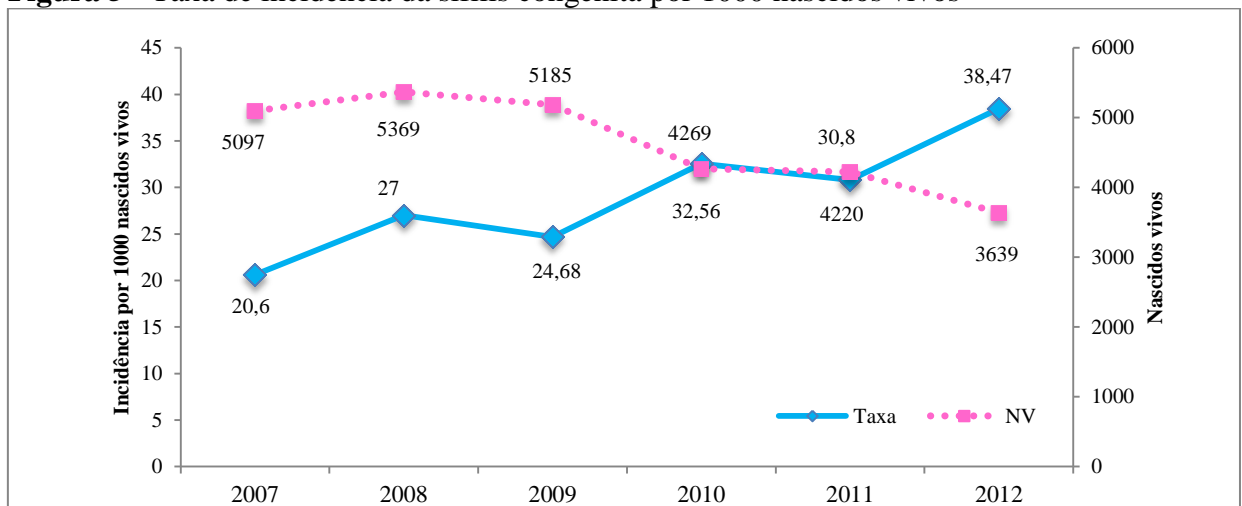
Esta prevalência, em comparação com outros estudos realizados no Brasil e no mundo (SOARES *et al.*, 2003; BRASIL, 2005; RODRIGUES *et al.*, 2004; SARACENI *et al.*, 2007; SZWARCWALD *et al.*, 2007), é considerada alta, principalmente por ter sido esse estudo realizado em uma única unidade hospitalar. Deve ser ressaltado que o hospital de ensino é capacitado para o controle da sífilis, e que são repassados insumos necessários para o diagnóstico e tratamento. Salienta-se ainda o fato de este hospital ser referência do estado e contar com serviço de atenção especializada em HIV/AIDS, voltado para gestantes.

A taxa de prevalência do estudo foi maior que a relatada por Domingues *et al.* (2013) em pesquisa realizada com gestantes atendidas em unidades de saúde da rede SUS no município do Rio de Janeiro nos anos de 2007 e 2008 (1,9%). Foi também superior aos resultados do estudo sentinela realizado em 2006 de 1,6% (BRASIL, 2007a). Isto nos faz crer que ainda estamos muito distantes de atingir o objetivo de um caso de sífilis congênita por

1000 nascidos vivos. A tendência de aumento do evento sífilis congênita confirma esta realidade e sinaliza um número expressivo de casos em uma única instituição. Podemos observar que mesmo com a diminuição no número de nascimentos há uma persistência no aumento do número de casos notificados anualmente. Tudo isto parece evidenciar a inoperância das políticas existentes no combate à sífilis congênita e chama a atenção para a qualidade da assistência, prestada na atenção básica. É imprescindível a necessidade de rever a prática de inclusão da sífilis de forma mais sistemática nas ações assistenciais relacionadas ao diagnóstico e tratamento para interrupção da cadeia de transmissão. Como também é urgente a necessidade de educação permanente qualificada voltada aos profissionais envolvidos com o pré-natal, objetivando contribuir de forma efetiva com a eliminação deste agravo.

A Figura 5 apresenta a distribuição da incidência da sífilis congênita registrada na série histórica do estudo. A taxa de incidência da doença apresenta uma tendência crescente, aumentando 87,9% de 2007 a 2012 (de 20,6 para 38,7 casos/1.000 nascidos vivos). A taxa de incidência anual média da doença no período do estudo é de 28,3 casos por 1.000 nascidos vivos (787/27.779).

Figura 5 - Taxa de incidência da sífilis congênita por 1000 nascidos vivos



Dentre os fatores que contribuem para o aumento da incidência de um agravo como a sífilis congênita, estão as condições favoráveis à transmissão da doença e falhas na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente diagnosticadas e tratadas juntamente com o companheiro. Outros fatores positivos são o aumento na frequência do diagnóstico e da notificação da sífilis em gestantes e recém-nascidos e a introdução da obrigatoriedade da

realização do teste não treponêmico (VDRL) no momento do parto como condição para o recebimento do pagamento do procedimento pelos hospitais do SUS (BRASIL, 2006).

A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública necessita que a sua incidência seja reduzida a menos de um caso por mil nascidos vivos, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento (LIMA *et al.* 2013).

Para melhor individualizar a população notificada neste estudo, as próximas tabelas mostram a descrição das variáveis dos antecedentes epidemiológicos das mulheres portadoras de sífilis.

A sífilis em gestante está intimamente relacionada com alguns fatores de riscos peculiares a determinado grupo da população que podem variar entre as diversas regiões e ao longo do tempo como: a baixa condição socioeconômica e a vulnerabilidade no estilo de vida (KONKA, 2007).

O estudo da variável idade das mulheres com sífilis teve o objetivo de identificar a faixa etária e a sua relação com os possíveis riscos de complicações obstétricas. A idade variou de 12 a 46 anos (média de 24 anos; desvio-padrão de 6,3), 27,7% dos casos eram adolescentes, 54,13% tinham entre 20 e 29 anos, consideradas adultas jovens e 18,17% tinham 30 e mais anos de idade (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo idade materna por faixa etária

Faixa etária mãe	n	%
< 20 anos	218	27,7
20 a 29 anos	426	54,13
≥ 30 anos	143	18,17
Total	787	100

Um aspecto relevante é o elevado número de casos de sífilis entre gestantes adolescentes. Destaca-se que, a cada quatro casos notificados, um ocorreu em adolescente. Dados semelhantes foram encontrados também no estudo realizado em Fortaleza-CE, onde 34,5% das gestantes com VDRL positivo também se encontravam na adolescência (CAMPOS *et al.*, 2010). Este é um dado importante e que preocupa, pois sugere a ocorrência de iniciação sexual precoce e desprotegida nesta faixa etária. O maior percentual foi encontrado em mulheres de 20 e 30 anos, caracterizando-se um grupo de adultas jovens, que se encontram no apogeu da fertilidade. Os resultados são semelhantes aos encontrados em estudos anteriores: Figueiró *et al.* (2007); Belda Jr. *et al.* (2009) e Gondim *et al.* (2012). Os dados merecem

atenção, para que a educação em saúde para prevenção à sífilis seja direcionada a todas as idades.

Ao analisar a raça/cor autodeclarada pelas mulheres, a Tabela 4 mostra que a grande maioria 66,2%, autodeclarou-se de cor parda, seguido de 10,04% de cor branca; 8,89% de cor negra e 0,13% se autodeclarou indígena. Destaca-se o percentual de mulheres com raça ignorada 14,74%, o que revela um sub-registro considerável nesta variável.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a raça da mãe

Raça da mãe	N	%
Branca	79	10,04
Preta	70	8,89
Parda	521	66,20
Indígena	1	0,13
Ignorado	116	14,74
Total	787	100,00

Estes dados são semelhantes aos encontrados no Distrito Federal, quando foi verificado que 54,7% das mulheres se autodeclararam pardas, seguidas das que se autodeclararam brancas com um percentual de 25,3%, preta de 15,5% e 0,45 se autodeclarou indígena (TAVARES *et al.*, 2012).

Resultados diferentes foram encontrados em estudo com gestantes em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, que apresentou uma prevalência maior em mulheres que se autodeclararam de cor preta. (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Quanto à variável escolaridade, se levou em consideração que as mulheres que têm um melhor nível de escolaridade, apresentam melhores condições de entendimento acerca da sífilis e de suas complicações e que a baixa escolaridade dificulta este processo de entendimento e prevenção. O grau de instrução determinou-se pelos anos de estudo. A escolaridade das mulheres variou de não alfabetizadas a educação superior completa (média de 3,7 anos de estudo, desvio-padrão de 2,1), 8,3% dos casos ainda frequentavam a escola.

A Tabela 5 revela que a maior frequência é encontrada nas mulheres que tinham de 5 a 9 anos de estudo (49,94%), variando do ensino fundamental incompleto ao ensino fundamental completo; seguido das que tinham de 10 e mais anos de estudo (23,51%). Vale chamar a atenção para o alto índice de analfabetismo (26,6%) das mulheres do estudo. A maior parte desta população apresentou anos de escolaridade incompletos, seja no ensino fundamental seja no ensino médio. No Ceará, pouco mais de 70% da população feminina é

alfabetizada e, aproximadamente 80% tem menos de oito anos de estudo (BEZERRA FILHO *et al.*, 2007).

