



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Ana Rita Paulo Cardoso

SÍFILIS EM GESTANTES E SEUS CONCEPTOS EM
FORTALEZA, CEARÁ

Fortaleza - Ceará

2013

ANA RITA PAULO CARDOSO

**SÍFILIS EM GESTANTES E SEUS CONCEPTOS EM
FORTALEZA, CEARÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo

Fortaleza - Ceará

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Cardoso, Ana Rita Paulo.

Sífilis em gestantes e seus conceitos em
Fortaleza, Ceará [recurso eletrônico] / Ana Rita
Paulo Cardoso. - 2013.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 48 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Monografia (especialização) - Universidade Estadual
do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Especialização
em Enfermagem Obstétrica, Fortaleza, 2013.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Alix Leite Araújo.

1. Cuidado Pré-natal. 2. Sífilis. 3. Gestante. 4.
Sífilis congênita. 5. Prevenção & controle. I. Título.

ANA RITA PAULO CARDOSO

SÍFILIS EM GESTANTES E SEUS CONCEPTOS EM FORTALEZA, CEARÁ.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Aprovada em: 11/06/2013

BANCA EXAMINADORA



Profª. Drª. Maria Alix Leite Araújo
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR



Profª. Me. Francisca Gomes Montesuma
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE



Profª. Me. Maria Lígia Oliveira dos Santos
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

RESUMO

Objetivo: Analisar os casos notificados de sífilis em gestantes e seus conceptos em Fortaleza, Ceará. **Métodos:** Estudo quantitativo, retrospectivo. Realizou-se análise pareada de 175 fichas de notificação de sífilis em gestantes com as correspondentes notificações de sífilis congênita nos anos de 2008 a 2010. Os dados foram digitados e analisados no Programa estatístico StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. Foi utilizada estatística descritiva com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão e valor-p. **Resultados:** Foram encontradas 99 (56,6%) gestantes na faixa etária de 20 a 29 anos, 148 (84,5%) receberam assistência pré-natal e 112 (64%) foram notificadas no hospital. O esquema de tratamento foi considerado inadequado, não realizado ou ignorado em 154 (88%) dos casos e em 110 (62,9%) o parceiro sexual não recebeu nenhuma dose do tratamento. Em relação aos recém-nascidos, 114 (67,5%) nasceram assintomáticos. O VDRL no líquido foi realizado em 82 (48,5%) das crianças. Realizaram RX de ossos longos, 102 (60,4%) e seis (5,9%) apresentaram alteração. O esquema de tratamento prescrito mais encontrado foi penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia durante 10 dias em 145 (85,8%), e 18 (10,7%) RN não realizaram tratamento. Dos 175 conceptos, cinco foram natimortos, um aborto e dois óbitos neonatais. **Conclusão:** Concluiu-se que gestantes e seus conceptos notificados com sífilis não estão recebendo assistência adequada e que a sífilis na gestação está associada a uma elevada morbimortalidade.

Descritores: Cuidado Pré-natal; sífilis; gestante; sífilis congênita; prevenção & controle.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the syphilis investigational reports of mothers and children in Fortaleza, Ceará. **Methods:** A retrospective study with a quantitative approach. Paired analysis was performed of the 175 investigational reports of syphilis during pregnancy with the correspondent congenital syphilis reports in the period of 2008 to 2010. Data were entered and analyzed using the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 18.0. Descriptive statistics were used with absolute and relative frequencies, measures of central tendency and dispersion, and p-value. **Results:** It was found 99 (56,6%) pregnant women in the age group of 20 to 29 years old, 148 (84,5%) had prenatal care and 112 (64%) were reported at the hospital. The treatment scheme was considered inadequate, non-realized or ignored in 154 (88%) cases and 110 (62,9%) women hadn't the sexual partner treated. Regarding the newborns, 114 (67,5%) were born asymptomatic, VDRL in CSF was performed in 82 (48,5%) children, 102 (60,4%) performed the long bones X-ray and six (5,9%) of those had alteration. The treatment most found was crystalline penicillin 100.000 to 150.000 UI/kg/day for 10 days (85,8%) and 18 (10,7%) wasn't treated. Among the 175 newborns were found five stillbirths, one abortion and two neonatal deaths. **Conclusions:** It was possible to conclude that women during pregnancy and newborns with syphilis aren't receiving properly care.