Tabela 5 - Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a escolaridade materna

Anos de estudo	N	%
0 anos	21	2,66
1 a 4 anos	125	15,88
5 a 9 anos	393	49,94
10 e + anos	185	23,51
Ignoradas	63	8,01
Total	787	100

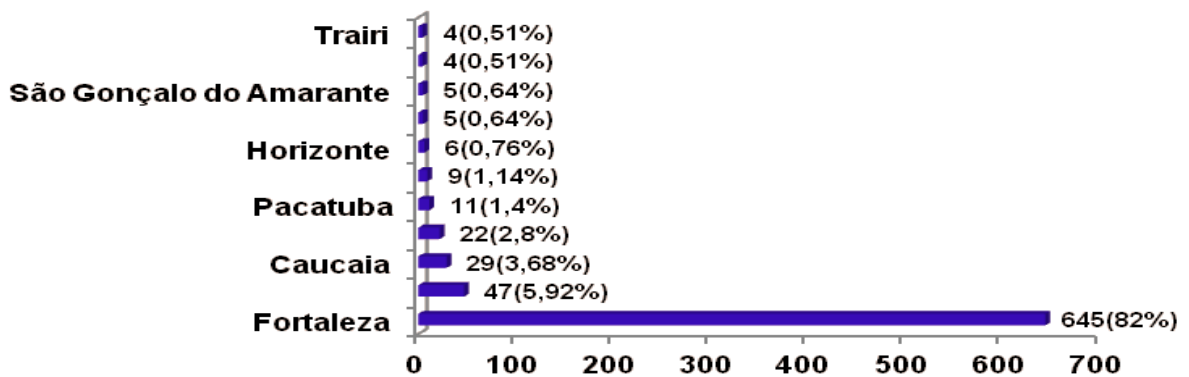
O grau de instrução é um indicador usado como medida de qualidade de vida e desenvolvimento econômico. A baixa escolaridade possivelmente está relacionada ao baixo nível socioeconômico, que por sua vez está relacionado à falta de conhecimento sobre as IST e a importância da sua prevenção para a saúde da mãe e do seu conceito (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Já segundo Rodrigues *et al.*(2008), ainda que as gestantes infectadas pela sífilis possuíssem uma escolaridade superior, deve-se destacar que a falta de conhecimento sobre a doença e a escassez de informações podem dificultar a compreensão das particularidades da infecção. A baixa escolaridade de mulheres portadoras de sífilis também foi observada em estudos realizados por Brito, Jesus e Silva (2009), em Olinda-PE.

Estudo realizado em Salvador-BA, que analisou as características maternas e dos recém-nascidos com sífilis através das fichas de investigação/notificação registradas no Sinan, mostrou que 35,7% das gestantes tinham cursado até o ensino fundamental completo (ALMEIDA; PEREIRA, 2007). Isto vem colaborar com os nossos resultados quando encontramos um percentual de 68,49% de mulheres que tiveram seus recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita tendo também cursado somente até o ensino fundamental completo.

A variável procedência auxilia no entendimento da importância da referência do hospital de ensino para região metropolitana de Fortaleza e demais cidades do interior.

A Figura 6 mostra que 82% das mulheres tem como município de residência a cidade de Fortaleza. Os demais casos, 18%, são do interior do Ceará. As dez cidades com maior registro, em ordem decrescente, foram: Fortaleza (82%), Caucaia (3,68%), Maracanaú (2,8%), Pacatuba (1,4%), Maranguape (1,14%), Horizonte (0,76%), São Gonçalo do Amarante (0,64%), Pacajus (0,64%), Trairi (0,51%) e Pentecoste (0,51%).

Figura 6 - Distribuição dos casos de sífilis congênita, segundo a procedência das mães

Os resultados mostram que o hospital de ensino é o local de referência para as pacientes de alto risco procedentes do interior e que a sífilis encontra-se dentro deste diagnóstico.

A variável ocupação é um fator associado à condição socioeconômica que tem repercussão direta no aspecto saúde da mulher e, conseqüentemente, do recém-nascido.

A Tabela 6 mostra a distribuição das mulheres em relação a sua ocupação. Observa-se que o maior percentual é de mulheres que afirmam ter ocupação relacionada ao trabalho doméstico (69,12%). Outras ocupações que aparecem em menor escala são estudantes (8,26%) e autônomas (2,29%). Ocupações como: professoras, profissionais de saúde, fotógrafas, artesãs entre outras, são citadas e agrupadas em outras atividades por representarem um percentual menor (14,10%). Um dado importante é o fato de que 49 mulheres têm em seus registros, esta variável ignorada, representando 6,23% do total da amostra estudada.

Tabela 6 - Distribuição dos casos de sífilis congênita segundo ocupação das mães

Ocupação	N	%
Autônoma	18	2,29
Atividades domésticas	544	69,12
Estudante	65	8,26
Outras atividades	111	14,10
Ignorada	49	6,23
Total	787	100,00

O resultado da pesquisa é semelhante a outros estudos que revelaram um percentual importante de mulheres que não exercem atividades remuneradas: (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011 e SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006), fato que aumenta a vulnerabilidade social. Embora em quantitativo menor, nota-se que as mulheres

portadoras de sífilis também apresentam outra profissão que não os cuidados com o lar, nos levando a sugerir que a sífilis necessita ser investigada em outras classes sociais e em outros estabelecimentos de saúde como, por exemplo, os hospitais privados.

A variável referente ao Pré-Natal mostra através de pesquisas, que um controle pré-natal adequado contribui para a redução da transmissão de doenças que possam comprometer a saúde da gestante e do seu filho. Segundo Lemos *et al.* (2005) o Brasil oferece uma elevada cobertura de pré-natal, ficando acima de 85% com uma razão de cinco consultas por parto no SUS. Apesar desses dados, a qualidade da assistência à gestante revela-se seriamente comprometida quando a taxa de incidência de doenças como a sífilis cresce anualmente tornando-se um problema de saúde pública.

De acordo com a Tabela 7, das 787 grávidas infectadas pelo *Treponema pallidum*, 34,43% das mulheres deixaram de realizar o acompanhamento de pré-natal na gestação. Esta realidade contraria as orientações estabelecidas pelas políticas públicas para a eliminação da sífilis congênita, segundo as quais a captação da gestante na atenção primária para a realização do pré-natal deve ocorrer o mais precoce possível. Vale salientar também o percentual de 7,75% de sub-registro, ou seja, falta de documentação sobre a realização ou não de segmento pré-natal, fato que poderia contribuir para um aumento da não realização deste seguimento.

Tabela 7 - Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, segundo a realização do pré-natal

Realizou pré-natal	N	%
Sim	455	57,82
Não	271	34,43
Ignorado	61	7,75
Total	787	100,00

Os dados vêm colaborar com o estudo realizado por Alves *et al.*(2009), que identificou o aumento anual do número de casos de sífilis congênita revelando uma assistência ainda muito deficiente, mesmo entre as mulheres que tinham realizado o pré-natal. Essas gestantes chegaram às maternidades sem diagnóstico e tratamento estabelecidos pelos profissionais que acompanharam esse seguimento.

No referente ao momento do diagnóstico da sífilis materna, o estudo sentinela parturiente do MS, documentou que há um grande contingente de parturientes com sífilis que só têm o diagnóstico da doença por ocasião do parto ou curetagem, apesar de terem realizado

pré-natal (SZWARCOWALD *et al.*,2007). Este fato é observado em pesquisas sobre o assunto e os resultados do presente estudo também estão nesta direção.

A Tabela 8 mostra que somente 34,30% das mulheres tomaram conhecimento da positividade para sífilis no pré-natal. A grande maioria 59,47% conheceu o seu *status* sorológico no momento da internação para o parto ou curetagem, e 6,23% somente tiveram esse diagnóstico após o parto ou curetagem.

Tabela 8 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo momento do diagnóstico da sífilis materna

Momento de diagnóstico materno	N	%
No Pré-natal	270	34,30
No momento do parto	468	59,47
Após o parto	49	6,23
Total	787	100,00

Autores como Figueiró *et al.* (2007), e Brito, Jesus e Silva (2009) têm salientado que entre os fatores relacionados com a elevada prevalência de sífilis congênita, o mais relevante seria a falta de qualidade na assistência pré-natal. Este dado vem ao encontro dos observados neste estudo, devido ao alto número de mulheres que realizaram exame sorológico apenas no momento da internação para parto ou curetagem.

A realização do pré-natal é a oportunidade única de efetivação do controle da sífilis congênita, quando são realizadas as ações preventivas de saúde da gestante. É neste segmento que a equipe de saúde pode diagnosticar precocemente, tratar de imediato, orientar quanto a hábitos de vida e também identificar fatores mórbidos que podem acometer a mulher na gravidez, contribuindo assim com as políticas públicas para eliminação de agravos que põem em risco a saúde da gestante e do feto (BRASIL, 2007a). O início do pré-natal no 1º trimestre da gestação; com pelo menos seis consultas; solicitação dos exames, incluído o VDRL na primeira consulta e anotações de todos os resultados, inclusive de avaliações referentes à mãe e ao feto, são fatores essenciais para a qualidade na assistência à gestante.

Quanto à variável tipo de tratamento da sífilis em gestante, estudos afirmam que é grande a proporção de mulheres com sífilis que não são beneficiadas com as ações terapêuticas recomendadas pelo PHPN em relação ao controle e prevenção da transmissão vertical, apesar de já contar com um tratamento estabelecido há 71 anos, ser de baixo custo e ter eficácia comprovada (WHO, 2012; AMARAL, 2012).

A Tabela 9 apresenta a distribuição do número de gestantes em relação ao tratamento para sífilis. Pode-se observar que, segundo as recomendações terapêuticas do MS (BRASIL, 2007b), o tratamento pré-natal da sífilis materna é inadequado em 22,49% das mulheres. Um elevado contingente de mulheres 71,7% nem sequer são tratadas. Somente 5,84% das mulheres são tratadas adequadamente.

Tabela 9 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo o esquema de tratamento das mulheres

Esquema de tratamento das mulheres	N	%
Adequado	46*	5,84
Inadequado	177	22,49
Não tratada	564	71,67
Total	787	100,00

Nota: Tratamento Adequado é aquele realizado com penicilina cristalina na dose apropriada para o estágio da doença, finalizado pelo menos com 30 dias antes do parto e com o tratamento do parceiro concomitante ao da gestante (BRASIL, 2007).

* 1 puérpera foi tratada sem realizar pré-natal

Os recém-nascidos de mães com tratamento inadequado devem ser submetidos, segundo protocolo do MS, ao exame físico minucioso e ao VDRL, além de realizarem hemograma, Rx de ossos longos e punção lombar para o exame do líquido. De acordo com os dados clínicos e laboratoriais, o recém-nascido deve ser submetido a um esquema de tratamento, que varia desde uma aplicação em dose única de penicilina benzatina até esquemas de dez dias de penicilina cristalina com três doses diárias (BRASIL, 2007b). O tratamento inadequado da gestante predispõe o recém-nascido a condutas invasivas e a riscos de outras infecções.

A Tabela 10 exhibe números que destacam o quadro, de certa forma crítico, com relação ao manejo clínico da sífilis materna no pré-natal. Somente 9,89% das mulheres que realizaram o pré-natal foram tratadas adequadamente. A grande maioria (52,53%), não recebeu nenhum tipo de tratamento e 37,58% receberam tratamento inadequado.

Tabela 10 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo o tipo de tratamento no Pré-natal da mãe

Tratamento no pré-natal	N	%
Adequado	45*	9,89
Inadequado	171	37,58
Não realizado	239	52,53
Total	455	100,00

Nota: Tratamento Adequado é aquele realizado com penicilina cristalina na dose apropriada para o estágio da doença, finalizado pelo menos com 30 dias antes do parto e com o tratamento do parceiro concomitante ao da gestante (BRASIL, 2007).

* 1 puérpera foi tratada sem realizar pré-natal

Pode-se afirmar que menos de 10% das gestantes estavam aptas para proteger seu filho contra sífilis congênita, visto que segundo Schetini (2005), o tratamento inadequado é uma causa constante de sífilis congênita.

Procurando encontrar à causa para a não adesão ao tratamento por parte das mulheres grávidas, parece evidente o desconhecimento da gestante quanto à existência da sífilis e sua gravidade. Este argumento propõe o reforço para a educação em saúde e o tratamento supervisionado. Esta realidade sugere que as políticas públicas desenvolvidas para garantir uma assistência de qualidade no seguimento pré-natal não estão sendo suficientes para garantir o controle da sífilis congênita e o cumprimento da meta na redução da sua incidência.

É importante ressaltar também, que a falta de tratamento ou o tratamento inadequado do parceiro é um dos critérios para definir casos de sífilis congênita. Percebe-se claramente que o controle da sífilis na gestação torna-se limitado diante do grande número de gestantes e parceiros que não realizam tratamento adequado. Dessa forma, a população com sífilis vivencia a ineficiência das políticas públicas em relação à eliminação da sífilis congênita no Brasil.

Os resultados se repetem ao analisarmos os números quanto ao tratamento do parceiro. A partir da Tabela 11 observa-se que 94,16% dos parceiros não recebem tratamento para sífilis e que somente 5,84% são tratados adequadamente.

Tabela 11 - Frequência dos casos notificados como sífilis congênita, em relação ao tratamento do parceiro

Tratamento do parceiro	N	%
Sim	46	5,84
Não	741	94,16
Total	787	100,00

Há na literatura pouco detalhamento acerca das questões que envolvem as dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis, sendo estas limitadas à adequação ou não do tratamento recebido (HOLANDA *et al.*, 2011).

Para o Ministério da Saúde o parceiro de gestantes com sífilis ou IST deve ser captado para realização do tratamento. Ainda que exista a dificuldade do comparecimento à unidade de saúde, o mesmo deve ser motivo de busca ativa pela equipe da vigilância epidemiológica ou da saúde da família da área de abrangência, e ser considerado portador da doença, mesmo que não apresente qualquer sintoma clínico, devendo receber o mesmo tratamento da gestante. Se necessário, devem-se criar estratégias para atender a esse público (BRASIL, 2006; LEITÃO, 2009).

A Tabela 12 mostra que os títulos dos VDRL maternos no parto, variaram de 1:1 a 1:512. A titulação mais frequente foi 1:2 (18,81%), seguida da titulação de 1:32 (15,50%). É importante lembrar que 43,84% das mulheres do estudo apresentam como resultado do teste não treponêmico (VDRL), titulações consideradas baixas necessitando que o diagnóstico da sífilis materna seja instituído através do teste treponêmico (FTA-Abs), descartando, assim uma cicatriz sorológica ou um teste não treponêmico falso positivo em cumprimento das diretrizes do Ministério da Saúde. A necessidade da observância das diretrizes dentro de um hospital de ensino deve ser cumprida, estabelecendo, assim, uma formação adequada para os profissionais em formação como para aqueles que ali se encontram para aperfeiçoamento da sua profissão.

Tabela 12 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo a titulação da gestante no parto

Titulação do VDRL da mãe	N	%
1	95	12,07
2	148	18,81
4	102	12,96
8	101	12,83
16	105	13,34
32	122	15,50
64	75	9,53
128	33	4,19
256	4	0,51
512	2	0,25
Total	787	100,00

As baixas titulações apresentadas no resultado dos exames de VDRL devem ser confirmadas através do teste treponêmico, sempre que possível, e na inviabilidade da sua realização, todas as titulações devem ser definidas como doença aguda e o indivíduo tratado como portador de sífilis (BRASIL, 2006).

Quanto à titulação do VDRL o MS recomenda que toda gestante que apresente titulação abaixo de 1:8 deve realizar o teste confirmatório possibilitando, assim, descartar os resultados falsos positivos do exame VDRL, já que são possíveis de ocorrer nos casos de infecções virais, linfomas, colagenoses, endocardite e inclusive pelo próprio estado da gravidez (BRASIL, 2007a).

Os resultados desta pesquisa em relação ao exame confirmatório de sífilis mostram através da Tabela 13, que somente 6,99% do total das gestantes realizaram o exame confirmatório para sífilis, enquanto 93,01% deixaram de confirmar o diagnóstico. Analisar este número pode trazer mudanças nas condutas dos profissionais de saúde, diante da recomendação da realização do teste treponêmico confirmatório da infecção, evitando assim que muitos recém-nascidos considerados infectados possam não estar contaminados e ainda assim submetidos a exames invasivos como a punção lombar além de hospitalização prolongada para antibioticoterapia. Talvez o simples cumprimento desta recomendação pudesse diminuir o número de casos de sífilis congênita no Brasil.

Tabela 13 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo a realização do teste confirmatório para sífilis (FTA-abs)

Teste confirmatório para sífilis	N	%
Realizado	55	6,99
Não realizado	732	93,01
Total	787	100,00

Os números encontrados revigoram a ideia de que a atenção ao seguimento pré-natal não pode e não deve ser medida apenas em número de consultas multiprofissionais realizadas, devendo-se considerar mais uma vez a qualidade da assistência prestada a esta população.

Um estudo realizado em Mato Grosso do Sul comparando a infecção por sífilis em gestantes nos anos de 2006 e 2011 mostrou que o resultado da pesquisa proporcionou a mudança da forma de rastrear a sífilis no estado. Diferentemente dos outros estados do País, o rastreamento da sífilis em Mato Grosso do Sul, é realizado pelo teste treponêmico e não pelo VDRL como preconiza o Ministério da Saúde (FIGUERÓ FILHO *et al.*, 2012). Pode-se

observar que uma mudança positiva no manejo pode contribuir para medidas eficazes no sentido de não perder a oportunidade de diagnóstico e tratamento desta gestante.

A utilização do cartão de pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e na unidade hospitalar está de certa forma interligada, uma vez que os profissionais de saúde que deles fazem parte utilizam este meio para um diálogo indireto, porém preciso. O que reforça a necessidade de que as informações cheguem ao hospital completas e corretas e regressem da mesma forma para a ESF pertencente aquela gestante já puérpera (SOUZA, 2013).

Na Tabela 14 é mostrada a estratificação das 455 gestantes que realizaram o pré-natal, quanto à identificação da unidade de saúde onde foi realizado o seguimento. Observa-se que 43,3% não tinham o nome da unidade registrada no cartão da gestante, dificultando assim qualquer contra-referência que pudesse favorecer ao seguimento da puérpera e do recém-nascido na atenção básica.