Descriptors: Prenatal care; syphilis; pregnant women; congenital; prevention & control.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO geral	10
2.1	Objetivos Específicos	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	Pré-natal	11
3.2	Sífilis	13
3.3	Sífilis na Gestação	14
3.3.1	Classificação	15
3.3.2	Diagnóstico	15
3.3.3	Tratamento	17
3.4	Sífilis Congênita	18
3.4.1	Classificação, Diagnóstico e Tratamento	19
4	METODOLOGIA	20
4.1	Tipo de estudo	20
4.2	Local do estudo	20
4.3	População	20
4.4	Coleta de dados	21
4.5	Análise dos dados	22
4.6	Aspectos éticos	23
5	resultados	24
6	discussão	31
7	conclusão	36
8	REFERÊNCIAS	37
9	42	

9.1	Apêndice 1: Questionário	42
9.2	Apêndice 2: Termo de Autorização	46
10	48	
10.1	Anexo 1: Ficha de Investigação Sífilis em Gestante.....	48
10.2	Anexo 2: Ficha de Investigação Sífilis Congênita	49

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença milenar que vem prevalecendo sobre as tentativas da sua erradicação. Apesar da eficácia da penicilina no tratamento e cura desta doença, as gestantes acometidas não são tratadas ou são inadequadamente tratadas. A sífilis congênita (SC) é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante para o seu concepto por via transplacentária, provocando a chamada transmissão vertical (TV)(WHO, 2007; SÃO PAULO, 2008; OMS, 2008;).

A taxa de TV gira em torno de 70 a 100%, dependendo do estágio clínico da doença, levando a elevadas taxas de óbito fetal, natimortos e mortalidade neonatal. A sua manifestação congênita acarreta graves consequências para o concepto. O diagnóstico da SC é mais complexo que o de sífilis na gestante, principalmente pelo fato de que aproximadamente 50% das crianças infectadas não apresentam sintomas ao nascer. A investigação pode ocorrer através de sorologia não treponêmica de sangue periférico, radiografia de ossos longos e punção lombar de líquido, além da investigação do tratamento materno e seu(s) parceiro(s) sexuais. Ao contrário de muitas infecções neonatais, a SC insere-se no quadro de causa perinatal evitável, podendo ser eliminada através de diagnóstico e tratamento efetivos na gestação. Por essa razão, pode ser considerada “evento sentinela”, estando o seu controle diretamente relacionado à qualidade da assistência pré-natal, o que justifica a necessidade de monitoramento e avaliação dessa ação nos diferentes serviços e em diferentes níveis de complexidade (BERMAN, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b; MELO, 2008; OMS, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis na gravidez é responsável por altas taxas de natimortalidade e mortes neonatais, aproximadamente 25% e 14% respectivamente, resultando numa mortalidade perinatal em torno de 40%. São previstos, somente na África, 492.000 natimortos e mortes perinatais a cada ano por esta causa (WHO, 2007).

No Brasil, do ano de 2007 a junho de 2012 foram notificados 54.997 casos de gestantes com sífilis, sendo 14.321 só em 2011, estimando-se a contabilização de 48 mil casos anualmente. No Estado do Ceará, somente no ano de 2010 foram notificados 469 casos de sífilis em gestantes. Nesse mesmo ano, notificaram-se 676 casos de sífilis congênita (SC)

nesse Estado, com uma taxa de incidência de 5,2/1000 nascidos vivos. Em Fortaleza-Ce, entre os anos de 2007 e outubro de 2009 foram notificados 190, 96 e 81 casos de sífilis em gestante, respectivamente (CEARÁ, 2009; BRASIL, 2012a).

Os baixos dados de notificação de casos de sífilis em gestante revelam notória subnotificação deste agravo. Assim sendo, estados, municípios e gestão federal compactuaram a sua prevenção e controle na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2008).

No intuito de conhecer a magnitude da doença para a elaboração de medidas de eliminação da SC como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) incluiu a sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória. Entretanto, apesar da elevada cobertura de pré-natal no país, acima de 85% e de uma razão de cinco consultas de pré-natal por parto no Sistema Único de Saúde (SUS), a qualidade da assistência à gestante está aquém das suas necessidades (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal prevê a realização de exames para detecção da sífilis, mas verifica-se ora a inobservância da realização da rotina preconizada, ora um tratamento inadequado, incluindo-se o não tratamento do parceiro (TREPKA et al., 2006; SUCCI et al., 2008; MACEDO et al., 2009; CAMPOS et al., 2010).

A relevância deste estudo consiste no fato de que a análise dos dados das fichas de notificação pode contribuir para melhor conhecimento do problema, além de proporcionar oportunidade de elaboração de políticas públicas de saúde que visem melhorar a atenção pré-natal, com consequente prevenção da TV da sífilis, assim como a assistência prestada a essas crianças.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar os casos notificados de gestantes com sífilis e sífilis congênita através do recurso às fichas de notificação do agravo, nos anos de 2008, 2009 e 2010.

2.1 Objetivos Específicos

- Analisar a assistência prestada às gestantes e puérperas notificadas com sífilis, segundo o preconizado pelo MS;
- Avaliar a assistência prestada ao nascimento dos casos de sífilis congênita quanto à conduta preconizada pelo MS;
- Analisar as consequências e desfecho dos casos de sífilis congênita.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Pré-natal

Pré-natal é um conjunto de ações realizadas com a gestante, buscando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de eventos indesejáveis durante sua gestação, para garantir a sua saúde e a do seu filho. Anteriormente o pré-natal visava somente à redução da mortalidade infantil e um bebê saudável (KOFFMAN; BONADIO, 2005; DANTAS, 2008; ARAGÃO, 2009).