Tabela 14 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, segundo a identificação da unidade de saúde do Pré-natal

Identificação da unidade de saúde	N	%
Identificada	258	56,70
Não identificada	197	43,30
Total	455	100,00

Segundo Santos Neto *et al.*,(2012) é importante a avaliação dos cartões das gestantes pois permite inferir a qualidade da assistência pré-natal nos serviços de saúde. A incompletude ou ausência de registros no cartão da gestante pode gerar uma ideia de descaso dos profissionais de saúde por ele.

O interesse do profissional de saúde pela redução do número de casos de sífilis congênita é primordial, já que as informações que devem constar no cartão da gestante, indispensáveis para um acompanhamento adequado e de qualidade é de responsabilidade deste profissional (MACEDO *et al.*, 2009; ARAUJO *et al.*, 2008; FIGUEIREDO *et al.*, 2009; CAMPOS *et al.*, 2010).

A seguir apresentam-se as características dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, quanto ao sexo, aos dados laboratoriais e clínicos, de tratamento e evolução do caso. Essas características favorecem a compreensão do perfil da assistência direcionada à amostra.

Das 537 crianças (Tabela 15), verificamos que 51,58% são do sexo feminino e 48,42% do sexo masculino. Quanto ao resultado do teste não treponêmico (VDRL) no sangue

periférico, destacaram-se os resultados reagentes: 403 casos, dos quais, 51,96% apresentaram resultados do exame VDRL, uma titulação menor ou igual ao resultado da titulação materna. Este é um dado importante e que chama atenção para a necessidade de um exame físico minucioso e a observância do manejo para a confirmação ou não do diagnóstico. Destaca-se o fato de que 3,16% dos recém-nascidos, não realizaram o exame necessário para o diagnóstico de sífilis congênita, mostrando a inadequação do manejo. Do total da amostra de recém-nascidos, 62,2% apresentaram-se sintomáticos em relação ao diagnóstico clínico, apresentando sinais e sintomas (icterícia, anemia, rinite muco-sanguinolenta, hepatomegalia, esplenomegalia, osteocondrite, lesões cutâneas e pseudoparalisia entre outras), que ajudam na identificação do caso de sífilis congênita, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde. Os outros 29,05% apresentaram-se assintomáticos em relação a estes sinais e sintomas.

Tabela 15 - Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, de acordo com os dados biológicos e a infecção na ocasião do parto

Varáveis	N	%
Sexo do recém-nascido		
Masculino	260	48,42
Feminino	277	51,58
Total	537	100,00
VDRL do recém-nascido		
Não reativo	124	23,09
≤ título materno	279	51,96
> título materno	117	21,79
Não realizou	17	3,16
Total	537	100,00
Presença de sinais e sintomas		
Presentes	334	62,20
Ausentes	156	29,05
Ignorado	47	8,75
Total	537	100,00

Os resultados em relação aos sinais e sintomas apresentaram-se diferentes daqueles encontrados nos estudos do Ministério da Saúde (2006), Brasil (2010) e Donalísio *et al.* (2007), segundo os quais a metade do percentual de recém-nascidos portadores de sífilis congênita é assintomática ao nascimento e o surgimento dos primeiros sintomas geralmente ocorre, nos primeiros três meses de vida. O resultado sinaliza a importância de um exame físico detalhado e exames complementares realizados para que estes sinais e sintomas possam

ser evidenciados e relatados nos registros dos prontuários e corretamente interpretados quando do preenchimento da notificação epidemiológica.

Como já mencionado anteriormente, os recém-nascidos de mães consideradas inadequadamente tratadas devem ser submetidos ao exame físico mais detalhado em busca de sinais e sintomas que auxiliem no diagnóstico. A realização do teste não treponêmico (VDRL) é o procedimento padrão para que este diagnóstico seja bem conduzido, uma vez que o fluxo do manejo é iniciado a partir do seu resultado. A demora ou a não realização deste exame traz prejuízos inestimáveis para o recém-nascido, desde o prolongamento da internação, com os riscos de infecções outras, até a alta sem diagnóstico e tratamento, o que aumenta o risco de morbidade no primeiro ano de vida.

Na Tabela 16 ressalta-se que 68,9% dos recém-nascidos tinham até um dia de vida ao realizar o VDRL. A rapidez do diagnóstico favorece a um tempo menor de internação hospitalar e a um tratamento precoce que reduzem os riscos de complicações. Entretanto um número considerável (24,95%) demoraram entre 2 e 5 dias de vida para que o exame fosse realizado. Há ainda uma parcela de 2,99% que tinham entre seis e mais de 10 dias de vida, quando foi efetivada a coleta do exame. Considerando que o tratamento para sífilis congênita é concluído em 10 dias, com a demora em realizar o exame, aumenta a permanência do recém-nascido no hospital. Vale chamar atenção o fato de que 0,75% dos recém-nascidos somente realizaram o VDRL após 10 dias de vida, nos levando a acreditar que tenham recebido alta sem o diagnóstico.

Tabela 16 - Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, em relação à idade no diagnóstico

Idade do recém-nascido (em dias) na realização do VDRL	N	%
≤ 1	370	68,90
2 a 5	134	24,95
6 a 9	12	2,24
≥ 10	4	0,75
Não realizado	17	3,16
Total	537	100,00

A observância das recomendações do Ministério da Saúde para o manejo do recém-nascido com sífilis congênita está deixando de ser seguida conforme mostra a Tabela 18. Um percentual considerável de procedimentos deixou de ser realizado. Pode-se observar que somente 33,15% dos recém-nascidos foram conduzidos corretamente em relação à

realização do Rx de ossos longos, impossibilitando o diagnóstico de possíveis lesões ósseas em 66,85% dos recém-nascidos da amostra.

O diagnóstico radiológico na sífilis congênita é fundamental para descartar outras patologias ósseas. A importância desta avaliação deve-se ao fato de que são encontradas lesões em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de sífilis congênita (BRASIL, 2013b).

A punção lombar foi realizada em 60,15% dos recém-nascidos. Segundo o MS (2013) apesar de as alterações líquóricas poderem estar presentes em outras infecções do recém-nascido, o exame pode auxiliar no tratamento e seguimento do mesmo, além do que, é o procedimento que viabiliza o diagnóstico para neurosífilis. Adverte-se que 39,85% dos recém-nascidos não foram submetidos a este procedimento. Apesar do alto índice de realização do hemograma (95,9%), há ainda uma parcela de recém-nascidos (4,1%) que não fizeram este exame.

Tabela 17 - Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, de acordo com a realização de exames complementares para o diagnóstico

Exames complementares	N	%
Rx de ossos longos		
Realizou	178	33,15
Não realizou	359	66,85
Total	537	100,00
Punção lombar		
Realizou	323	60,15
Não realizou	214	39,85
Total	537	100,00
Hemograma		
Realizou	515	95,90
Não realizou	22	4,10
Total	537	100,00

O resultado da análise dos dados leva a presumir que as rotinas e fluxos desses exames devem ser observados com mais rigor e seriedade por parte dos profissionais e gestores de saúde.

A Tabela 18 mostra que a punção lombar foi realizada em 323 dos recém-nascidos e destes o VDRL foi reagente em 1,68% dos casos, confirmando o diagnóstico para neurosífilis. Entretanto um percentual significativo (39,85%) deixou de realizar este procedimento, comprometendo o diagnóstico para neurosífilis. É importante salientar que a plaquetopenia

contra indica a realização deste procedimento e que o estudo não nos ofereceu dados que possam afirmar a inobservância desta variável. Dos recém-nascidos que se submeteram à punção lombar, 8,75% apresentaram alterações no líquido.

Tabela 18 - Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, em relação aos exames do líquido

Variáveis	N	%
VDRL líquido		
Reagente	9	1,68
Não reagente	314	58,47
Não realizado	214	39,85
Total	537	100,00
Alterações no líquido		
Sim	47	8,75
Não	267	49,72
Não realizado	223	41,53
Total	537	100,00

A ocorrência de alterações no líquido cefalorraquidiano (LCR) é caracterizada segundo as diretrizes para controle da sífilis congênita pela contagem de células (leucócitos acima de 25 leucócitos/mm³), a dosagem de proteínas (acima de 150 mg/dL) e a realização do VDRL no líquido reagente (BRASIL, 2007b).

Observou-se pelas informações disponíveis nos prontuários dos recém-nascidos, que o exame do líquido, quando realizado, foi incompleto em um grande número de casos deixando de apresentar resultados da celularidade e comprometendo o preenchimento da notificação. A omissão destes dados pode afetar a qualidade do preenchimento da ficha de notificação, trazendo resultados equivocados para os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

A Tabela 19 mostra o tipo de tratamento recebido pelos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. Do total de casos notificados, 93,3% dos recém-nascidos receberam tratamento considerado adequado pelo protocolo do Ministério da Saúde para eliminação da sífilis congênita no Brasil. Um dado importante é que 1,3% dos recém-nascidos foi tratado de forma inadequada para a cura da sífilis congênita. E observou-se que 5,4% destes recém-nascidos receberam alta sem realizar qualquer tipo de tratamento. Este dado fortalece a constatação de que as recomendações feitas pelo MS ainda não estão incorporadas nas rotinas de trabalho de

alguns profissionais, necessitando que os gestores de saúde criem estratégias para formalizar o protocolo de forma que o mesmo seja cumprido de fato.

Tabela 19 - Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, segundo o tipo de tratamento realizado

Esquema de tratamento	N	%
Adequado	501	93,30
Inadequado	7	1,30
Não realizado	29	5,40
Total	537	100,00

Dentre os casos de sífilis congênita em recém-nascidos, a Tabela 20 mostra que 97,21% receberam alta hospitalar, 1,49% dos casos evoluiu para óbitos tendo como causa a sífilis congênita e 1,30% dos recém-nascidos evoluiu para óbitos por outras causas.

Tabela 20 - Distribuição dos recém-nascidos notificados como casos de sífilis congênita, segundo a evolução do caso

Evolução dos casos	N	%
Vivo	522	97,21
Óbito por sífilis congênita	8	1,49
Óbito por outras causas	7	1,30
Total	537	100,00

Segundo Saraceni (2005), em estudo realizado no Rio de Janeiro, a importância do monitoramento da mortalidade perinatal específica por sífilis congênita é um instrumento efetivo para dimensionar a magnitude do agravo e para orientar as ações de controle e eliminação da sífilis congênita.

As tabelas a seguir ilustram as associações entre o desfecho desfavorável na gestação e os possíveis fatores que podem contribuir para este evento.

A mortalidade perinatal tem sido um dos indicadores mais utilizados quando o objetivo é avaliar as condições de saúde de uma população. E o crescente interesse em melhorar a assistência perinatal está relacionado à elevada taxa de incidência que indica condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período do pré-natal, quando as gestantes portadoras de sífilis poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas. A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos,

mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de atenção primária e em maternidades e de ações preventivas e de tratamento (BRASIL, 2007a).

A Tabela 21 representa o cruzamento entre a idade materna por faixa etária e o desfecho no parto. O cruzamento não apresentou associação estatisticamente significativa entre a idade e o desfecho na gestação, por teste qui-quadrado ($p=0,894$).

Podemos observar que a faixa etária de 20 a 29 anos está presente com o maior percentual, tanto nas mulheres que tiveram sua gravidez evoluída para perdas (aborto e natimorto), 53,20%, quanto para as mulheres que deram a luz a crianças vivas, 54,56%; tanto em relação às mulheres mais jovens (<19 anos), quanto às que têm mais idade (30 e mais anos de idade). Logo podemos afirmar que faixa etária entre as mulheres com desfecho desfavorável no parto e as que tiveram um desfecho favorável se mantém em equilíbrio, inclusive no caso da adolescência. Na situação geral podemos observar que as gestações com desfecho favorável possuem um percentual maior do que as gestações com desfecho desfavorável.

Tabela 21 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e faixa etária das mulheres

Desfecho da gestação	Faixa etária da mãe			Total
	< 19 anos	20-29 anos	30 e + anos	
	72	133	45	250
Desfecho desfavorável	28,80	53,20	18,00	100,00
	33,03	31,22	31,47	31,77
	9,15	16,90	5,72	31,77
	146	293	98	537
Desfecho favorável	27,19	54,56	18,25	100
	66,97	68,78	68,53	68,23
	18,55	37,23	12,45	68,23
	218	426	143	787
Total	27,70	54,13	18,17	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	27,70	54,13	18,17	100,00

Pearson $\chi^2(2) = 0.2243$ Pr = 0,894

A Tabela 22 representa um cruzamento de dados de escolaridade e o desfecho no parto, em que também não encontramos evidências de que o fator escolaridade estivesse associado ao desfecho no parto, através de um teste qui-quadrado ($p=0,310$).

Observa-se que o maior percentual de mulheres teve entre 5 a 9 anos de estudo, equivalendo ao ensino fundamental incompleto ou completo, tanto para o desfecho

desfavorável (52,91%), quanto para o desfecho favorável (54,77%), trazendo um equilíbrio na análise dos dados.

A pesar do teste estatístico não ter encontrado significância para a variável anos de estudo associado ao desfecho da gestação, sabe-se que a escolaridade materna é um fator de risco importante para a sobrevivência infantil e indicador da condição socioeconômica. Segundo dados do MS/SVS/DASIS/CGIA, 35% das mães em 2010 tinham menos de oito anos de instrução, variando entre 46% nas regiões Norte e Nordeste e 26% na Sudeste, novamente demonstrando as desigualdades sociais existentes no país (BRASIL, 2012a).

Tabela 22 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e a escolaridade das mulheres

Desfecho da gestação	Escolaridade em anos de estudo				Total
	Nenhum	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 e + anos	
	5	27	100	57	189
Desfecho desfavorável	2,65	14,29	52,91	30,16	100
	23,81	21,60	25,45	30,81	26,10
	0,69	3,73	13,81	7,87	26,10
Desfecho favorável	16	98	293	128	535
	2,99	18,32	54,77	23,93	100,00
	76,19	78,40	74,55	69,19	73,90
	2,21	13,54	40,47	17,68	73,90
Total	21	125	393	185	724
	2,90	17,27	54,28	25,55	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	2,90	17,27	54,28	25,55	100,00

Pearson $\chi^2(3) = 3.5849$ Pr = 0,310

A Tabela 23 é um cruzamento entre o fator realização ou não do pré-natal e o desfecho da gestação. A hipótese de que fazer pré-natal ou não e o desfecho favorável ou não da gestação estão associados, foi confirmada através de um teste qui-quadrado ($p=0,000$).

Tabela 23 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e realização do pré-natal

Desfecho da gestação	Realização do pré-natal		Total
	Sim	Não	
Desfecho desfavorável	76	125	201
	37,81	62,19	100,00
	16,70	46,13	27,69
	10,47	17,22	27,69
Desfecho favorável	379	146	525
	72,19	27,81	100
	83,30	53,87	72,31
	52,20	20,11	72,31
Total	455	271	726
	62,67	37,33	100,00
	100,00	100,00	100,00
	62,67	37,33	100,00

Pearson $\chi^2(1) = 73.4364$ Pr = 0,000

* 61 casos tiveram esta informação ignorada

Observa-se que de fato, há uma mudança significativa entre fazer ou não o pré-natal com relação ao desfecho desfavorável da gestação. As mulheres que fizeram pré-natal tiveram um percentual menor de perdas na gestação (37,81%), em relação as que não fizeram (62,19%).

Almeida (2002), já mostrou em seus estudos que a baixa qualidade da assistência no pré-natal ou a sua ausência, refletem diretamente na mortalidade perinatal, uma vez que se perdem oportunidades de detecção e tratamento de condições adversas ao conceito aumentando, assim, as chances de as mulheres apresentarem um desfecho desfavorável na sua gestação.

A Tabela 24 faz um cruzamento entre o momento do diagnóstico da sífilis materna e o desfecho da gestação. Obteve-se evidência favorável à hipótese de que o momento do diagnóstico da sífilis materna e o desfecho da gestação tem associação, teste qui-quadrado ($p=0,000$).

Tabela 24 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e o diagnóstico da sífilis materna

Desfecho da gestação	Diagnóstico de sífilis materna			Total
	Pré-Natal	Parto	Após o parto	
Desfecho desfavorável	31	198	21	250
	12,40	79,20	8,40	100,00
	11,48	42,31	42,86	31,77
	3,94	25,16	2,67	31,77
Desfecho favorável	239	270	28	537
	44,51	50,28	5,21	100,00
	88,52	57,69	57,14	68,23
	30,37	34,31	3,56	68,23
Total	270	468	49	787
	34,31	59,47	6,23	100,00
	100,00	100,00	100,00	100,00
	34,31	59,47	6,23	100,00

Pearson $\chi^2(2) = 78.0289$ Pr = 0,000

Observa-se que, de fato, o momento do diagnóstico da sífilis materna, interfere de maneira significativa no resultado do desfecho da gestação. Quando o diagnóstico é feito precocemente, isto é, no pré-natal, entre as mulheres que tiveram um desfecho desfavorável da gestação, encontramos um percentual bem menor de perdas 12,4% em relação às mulheres que somente tiveram o seu diagnóstico no momento do parto 79,2%.

O Ministério da Saúde preconiza que se realizem dois testes não treponêmicos durante a gestação. Uma sorologia no primeiro trimestre, com a solicitação deste, preferencialmente na primeira consulta e outro na 28^a semana de gestação para toda mulher em acompanhamento pré-natal. A finalidade desta determinação é que a mãe seja tratada até 30 dias antes do parto, permitindo que o recém-nascido seja tratado intraútero (BRASIL, 2006). Os resultados mostram que esta determinação não está sendo observada e que 517 mulheres perderam a oportunidade de ser diagnosticadas e tratadas adequadamente nesse estudo, contribuindo para que tivessem um desfecho desfavorável no parto.

Esses resultados levam a crer que a assistência pré-natal oferecida a estas mulheres, precisa ser refletida e que ferramentas devem ser criadas para mudar este quadro, que, diante do que foi pesquisado, sugere que esta realidade não envolve somente as mulheres estudadas nesta instituição. É na verdade, um problema generalizado nas unidades básicas de saúde do Brasil.

A Tabela 25 ilustra o cruzamento entre a realização do tratamento da sífilis materna no pré-natal e o desfecho da gestação. A associação mostrou-se estatisticamente significativa através do teste qui-quadrado ($p=0,000$).