No início do século XX a saúde da mulher passou a fazer parte das políticas nacionais de saúde. Antes desse período existia o receio da internação antes do parto ou ter os filhos no hospital, mas com a percepção de que a mortalidade materna e perinatal podiam ser evitadas a partir de cuidados especiais de saúde, começou-se a introduzir a saúde da mulher que, no entanto, enfocava apenas demandas relativas à gestação e ao parto. A mulher era reduzida apenas ao seu aspecto biológico, como reprodutora e com a função de educar e cuidar dos filhos. Com o desenvolvimento e crescimento da sociedade surgiram diversos movimentos para reivindicar melhorias políticas e sociais, dentre esses movimentos surgiu o feminista que visava igualdade entre homens e mulheres. O movimento feminista lutou principalmente pela melhoria da assistência à saúde da mulher, deixando de limitar-se ao ciclo gravídico-puerperal e atender a mulher em todos os ciclos da vida (BRASIL, 2007a; GONÇALVES et al., 2008; MELO, 2008; ARAGÃO, 2009; COSTA, 2009).

Objetivando a melhoria da assistência a mulher, na década de 80, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que adotou como princípios e diretrizes a descentralização, a hierarquia, a regionalização dos serviços, a integralidade e a equidade, mesmos princípios adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007a; GONÇALVES et al., 2008; MELO, 2008; COSTA, 2009).

O PAISM assistia a mulher desde a criança até a idosa, com atendimento ginecológico, Pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de mama e de colo uterino (BRASIL, 2007a).

Contudo o PAISM não atingiu a meta esperada, percebendo-se a necessidade de melhorar a assistência pré-natal o Ministério da Saúde, em 2000, lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento (PHPN) que possui como principal objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2002; DANTAS, 2008; GONÇALVES et al., 2008; MELO, 2008; PARADA, 2008; COSTA, 2009).

O PHPN define como pontos importantes para uma adequada assistência Pré-natal: a realização da primeira consulta até 120 dias de gestação; realização de no mínimo seis consultas; realização da anamnese e do exame clínico-obstétrico; exames laboratoriais como ABO - Rh e Hb/Ht, oferta do teste anti-HIV e o VenerealDiseaseResearchLaboratory (VDRL), urina tipo I, glicemia de jejum, sorologia para hepatite B todos na primeira consulta e próximos à trigésima semana de gestação; realização da imunização antitetânica; avaliação do estado nutricional; classificação de risco gestacional e registro no prontuário e no cartão da gestante (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012b; GONÇALVES et al., 2008; PARADA, 2008; SUCCI et al., 2008).

A avaliação da assistência Pré-natal tem a finalidade de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, pois existe uma relação direta entre essa assistência e as condições de saúde da mulher e dos neonatos, se uma gestante ou seu filho adoecer ou morrer nesse período por doenças evitáveis e até mesmo curáveis, pode-se afirmar que a assistência a essa gestante não foi de boa qualidade (ALENCAR; GOMES, 2008; GONÇALVES et al., 2008; PARADA, 2008; ARAGÃO, 2009).

Para avaliar a assistência pré-natal são abordados diversos indicadores de qualidade, dentre eles estão: o percentual de cobertura; o percentual de mulheres que realizaram no mínimo seis consultas; o percentual de mulheres que iniciaram o pré-natal com até 120 dias de gestação; o percentual de realização de exames laboratoriais de rotina do pré-natal, e o percentual de recém-nascidos com o diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de nascidos vivos do município, pois a partir dele avalia-se a quantidade de gestante com exame positivo para sífilis na gestação, caracterizando uma má assistência pré-natal (ALENCAR; GOMES, 2008; BRASIL, 2012b).

3.2 Sífilis

A sífilis foi descoberta na Europa, no final do século XV e teve uma rápida disseminação, acredita-se que seja devido às expedições marítimas da época, ou devido a mutações sofridas por endêmicos treponemas da África, tornando-se um grave problema de saúde pública no mundo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; MELO, 2008).

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, crônica. Causada pelo *Treponema pallidum* é uma doença sexualmente transmissível (DST), de fácil prevenção através do uso de preservativos em todas as relações sexuais. Pode ainda manifestar-se de forma congênita, ou seja, através da transmissão via placentária da mãe para o feto, a transmissão vertical (TV), podendo causar abortos, natimortos, parto prematuro, baixo peso ao nascer, má formações fetais. Quanto mais recente for a sífilis na mãe, maior será o problema causado a gestação e ao feto (DANTAS, 2008; MILANEZ; AMARAL, 2008; SAAB, 2009; BRASIL, 2012b).

A sífilis é tratável e curável, no entanto, quando não tratada pode levar a óbito. Seu tratamento é simples e feito através de injeções de penicilina, mas mesmo assim continua sendo um problema de saúde pública, devido à falta de conhecimento da população e dos profissionais de saúde e a dificuldade em reconhecer e diagnosticar seus estágios, que varia entre fases sintomáticas e de latência (DANTAS, 2008; MILANEZ; AMARAL, 2008; OMS, 2008; SAAB, 2009).