Tabela 25 - Distribuição dos casos notificados como sífilis congênita, de acordo com o desfecho da gestação e realização do tratamento no pré-natal

Desfecho na gestação	Realização do tratamento no pré-natal		Total
	Sim	Não	
Desfecho desfavorável	3	247	250
	1,20	98,80	100,00
	6,52	33,33	31,37
Desfecho favorável	0,38	31,39	31,37
	43	494	537
	8,01	91,99	100,00
Total	93,48	66,67	68,23
	9,23	62,77	68,23
	46	741	787
	5,84	94,16	100,00
	100,00	100,00	100,00
	5,84	94,16	100,00

Pearson $\chi^2(1) = 14.3642$ Pr = 0.000

Os resultados confirmam a associação das variáveis quando mostram que a grande maioria das mulheres (98,80%) que apresentaram perdas na gestação, apesar da realização do pré-natal, não realizaram tratamento para sífilis neste seguimento. Estes resultados vêm mais uma vez validar a necessidade de políticas públicas que cobrem dos gestores municipais e estaduais, um olhar diferenciado para atenção básica no sentido de oferecer à população um serviço sério e de qualidade.

Adicionalmente realizou-se uma análise de regressão *logit* buscando encontrar alguns fatores que contribuem para a maior propensão ao desfecho favorável da gestação. O modelo da equação (1) foi estimado por regressão *logit* pelo fato de a variável dependente ser uma variável binária, tendo valor 1 para desfecho favorável e 0 em caso de desfecho desfavorável.

$$DSG = \beta_0 + \beta_1 SPN + \beta_2 DPN + \beta_3 TAM + \beta_4 ID + \beta_5 ESC + \epsilon \quad (1)$$

Onde:

DSG é uma variável binária (*dummy*) indicativa de sucesso na gestação, tendo valor 1 para gestação bem sucedida, e 0 para perdas (aborto e natimorto). **SPN** é uma variável

binária (*dummy*) indicativa de ter sido realizado pré-natal, tendo valor 1 em caso positivo e 0 em caso de não realização do mesmo. **DPN** é uma variável binária (*dummy*) indicativa de ter realizado o diagnóstico no pré-natal, tendo valor 1 em caso positivo e 0 em caso deste diagnóstico não ter sido feito no pré-natal. **TAM** também é uma variável binária (*dummy*) indicativa de a gestante ter sido tratada adequadamente no pré-natal, tendo valor 1 quando o tratamento foi realizado de forma adequada e 0 em caso contrário. **ID** é uma variável numérica indicativa da idade da mulher e **ESC** representa a escolaridade da mãe, mensurada em anos de estudo.

Os resultados da análise da regressão *logit*, relatados na Tabela 26, indicam alguns fatores que contribuem fortemente para o desfecho positivo da gestação: a realização do pré-natal (SPN), o diagnóstico de sífilis congênita no pré-natal (DPN) e o tratamento adequado da mãe (TAM). Estes três fatores contribuem significativamente para elevar a probabilidade de desfecho favorável. Ao contrário do esperado, a escolaridade apresentou um efeito negativo sobre a propensão ao desfecho favorável. Sobre este efeito adverso da escolaridade deve ser observado que se trata de anos de escolaridade e não de grau de escolaridade. Desta forma, tem-se número de anos concentrados na educação básica de um contingente de pessoas de baixa renda, que pode estar associado à escolaridade de qualidade não tão satisfatória.

Tabela 26 - Determinação de fatores associados ao desfecho desfavorável na gestação (aborto e natimorto) de mulheres portadoras de sífilis

Variável	Coef.	Erro Padrão	Valor-p
SPN	1,136	0,205	0,000
DPN	0,830	0,254	0,000
TAM	1,343	0,716	0,061
ID	0,010	0,014	0,463
ESC	-0,338	0,039	0,001
Const.	0,974	0,378	0,010
Número de observações	787		
Wald chi2(5)	162,16		
Valor-p	0,0000		
Pseudo R2	0,2068		

Nota. Erro Padrão robusto a Heteroscedasticidade

Nos países em desenvolvimento a sífilis não tratada durante a gestação resulta em um importante percentual de mortes fetais e neonatais precoces (BRASIL, 2006), agravando o quadro da incidência da sífilis congênita que apesar das tentativas de controle realizadas através das políticas públicas de saúde por meio de diretrizes e protocolos clínicos, ainda

apresenta prevalência semelhante à de décadas passadas, mostrando que ainda temos um longo caminho a percorrer para torná-la um evento eliminado no nosso país e no mundo.

Toda esta pesquisa aponta para a necessidade imprescindível da qualificação da atenção básica com garantia dos insumos necessários para atingir a meta de eliminação do agravo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresentou como objetivo geral descrever o panorama da sífilis congênita em um hospital de ensino que é referência para o atendimento da gestante e do recém-nascido.

Através da análise dos dados e da comparação com os resultados dos estudos desenvolvidos em outros Estados e instituições semelhantes e citados como referências neste estudo, constatamos que a realidade aqui apresentada, não difere dos outros hospitais públicos e dos outros Estados, onde a sífilis permanece como um problema mundial, necessitando de uma assistência pré-natal de qualidade e de um olhar diferenciado por parte dos gestores públicos visto que existem políticas de saúde bem definidas necessitando apenas que sejam observadas de forma a reduzir este agravo que permanece como um sério problema de saúde pública.

A prevalência de sífilis na gestação neste estudo foi de 2,7% e a taxa de incidência da sífilis congênita foi de 28,3 por 1000 nascidos vivos. As características ressaltadas entre as mulheres com sífilis neste estudo foram semelhantes às encontradas em outros estudos sobre o agravo no Brasil. A faixa etária que predominou foi de 20 a 29 anos (54,13%), mostrando que são mulheres jovens no ápice da vida sexual. O expressivo percentual de adolescentes também acometidas pela doença 27,7% é preocupante pelo fato de estarem iniciando a vida sexual precocemente. O nível de escolaridade se concentrou entre 5 a 9 anos de estudo (49,94%), o que relaciona à falta de conhecimento sobre as IST e a importância da sua prevenção para a saúde da mãe e do seu conceito.

A sífilis congênita é considerada um evento sentinela por significar as precárias condições da assistência pré-natal. O estudo espelhou esta realidade, ao demonstrar que 57,81% dos casos poderiam ter sido evitados, tendo em vista que as mães frequentaram o pré-natal. Das 455 mulheres que tiveram esta assistência, 40,65%, não tiveram o seu diagnóstico estabelecido, 37,58% foram tratadas inadequadamente e 52,52% não receberam nenhum tipo de tratamento. O mais grave é o fato de que 59,34% destas mulheres tiveram o diagnóstico da sífilis materna no seguimento pré-natal e muito pouco foi feito no sentido de tratamento e prevenção da sífilis congênita. Esses dados expõem a perda de oportunidades, por parte dos serviços de saúde, de adotar medidas eficientes de combate aos desfechos desfavoráveis da gestação, exigindo da atenção básica, responsável pelas ações de planejamento familiar e de pré-natal, o desenvolvimento do seu papel de promotora da saúde e da prevenção de doenças na busca de melhores condições de saúde e de vida para esta clientela. É fundamental também

a sensibilização dos gestores na promoção das condições necessárias para uma assistência à gestante e ao recém-nascido de qualidade.

Uma limitação desta pesquisa decorreu pelo fato de ter sido utilizado dados secundários. Uma elevada ocorrência de campos ignorados foi observada para as variáveis raça/cor da mãe, ocupação, escolaridade, realização de pré-natal e unidade de saúde. Além disso, as incidências podem estar subestimadas em função da possibilidade de sub-registro de casos. Por fim, a análise de fatores de risco para sífilis congênita ficou restrita às variáveis que eram comuns aos bancos de dados sobre os casos notificados de sífilis congênita.

Para concluir, apesar das incompletudes apresentadas nas fichas de notificação dos casos de sífilis congênita, que foram à base dos dados para este estudo, as informações possibilitam algumas reflexões:

- O número de casos de sífilis congênita durante os anos da pesquisa se manteve alto e constante;
- As taxas de prevalência e incidência de sífilis congênita foram maiores que as preconizadas pela Organização Mundial de Saúde;
- O resultado da sífilis congênita é em decorrência de falhas observadas na assistência pré-natal e no controle da sífilis materna;
- Mais da metade das mulheres realizaram o pré-natal;
- Cabe destacar a triagem sorológica inadequada na gestação;
- Mais da metade das mulheres só tiveram acesso ao diagnóstico no momento ou após o parto ou curetagem;
- O número de mulheres e parceiros não tratados para sífilis foi altamente expressivo;
- Os resultados desta pesquisa podem resultar em um melhor acompanhamento clínico dos casos de sífilis congênita, contribuindo para a redução da morbidade e da mortalidade perinatal e neonatal precoce;
- As publicações demonstrando a atuação do sistema de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Estado e no município são escassas, o que impossibilita o conhecimento de dados atualizados que pode despertar interesse nos órgãos competentes responsáveis pelas políticas de eliminação da sífilis congênita.