Após a contaminação a sífilis aparece como um cancro duro na região exposta, que pode desaparecer em quatro semanas, caracterizando a fase primária. A fase secundária é disseminação sanguínea do treponema, aparecendo após quatro a oito semanas depois do desaparecimento do cancro, com sintomas como febre, estado gripal, cefaléia, artralgia, erupções cutâneas. O estágio seguinte é a latência, período onde não se observam sinais e sintomas clínicos. A fase terciária pode ocorrer após 3 a 12 anos da contaminação, apresentando sintomas neurológicos, cardiovasculares, articulares, é a fase que pode levar sequelas permanentes quando tratada tardiamente, e a óbito, se não tratada (DANTAS, 2008; MILANEZ; AMARAL, 2008; OMS, 2008; SAAB, 2009).

Devido ao seu desenvolvimento congênito, a sífilis tornou-se uma doença de notificação compulsória quando presente em gestantes e em neonatos e foi adotada pelo Ministério da Saúde como um indicador de qualidade da assistência Pré-natal (BRASIL, 2002; MELO, 2008; BRITO; JESUS; SILVA, 2009; BRASIL, 2012b).

Assim sendo, é realizado em todas as gestantes o rastreamento treponêmico que é feito através de um exame laboratorial chamado VDRL (VenerealDiseaseResearchLaboratories), quando negativo a gestante é considerada saudável, quando positivo, devido à possibilidade de ser um resultado falso positivo, é solicitado um exame confirmatório mais específico e de custo mais elevado, o FTA-Abs (Fluorescent TreponemalAntibody-Absorption) (DANTAS, 2008; MILANEZ; AMARAL, 2008; BRITO; JESUS; SILVA, 2009; SAAB, 2009).

3.3 Sífilis na Gestação

A portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 inclui a sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória e tem como objetivos controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhar, adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (BRASIL, 2006; SÍFILIS, 2008).

Essa decisão justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado (SÍFILIS, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde deve ser notificada toda gestante que, durante o pré-natal, apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado. A não identificação das gestantes infectadas resulta em ausência de tratamento e impossibilidade de prevenção da doença no recém-nascido (BRASIL, 2007b; SUCCI et al., 2008).

Os organismos responsáveis pela infecção da sífilis presentes no sangue de uma mulher grávida podem ser transmitidos ao feto. A maioria das mulheres com infecção de sífilis inferior a um ano, transmitirá a doença ao feto. Essa infecção depende do estágio da doença na gestante, ou seja, quanto mais recente for à infecção materna, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais grave e frequente será o comprometimento fetal (BRASIL, 2005; OMS, 2008).

No Brasil, a prevalência de VDRL reagente em gestantes varia de 1,6% a 5,2%, representando cerca de 50 mil parturientes com diagnóstico de sífilis e uma média de 12 mil

nascidos vivos com Sífilis Congênita (SC), embora sejam notificados apenas cerca de 4 mil novos casos ao ano. (BRASIL, 2007b)

Alguns estudos indicam problemáticas que tornam frágeis a assistência e prevenção da sífilis na gestação, entre elas: atraso dos exames solicitados durante o pré-natal; preenchimento incorreto do cartão da gestante que poderia ser utilizado como documentação dos resultados das sorologias; tratamento inadequado ou inexistente dos parceiros e da própria mulher grávida; falta de informações sobre o seguimento das mães e crianças infectadas após o parto; além da presença de dados incompletos nos prontuários e fichas epidemiológicas, mostrando falta de envolvimento por parte dos profissionais na notificação dos casos de sífilis na gestação. (ARAÚJO et al., 2005; SARACENI et al., 2005; ARAÚJO et al., 2006; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007; ARAÚJO et al., 2008; BRITO; JESUS; SILVA, 2008)

3.3.1 Classificação

A sífilis na gestante se enquadra na forma adquirida da doença, portanto classifica-se em recente (menos de um ano de evolução), podendo ser primária, secundária ou latente recente, e tardia (com mais de um ano de evolução), podendo ser latente tardia ou terciária. Apresenta-se inicialmente por uma pequena úlcera nos órgãos genitais (cancro duro) e linfonodomegalia inguinal, surgidos entre a 2 e 3 semanas após o contágio sexual. As úlceras e a linfonodomegalia não doem, não coçam, não ardem e não apresentam secreção purulenta. Este quadro desaparece espontaneamente após algumas semanas sem deixar cicatriz, o que leva a uma falsa sensação de cura. Sem tratamento, a doença tende a avançar pelo organismo, podendo ocasionar lesões cutâneas em várias partes do corpo, inclusive nas regiões palmares e plantares, além de alopecia, mandarose, cardiopatias e acometimento do sistema nervoso, podendo até mesmo levar o paciente ao óbito. (BRASIL, 2007b)