Esta pesquisa proporcionou resultados importantes para orientar as iniciativas dos gestores e dos profissionais da saúde não só da instituição do estudo, mais principalmente da atenção básica, visando à busca por estratégias inovadoras que possam contribuir na

eliminação da sífilis congênita. Também trazendo mudanças de comportamento no sentido de rever as práticas da instituição de ensino e gerar novas intervenções por meio das lacunas identificadas trazendo para a clientela assistida e para os estudantes, subsídios de reforma na organização do ensino e da assistência a puérpera e seu conceito, visando unicamente a melhoria da assistência e um ensino de qualidade. Também podem resultar em uma mudança de comportamento dos profissionais de saúde colaborando para elaboração de novas estratégias direcionadas a saúde das mulheres e recém-nascidos com sífilis.

A eficácia das políticas de saúde no combate à sífilis congênita, depende da definição dos papéis, responsabilidades e obrigações social e política para assegurar a implementação bem sucedida das intervenções tendo como objetivo a eliminação da sífilis congênita. O acesso, a utilização e a qualidade dos serviços de saúde são essenciais para o êxito no alcance da redução do número de casos da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2011.
- AKUBOVSKY, A. et al. Syphilis Management in St. Petersburg, Russia: 1995-2000. **Sex. Transm. Dis.**, Philadelphia , v. 33, n. 4, p. 244–249, Apr. 2006.
- ALMEIDA, M. F. et al. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 1, p. 93-107, 2002.
- ALMEIDA, M. F. G; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.19, n.3-4, p.144-156, 2007.
- ALVES, K. C. L. R. P. et al. Prevalência e fatores de risco associados a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em parturientes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 307-312, 2009.
- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Campinas , v.34, n.2, p.52-55, 2012.
- ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ARAUJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.3, p.479-486, jun. 2012.
- ARAÚJO, E. C. et al. Importância do Pré-Natal na Prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, Belém, v.20, n.1, p.47-51, mar. 2006.
- ARAUJO, M.A.L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.11, n.1, p.4-9, jan./mar. 2008.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE. **Caminhando para a Eliminação da Sífilis Congênita**. Disponível em: <<http://www.amf.org.br/sifilis.htm>>. Acesso em: out. 2011.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-26, mar./abr. 2006.
- BELDA JR., W.; SHIRATSU, R.; PINTO, V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **An. Bras. Dermatol.**, v.84, n.2, p.151-59, 2009
- BEZERRA FILHO, J. G. et al. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1173-1185, maio 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. **Manual técnico**. Brasília, 2005.

_____. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, ano 3, n.1, p.42-45, 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/BOLETIM2006internet_0.pdf>. Acesso em: dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. **Manual Técnico**. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Operacional. Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**, Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Brasília, 2010 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, ano 7, n.1, 2010 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília, 2010 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Departamento de DST/ Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**, ano 1, n.1, 2012 a.

_____. Ministério da Educação. **Carta conjunta FASUBRA/MEC Hospitais Universitários: Concepção, Papel, e Missão**. Disponível em: <www.fasubra.org.br/phocadownload/documentos/hu/carta_conjunta_FASUBRA_MEC_HU.pdf>. Acesso em: maio 2012b.

_____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº466/12. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012 c.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, 2012 d.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**. 2. ed. Brasília, 2013.

- BRITO, E. S. V.; JESUS, S. B.; SILVA, M. R. F. Sífilis Congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.12, n.1, p.62-71, 2009.
- BROWN, W. J. et al. **Syphilis and other venereal diseases**. Cambridge: Harvard University Press, 1970.
- CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Brasil: um agravado sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.9, p.1747-1755, 2010.
- CARRARA, S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. **Hist. Ciênc. Saúde – Mangunhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 391-408, 1996.
- CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim Epidemiológico**, 2013.
- CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L. Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.34-35, 2006. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasauade>. Acesso em: 4 jan. 2012.
- DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: método e técnicas**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.1, p.147-157, 2013.
- DONALISIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. 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**, Brasília, v.16, n.3, p.165-173, 2007.
- FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas no nível subnacional de governo. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 26., 2002, Caxambu, MG. **Anais...** Caxambu, 2002.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **A sífilis congênita e o paradigma da luta do bem contra o mal**. Disponível em: <www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 10 out. 2011.
- FIGUEIREDO, E. N. et al. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. **An. Acad. Bras. Cienc.**, v.81, n. 3, p. 551-558, 2009.
- FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Sífilis Congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. 3/4, p. 139-143, 2007.
- FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Sífilis e Gestação: Estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.24, n.1, p.30-35, 2012.

GERALDES NETO, B. et al. A sífilis no século XVI - o impacto de uma nova doença. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.16, n.3, p.127-129, 2009.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, A. Origem da sífilis é mais antiga que o imaginado. **O Estadão de São Paulo**, 14 mar. 2010.

GONDIM, A. N. C. et al. Epidemiologia de Puérperas submetidas ao teste sorológico para a detecção da sífilis. **Rev. Enfermagem UFPE on line**, v.6, n.9, p.2086-2092, 2012.

Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>. Acesso em: 2 jan. 2014.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. São Paulo: Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.2, p.203-212, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES): da concepção à regulamentação**. 5. ed. Brasília, 2009.

INTERNATIONAL MEDICAL DEVICE CONSULTING (IMDC). Syphilis history. **NEWS Medical**, Oct. 2013. Disponível em: <<http://www.news-medical.net/health/Syphilis-History.aspx>>. Acesso em: 4 jan. 2014.

KOHL, S.; PICKERING, L. Infectious diseases. In: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. (Ed.). **Nelson: essentials of pediatrics**. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1990. p. 337-338.

KONKA, M. R.; LAGO, E. G. L. Sífilis Congênita: notificação e realidade. **Sci. Med.**, Porto Alegre, v.17, n.4, p.205-211, 2007.

LEITÃO, E. J. L. et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde Samambaia – DF. **Com. Ciências Saúde**, v.20, n.4, p.307-314, 2009.

LEMOS, L. M. D.; GURGEL, R. Q.; FABBRO, A. L. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Rev. Bras. Ginecol. Obste.**, v.27, n.1, p.32-36, 2005.

LIMA, B. G. C. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v.38, n.4, p.267-271, 2002.

LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/Aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.17, n.2, p.123-153, 2008.

- LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.499-506, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 abr. 2014.
- LIN, C. C. et al. China's Syphilis Epidemic: A Systematic Review of Seroprevalence Studies. **Sex. Transm. Dis.**, v.33, n.12, p.726-736, 2006.
- LORENZI, D. R. S; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.23, n.10, p.647-652, 2001.
- MACEDO, V.C. et al. Avaliações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1679-1692, 2009.
- NEWMAN, L. *et al.* Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Med.**, v. 10, n.2, 2013.
- OMS. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.** Genebra, 2008.
- PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. Alexander Fleming (1881-1955): da descoberta da penicilina (1928) ao Prêmio Nobel (1945). **Rev. Fac. Letras**, Porto, v.6, p.129-151, 2005.
- PIRES, O. N. et al. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do Bairro Uruará-Área Verde. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.19, n.3-4, p.162-165, 2007.
- PORTAL BRASIL. **Notificações de sífilis congênita aumentam em 34% entre 2010 e 2011.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/autor/Portal%20Brasil>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- PORTAL SÃO FRANCISCO. **Sífilis.** Disponível em:<www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/sifilis/>. Acesso em: 5 set. 2012.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- QUÉTEL, C. **The history of syphilis.** Baltimore: Jonhs Hopkins Paperbacks, 1992.
- RAMOS JÚNIOR, A. N. et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, Suppl. 3, p.370-378, 2007.
- RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Grupo nacional de estudo sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 168-175, 2004
- RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; CESAR, C. C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, p.851-858, 2008.

- RODRIGUES, I. T. A terapêutica da sífilis e da gonorreia no século XVI: o contributo de Amato Lusitano. **Revista de História de la Medicina y Epistemologia Medica**, v. 1, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.fmvuba.org.ar/histomedicina/VoII_N2_2009/2%C2%BA%20trabajo%20A%20terap%C3%AAutica.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.
- ROSA, J. M. No asilo das Madalenas. **Jornal da Unicamp**, Campinas, 2012.
- ROTHSCHILD, B. M. History of Syphilis. **Clin. Infect. Dis.**, v.40, n.10, p.1454-1463, 2005.
- SANTOS NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p.1650-1662, 2012.
- SANTOS, A. M. N; SENISE, V. L. F. Infecções Congênitas e Perinatais. In: _____. **Manual de neonatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- SANTOS, A. R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual Saúde. **Manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo, 2010.
- SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1244-1250, 2005.
- SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.2, p.103-111, 2007.
- SARACENI, V.; LEAL, M.C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999- 2000. **Cad. Saúde Publica**,v.19, n.5, p.1341-1349, 2003.
- SCHETINI, J. et al. Estudo da Prevalência de Sífilis Congênita em um Hospital da Rede SUS de Niterói-RJ. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro. v.17, n.1, p.18-23, 2005.
- SCHMID, G. P. et al. The need and plan to eliminate congenital syphilis. **Sex. Transm. Dis.**, v.34, v.7, p.5-10, 2007.
- SCIENTIA. **Sífilis Congênita como indicador de pré-natal**. Disponível em: <<http://www.scientia.blog.br/wordpress/?p=12831>>. Acesso em: out. 2012.
- SCLIAR, M. **A paixão transformada: história da medicina na literatura**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- SINGH, A. E. et al. Resurgence of Early Congenital Syphilis in Alberta. **CMAJ**, v.177, n.7 p.33-36, Sept. 2007.

- SOARES, V. L. et al. Sexually transmitted infections in a female population in rural north-east Brazil: prevalence, morbidity and risk factors. **Trop. Med. Int. Health**, v. 8, n.7, p. 595–603, 2003.
- SOUZA, A. V. N. **Cartão da gestante**: a importância do preenchimento completo do cartão da gestante para assistência de enfermagem qualificada na atenção primária e secundária no município de Cáceres-MT. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Estado de Mato Grosso, Cáceres, 2013.
- SOUZA, V.B.; ROECKER, S; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiania, v.13, n.2, p.199-210, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>>. Acesso em: 2 fev. 2013.
- SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.3, p.381-388, 2006.
- STONER, B. et al. Use of maternal syphilis seroprevalence data to estimate the global morbidity of congenital syphilis. In: MEETING OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES RESEARCH (ISSTD), 2005, Amsterdam. **Abstract...** Amsterdam, 2005.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Resultados do Estudo Sentinela – Parturientes, 2006: Desafios para o Controle da Sífilis Congênita no Brasil. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. 3/4, p. 128 – 133, 2007.
- TALHARI, S.; CORTEZ, C. C. T. Sífilis. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. pt. 7, p.1405-1414.
- TAVARES, L. H. L. C. et. al. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede pública do Distrito Federal. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.1, p.29-35, 2012. Disponível em <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem>>. Acesso em: 2 maio 2013.
- TUCKER, J. D. et al. Syphilis and Social Upheaval in China. **N. Engl. J. Med.**, v. 362, p.1658-1661, 2010, Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0911149#t=article>>. Acesso em: 2 maio 2013.
- UJVARI, S. C. **A história da humanidade contada pelos vírus**. São Paulo: Contexto, 2008.
- VIEIRA, A. Contribuição ao estudo epidemiológico da Sífilis Congênita no Município de Carapicuíba: ainda uma realidade em 2002. **DST J Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.17, n.1, p.10-17, 2005.
- WALKER, G. J. A.; WALKER, D. G. Congenital syphilis: a continuing but neglected problem. **Semin. Fetal Neonatal Med.**, v.12, n.3, p.198-206, 2007.
- WHO. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems**. Geneva, 2012.

WHO. **The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action.**

Geneva, 2007. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595858_eng.pdf?ua=1 >. Acesso em: 2 ago. 2013.

YAKUBOVSKY, A. et al. Syphilis Management in St. Petersburg, Russia: 1995-2000. **Sex. Transm. Dis.**, v. 33, n. 4, p. 244–249, Apr. 2006.

ANEXO A – Ficha de Notificação /Investigação - Sífilis congênita

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA						
Definição de caso:						
Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.						
Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.						
Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.						
Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)		3 Data da Notificação	
	SÍFILIS CONGÊNITA		A 5 0.9			
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
Dados de Residência	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>		12 Gestante <input type="checkbox"/>	
	1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		1 - Ignorado <input type="checkbox"/>		13 Raça/Cor <input type="checkbox"/>	
	14 Escolaridade		1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					
Dados Complementares						
Antecedentes Epid. da gestante / mãe	31 Idade da mãe		32 Raça/cor da mãe		33 Ocupação da mãe	
	Anos		1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	34 Escolaridade					
Dados do Lab. da gestante / mãe	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	35 Realizou Pré-Natal nesta gestação		36 UF		37 Município de Realização do Pré-Natal	
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado				Código (IBGE)	
Trat. da gestante / mãe	38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal					Código
	39 Diagnóstico de sífilis materna					
	1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado					
Trat. da gestante / mãe	40 Teste não treponêmico no parto/curetagem				41 Título	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1: _____	
	42 Data					
Trat. da gestante / mãe	43 Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem				46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	44 Esquema de tratamento		45 Data do Início do Tratamento			
1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado						

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
Dados do Laboratório da Criança	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico			51 Título 1:	52 Data
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
	53 Teste treponêmico (após 18 meses)			54 Data	
	1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado				
	55 Teste não treponêmico - Líquor			56 Título 1:	57 Data
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					
58 Titulação ascendente			59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i>		
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
60 Alteração Liquórica			61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos		
1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado			1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico		63 Presença de sinais e sintomas		
	1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
		<input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Rinite muco-sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia			
64 Esquema de tratamento					
1 - Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias 4 - Outro esquema _____					
2 - Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia - 10 dias 5 - Não realizado					
3 - Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia 9 - Ignorado					
65 Evolução do Caso					66 Data do Óbito
1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado					
Observações Adicionais:					
Investigador	Município / Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura		

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Nenhum campo deverá ficar em branco.

Na ausência de informação, usar categoria ignorada.

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.

8 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo da criança (sem abreviações); se desconhecido, preencher com **Filho de: (o nome da mãe)**.

9 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

40 - 50 - 55 - Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

43 - 53 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination *Treponema pallidum*), TPHA (Treponema pallidum Hemaglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

44 - Esquema de Tratamento da mãe:

Esquema de Tratamento Adequado:

É todo tratamento completo, com penicilina e adequado para a fase clínica da doença, instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante.

Esquema de Tratamento Inadequado:

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico, confirmatório, realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - **Não se aplica** - quando a idade da criança for menor que 18 meses.

58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1mes, 3, 6, 12 e 18 meses).

59 - Evidência de *T. pallidum* - Registrar a identificação do *Treponema pallidum* por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necrópsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

60 - Alteração liquorica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido da criança;

63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Manual de Sífilis Congênita - Diretrizes para o Controle, 2005.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:

Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.

Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.

Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

ANEXO B - Ofício de Aprovação - Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES NO TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM HOSPITAL DE ENSINO EM FORTALEZA/CE

Pesquisador: Rosaete Landim de Castro Coutinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16303813.5.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 310.203

Data da Relatoria: 19/06/2013

Apresentação do Projeto:

Este estudo analisa o manejo no tratamento da Sífilis na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Não apenas por se tratar de uma maternidade, mas principalmente por fazer parte de um complexo hospitalar, ligado Universidade Federal de Ceará (UFC), que ocupa um lugar de grande importância na educação superior fortalecendo assim o seu crescente reconhecimento no conjunto das políticas públicas. Entre muitos desafios para a saúde, as doenças sexuais transmissíveis (DST) se destacam por sua capacidade de ter um profundo impacto sobre a espécie humana. As dificuldades de acessibilidade e a qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecido aos grupos populacionais em desvantagem social são os maiores obstáculos enfrentados para que a eliminação destas doenças aconteça. Esta é uma realidade em que o SUS necessita repensar para que as políticas de saúde se tornem atuantes no combate à sua erradicação (BRASIL 2007). A assistência à saúde prestada com qualidade durante a gestação e parto é um importante determinante da redução de transmissão vertical da sífilis.

Continuação do Parecer: 310.203

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as ações do manejo da Sífilis em um hospital escola de acordo com as diretrizes da Política do Ministério da Saúde (MS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não tem risco e como benefícios o estudo tras a proposta de avaliação das políticas públicas;Melhoria no atendimento hospitalar;Contribuição na eliminação da sífilis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é bastante relevante devido propor a análise do manejo clinico da sífilis e com isso contribuir para a eliminação da sífilis congênita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão todos adequados para o propósito do estudo

Recomendações:

As pendências do projetos foram sanadas e o projeto está adequado de acordo com as resolução 196/96

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado , as pendências foram sanadas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado

FORTALEZA, 20 de Junho de 2013


Assinador por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

ANEXO C – Termo de Autorização de Fiel Depositário

Ao Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior
Instituição Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Solicitamos a V. S.^a autorização para coletar dados em prontuários, para levantamento de informações para a pesquisa intitulada Avaliação das Ações no Tratamento da Sífilis Congênita em um Hospital de Ensino, a ser desenvolvida pela mestrandia Rosaete Landim de Castro Coutinho, RG 343483-82, do curso de **Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior (POLEDUC)**, da Universidade Federal do Ceará.

Neste estudo, pretende-se fazer uma avaliação do tratamento da sífilis congênita em relação ao que determina as diretrizes do SUS.

Esclareço que:

- as informações coletadas nos prontuários e fichas de notificação, somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;
 - as informações ficarão em sigilo e que o anonimato dos pacientes será preservado.
- Em caso de mais informações, entrar em contato com o pesquisador responsável:

Rosaete Landim de Castro Coutinho.

End: Rua Cel. Nunes de Melo S/N.

Telefone: 33668558.

Ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da instituição pelo telefone: 33668569.

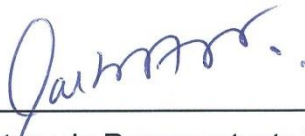


Assinatura da Pesquisadora

AUTORIZAÇÃO DO FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior diretor deste hospital e fiel depositário dos documentos que aqui se encontram guardados, autorizo a pesquisadora Rosaete Landim de Castro Coutinho a colher dados para fins de sua pesquisa **Avaliação das Ações no Tratamento da Sífilis Congênita em um Hospital de Ensino**, de acordo com o que me foi explicado acima.

Fortaleza, 25 de abril de 2013.



Assinatura do Representante Legal

Prof. Carlos Augusto Alencar Júnior
Diretor Assistencial da MEAC/UFC