3.3.2 Diagnóstico

O diagnóstico de certeza é feito através da microscopia direta em campo escuro (técnica pouco utilizada no país devido às dificuldades operacionais), outro método microscópico é a imunofluorescência direta. Entretanto, a sífilis pode ser facilmente diagnosticada por exames sorológicos. Existem dois tipos básicos de exames, os testes não treponêmicos (VDRL e RPR), que são mais simples e de menor custo sendo por isso mais

utilizado como triagem e acompanhamento, e os testes treponêmicos (TPHA, MHA-TP, FTA-Abs, ELISA ou EIE), mais específicos e utilizados como testes confirmatórios (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b)

No Brasil, o teste treponêmico mais utilizado é o *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTA-Abs). Entre os testes não treponêmicos destaca-se o VDRL, sendo o teste mais empregado na rede pública de saúde no país. Por ser de baixocusto e de técnica simples é muito usado como triagem sorológica, podendo ser titulados e por isso são importantes no controle da cura. Os resultados tendem à negatificação com a terapêutica bem-sucedida. A persistência de baixos títulos em pacientes tratados corretamente é denominada cicatriz sorológica e pode permanecer por muitos anos. A sensibilidade do VDRL é considerada boa, variando de 78 a 100%, conforme a fase clínica da infecção. É, entretanto, menos específico do que os testes treponêmicos, podendo apresentar resultados falso-positivos em várias outras situações clínicas (AZULAY, 2004; ROTTA, 2005; MILANEZ; AMARAL, 2008;).

Em relação ao pré-natal, o Ministério da Saúde preconiza a realização de um teste sorológico no primeiro trimestre da gestação e outro no início do terceiro trimestre, e informa a conduta de acordo com o resultado do exame.

Em caso de VDRL não reagente, o profissional deve escrever o resultado no cartão da gestante, informá-la acerca do resultado e significado da negatividade e orientá-la quanto ao uso de preservativo, não esquecendo de repetir o exame na época correta, por conta dos riscos sempre presentes de infecção/reinfecção.

Na presença de VDRL reagente, deve ser solicitado teste(s) parceiro(s) e o teste confirmatório sempre que possível. Se o teste confirmatório for não reagente, descarta a hipótese de sífilis e considera a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e outras doenças. Se o teste confirmatório for reagente, está confirmado o diagnóstico de sífilis, devendo ser realizado o tratamento e acompanhamento. Lembrando que, quando não for possível realizar a testagem confirmatória em tempo hábil, e não houver como resgatar história passada de tratamento, deve ser considerado o resultado positivo em qualquer titulação como sífilis em atividade (BRASIL, 2012b).

3.3.3 Tratamento

O tratamento da sífilis é eficaz e de baixo custo, entretanto, a doença vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

É realizado com a penicilina G benzatina, variando a dosagem de acordo com o estágio da doença: 2.400.000 UI em sífilis primária, repetição da dose após uma semana na sífilis secundária e latente, e repetição da mesma dose após uma e duas semanas na sífilis terciária e ignorada. Em caso de comprovação de alergia à penicilina, com teste de sensibilização feito corretamente, a gestante deve ser dessensibilizada e posteriormente tratada com penicilina em ambiente hospitalar. O tratamento adequado durante a gestação é fundamental para afastar a possibilidade de infecção do feto. (BERMAN, 2004; BRASIL, 2007b; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007)

Vale ressaltar que a portaria nº 156 de 19 de janeiro de 2006 dispõe sobre o uso de penicilina na atenção básica a saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2006)

É considerada adequadamente tratada a gestante que usou a dose correta de penicilina e que finalizou seu tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, tendo o parceiro sido tratado concomitantemente. É considerada não adequadamente tratada a gestante que utilizar qualquer outro medicamento que não seja a penicilina, ou que tenha feito o tratamento com doses incorretas para a fase clínica da doença, ou cujo tratamento foi realizado ou finalizado menos de 30 dias antes do parto, ou ainda que não apresente queda de títulos sorológicos após tratamento adequado. Gestante que tem parceiro não tratado, inadequadamente tratado ou que não se tem informação disponível acerca do tratamento, também é considerada inadequadamente tratada. (BERMAN, 2004; BRASIL 2007b).

Durante a gestação, o tratamento deve ser aplicado imediatamente à mulher e a seu(s) parceiros sexual(ais) na dosagem e periodicidade adequadas correspondentes a sífilis tardia latente de tempo indeterminado (3 doses de Penicilina G Benzatina de 2.400.000 UI semanalmente) quando não houver história de tratamento prévio adequado e na impossibilidade de realização de teste confirmatório em espaço de tempo suficiente (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2012b)

3.4 Sífilis Congênita

A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica pelo *Treponema pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada para seu concepto por via transplacentária. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença na mãe. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b)

Segundo Ministério da Saúde (MS), aproximadamente 40% dos conceptos infectados de mães não tratadas resultam em natimortalidade, mortalidade perinatal e neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e principalmente perdas fetais. De acordo com Schmid (2004), há mais recém-nascidos com SC do que com qualquer outra infecção neonatal, incluindo tétano e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). (BERMAN, 2004; BRASIL, 2007b; MELO, 2008; OMS, 2008)

Em 1986, a SC tornou-se doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica e a partir de 1993, o MS propôs sua eliminação até o ano 2000. Entretanto, ainda é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2006; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007; MILANEZ; AMARAL, 2008).

A investigação da SC deve ser realizada em todas as crianças nascidas de mãe com sífilis, que tiveram diagnóstico durante a gestação, no parto ou puerpério, e em toda pessoa menor de 13 anos de idade que possua suspeita clínica e/ou epidemiológica de SC (BRASIL, 2012b).

As estratégias de controle de SC são voltadas a oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, seguindo o que é preconizado pelo MS como citado em item anterior. Koffman e Bonadio (2005), afirmam que promover uma assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, objetivando o bem estar da gestante e seu concepto (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b; OMS, 2008).

Ao contrário de muitas infecções neonatais, a SC é uma doença evitável que pode ser eliminada através de diagnóstico e tratamento efetivos na gestação. Por essa razão, a SC pode ser considerada “evento sentinela”, sua ocorrência pode servir como indicador de falhas na atenção à saúde da mulher grávida (BERMAN, 2004; SARACENI et al., 2005; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007; OMS, 2008;).

3.4.1 Classificação, Diagnóstico e Tratamento

A SC é classificada em precoce (definida até o segundo ano de vida da criança) e tardia (no período posterior ao segundo ano de vida). Na SC precoce, as lesões cutâneo-mucosas podem estar presentes desde o nascimento, e as mais comuns são exantema maculoso na face e extremidades, lesões bolhosas, *condiloma latum*, fissuras periorais e anais. Pode haver um quadro de sepse, icterícia, hidropsia fetal, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, anemia, linfadenopatias generalizadas, rinite sanguinolenta, osteocondrite, periostite, osteíte, síndrome nefrótica, convulsões, lesões do sistema nervoso central, sofrimento respiratório, pseudoparalisia dos membros e pancreatite, na dependência da gravidade da infecção, no entanto, poderá revelar-se assintomática. Já na SC tardia podem ocorrer alterações em ossos longos, geralmente nas tíbias (Lâmina em Sabre), e em ossos da face (fronte olímpica e mandíbula curta), na pirâmide nasal (nariz em sela), nos dentes incisivos superiores (dentes de Hutchinson) e nos molares (molares em amora), além de arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado. (AZULAY, 2004; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b)

O diagnóstico da SC é mais complexo que o de sífilis na gestante, principalmente pelo fato de que 50% das crianças infectadas não apresentam sintomas ao nascer. A investigação pode ocorrer através de sorologia não treponêmica de sangue periférico, radiografia de ossos longos e punção lombar de liquor. Também deve ser realizada a comparação da titulação do VDRL materno com a do VDRL do recém-nascido na ocasião do parto, pois títulos da criança superiores aos da mãe indicam suspeita de SC (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007; OMS, 2008; BRASIL, 2009).

Em relação à profilaxia da SC, os tratamentos atuais para a criança com alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, incluem uso de penicilina cristalina 100.000 UI/Kg/dia por via endovenosa (EV) durante 10 dias; nos casos de alterações no liquor, 150.000 UI/Kg/dia por 14 dias; e nas situações em que não há alterações radiológicas ou líquóricas e presença de sorologia negativa, 50.000 UI/Kg dose única por via intramuscular (IM). Muitas vezes faz-se necessária a hospitalização para garantir o tratamento completo da criança (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b; DONALISIO; FREIRE; MENDES, 2007; OMS, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Segundo Cervo; Bervian (2007) o estudo descrito tem como propósito observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos sem manipulá-los.

O enfoque quantitativo permite uma coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações através de estatística. É uma abordagem que tende a enfatizar os atributos mensuráveis da experiência humana (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Local do estudo

Estudo realizado no município de Fortaleza, Ceará. Esse município encontra-se dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) que são responsáveis pela execução das políticas setoriais e das metas definidas para cada grupo populacional, dentre elas, a atenção à saúde das mulheres, incluindo as gestantes como grupo prioritário.

As SER têm setores responsáveis pela coordenação de diferentes áreas, dentre elas a área da saúde. Dentre os setores da saúde destaca-se a vigilância epidemiológica que é responsável por receber as fichas dos agravos de notificação compulsória, incluindo os casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita das unidades primárias de saúde. São responsáveis pela digitação, análise e consolidação das informações das fichas no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).

4.3 População

Foram considerados todos os casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita 2008 a 2010, encontrados pelas respectivas Fichas de Investigação (ANEXO 1) e (ANEXO 2).

Consideraram-se casos de sífilis em gestante e sífilis congênita: toda gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado; e 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 (BRASIL, 2006).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2011 a abril de 2012. Realizou-se análise das fichas de notificação de sífilis em gestantes residentes em Fortaleza com as correspondentes notificações de sífilis congênita no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Foram pareadas as fichas da mãe com as dos seus respectivos conceptos. Foram incluídas todas as gestantes notificadas com sífilis cujas fichas de SC foram localizadas, independentemente de estarem digitadas no SINAN.

Inicialmente foi realizado um levantamento de todas as fichas de notificação em gestantes no setor de vigilância epidemiológica de cada SER. Posteriormente, visando o pareamento dos casos de mães e crianças, foram realizadas visitas às maternidades públicas municipais e ao banco de dados do SINAN da Secretaria de Saúde de Fortaleza visando localizar as fichas dos recém-nascidos e das gestantes não identificadas previamente. O levantamento de dados em diferentes fontes ocorreu com o objetivo de evitar as falhas de digitação e dados incompletos, fornecendo assim, maior consistência aos mesmos.

Após a identificação e pareamento das fichas da mãe e do concepto, foi preenchido um formulário (APÊNDICE 1) baseado nas informações contidas nas mesmas. Os dados foram coletados em ambas as fichas, visando a complementaridade das informações.

Algumas variáveis são comuns às duas fichas o que permitiu identificar discordâncias nas informações das gestante também presentes na ficha de SC. Nesses casos,

foram realizadas análises cuidadosas do preenchimento das fichas e consideradas as variáveis daquelas que apresentassem melhor qualidade das informações (campos completos e sem contradições). Assim, apenas um caso pareado foi descartado devido ao elevado número de campos ignorados na ficha de SC.

4.5 Análise dos dados

Foram analisadas as variáveis contidas na ficha da gestante: idade, raça, escolaridade, ocupação, idade gestacional na data da notificação, instituição de saúde notificadora, classificação clínica da sífilis, realização e resultado de testes não treponêmicos e treponêmicos, esquema e data de início de tratamento prescrito à gestante, realização do tratamento, esquema prescrito ao parceiro e motivo do não tratamento do mesmo.

Seguidamente foram analisadas as seguintes variáveis das fichas dos conceitos: SER notificadora, realização do pré-natal da mãe, ocasião do diagnóstico de sífilis materna, adequação do tratamento da mãe, realização do tratamento do parceiro, realização e resultado dos testes não treponêmico e treponêmico da mãe na ocasião do parto/curetagem, realização e resultado dos testes não treponêmico e treponêmico do RN, ascendência dos títulos, alteração líquórica (sendo qualquer tipo de alteração do Líquido Cefalorraquidiano após punção lombar como celularidade, VDRL e perfil protéico), diagnóstico radiológico, diagnóstico clínico, presença de sinais e sintomas, esquema de tratamento e evolução do caso.

Dados do tratamento do parceiro sexual (realização do tratamento, esquema prescrito e motivo do não tratamento) passaram a ser parte integrante da ficha de notificação da gestante somente a partir do ano de 2010. Entretanto, as fichas anteriores a essa data não foram retiradas de circulação e continuaram a ser utilizadas pelas unidades, o que impossibilitou a análise dessa variável. Portanto foi analisada somente a informação referente ao tratamento do parceiro sexual contida na ficha de notificação de SC.

Os dados foram digitados e analisados no Programa estatístico *StatisticalPackage for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. Para análise foi utilizado estatística descritiva com frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e dispersão.

4.6 Aspectos éticos

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o número de parecer 072/2009 e atendeu as recomendações da Resolução 196/96 no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2007c). Foi solicitada autorização da coordenadora do Sistema Escola do Município e assinado o termo de fiel depositário (APÊNDICE 2).

Foram preservados os princípios bioéticos fundamentais do respeito ao indivíduo de Autonomia, Beneficência e Justiça. Com isso a instituição esteve ciente das finalidades do estudo sendo solicitada a assinatura da Autorização e garantindo o anonimato e a confidencialidade dos participantes (autonomia).

Assegurou-se a inexistência de danos e a informação só foi utilizada para elaboração do estudo (não-maleficência), não perdendo o destino de sua destinação sócio-humanitária de justiça e equidade; no que se refere à beneficência, por meio dos resultados da pesquisa, estratégias poderão ser desenvolvidas em prol da promoção da saúde das gestantes com exame de VDRL reagente e a diminuição da ocorrência dos casos de sífilis congênita.

5 RESULTADOS

Foram identificados nos anos de 2008 a 2010, 350 casos de sífilis em gestantes e 1528 de SC. No ano de 2008 foram notificados 89 casos de sífilis em gestantes correspondendo a 22,3% do total de casos de SC. Em 2009 e 2010 foram 115 e 146 casos em gestantes equivalendo a 21,6 e 24,5% dos casos de SC, respectivamente. Após relacionamento do banco de dados foram identificadas e analisadas 175 fichas pareadas de mães e RN, incluindo natimortos e abortos.

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e da assistência pré-natal das gestantes. Encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 99 (56,6%) e eram adolescentes 43 (24,6%), sendo que a idade mínima encontrada foi de 15 anos e a máxima de 42. A média e a mediana das idades foram 24 e 23 anos respectivamente e o desvio padrão de 6,15. Em relação à cor da pele, percebeu-se que 140 (80,0%) classificaram-se como pardas, e quanto à escolaridade, 114 (65,1%) tinham ensino fundamental incompleto ou completo e 10 (5,7%) eram analfabetas. Trabalhavam à ocasião da notificação, 27 (15,4%) das mesmas.

Mais de metade das gestantes, 112 (64,0%) foram notificadas no hospital por ocasião do pré-natal ou do parto. Receberam assistência pré-natal, 148 (84,5%) gestantes, sendo 149 (85,1%) em Fortaleza e uma (0,6%) em outro município. O diagnóstico de sífilis foi realizado durante o pré-natal em 132 (75,4%) casos. A maioria, 149 (86,1%) foi notificada entre o segundo e terceiro trimestres de gestação.

Em relação à classificação clínica da sífilis, 42 (24,0%) foram notificadas com sífilis primária e 50 (28,6%) como sífilis terciária. Sessenta e oito fichas de notificação (38,9%) tiveram esse campo ignorado. Foram tratadas com penicilina G benzatina 150 (86,8%) gestantes e o esquema mais prescrito foi 7.200.000 UI com 110 (63,9%). Não realizaram o tratamento ou não constava essa informação na ficha de notificação em 23 (13,1%) mulheres. O esquema de tratamento da gestante foi considerado inadequado, não

realizado ou ignorado em 154 (88,0%) dos casos e o parceiro não tratado em 110 (62,9%) das mulheres.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos e da assistência pré-natal de gestantes notificadas com sífilis. Fortaleza-Ceará, 2008-2010.

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)		
19	43	24,6
20 a 29	99	56,6
30	33	18,9
Raça		
Branca	22	12,6
Não Branca	149	85,1
Ignorado	04	2,3
Escolaridade		
Analfabeta	10	5,7
Ensino fundamental/incompleto/completo	114	65,1
Ensino médio incompleto/completo	28	16,0
Ensino superior incompleto/completo	01	0,6
Ignorado	22	12,6
Trabalha atualmente		
Sim	27	15,4
Não/Ignorado	148	84,6
Instituição notificante		
Unidade Básica	63	36,0
Hospital	112	64,0
Realizou pré-natal		
Sim	148	84,6
Não/Ignorado	27	15,4
Idade gestacional (trimestre)		
Primeiro	16	9,1
Segundo	76	43,4
Terceiro	73	41,7
Ignorado	10	5,7
Diagnóstico de sífilis		
Pré-natal	132	75,4
Parto/curetagem/pós-parto	39	22,3
Ignorado	04	2,3
Classificação clínica da sífilis		
Primária	42	24,0
Secundária	08	4,6
Terciária	50	28,6
Latente	07	4,0
Ignorado	68	38,9
Tratamento prescrito		
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	28	16,0
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	12	6,9
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	110	62,9
Outro Esquema	02	1,1
Não realizado/Ignorado	23	13,1
Esquema de tratamento		
Adequado	21	12,0
Inadequado	126	72,0
Não realizado/Ignorado	28	16,0
Tratamento do parceiro sexual		
Sim	65	37,1
Não/Ignorado	110	62,9
Total	175	100,0

Fonte: Fichas de notificação de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Na tabela 2, estão apresentados os resultados referentes à testagem efetuada no pré natal e no parto/curetagem das gestantes/parturientes notificadas com sífilis. Realizaram o VDRL durante o pré-natal 148 (84,6%) e, destas, 83 (56,1%) obtiveram titulação maior que 1:8. Quanto ao teste treponêmico no pré-natal, foi realizado em 29 (16,6%) das mulheres, das quais 27 (93,2%) tiveram resultado reagente. Na ocasião do parto/curetagem constatou-se que 173 (98,8%) das mulheres realizaram o exame de VDRL e 171 (98,9%) tiveram resultado reagente, sendo que 109 (63,7%) com titulação menor ou igual a 1:8 e 62 (36,3%) com titulação superior a 1:8. O teste treponêmico foi realizado na ocasião do parto em 52 (29,7%) parturientes com 47 (90,4%) resultados reagentes.

Tabela 2. Dados relativos ao pré-natal e ao parto/curetagem de gestantes notificadas com sífilis. Fortaleza-Ceará, 2008-2010.

Variáveis	<u>Pré-natal</u>		<u>Parto</u>	
	N	%	n	%
Realizou VDRL				
Sim	148	84,6	173	98,8
Não/Ignorado	27	15,4	02	1,2
Resultado do VDRL				
Reagente	148	100,0	171	98,9
Não reagente	-	-	02	1,2
Titulação do VDRL				
1:8	64	43,2	109	63,7
>1:8	83	56,1	62	36,3
Ignorado	01	0,7	-	-
Realizou teste treponêmico				
Sim	29	16,6	52	29,7
Não/Ignorado	146	83,4	123	70,3
Resultado do teste treponêmico				
Reagente	27	93,2	47	90,4
Não reagente	01	3,4	05	9,6
Ignorado	01	3,4	-	-

Fonte: Fichas de notificação de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

A tabela 3 apresenta os dados relacionados à assistência dispensada aos conceptos notificados com SC. O VDRL de sangue periférico foi realizado em 145 (85,8%) RN e destes, 122 (84,1%) tiveram resultado reagente, com 106 (86,9%) apresentando titulações menores ou iguais a 1:8. O VDRL no líquido foi realizado em 82 (48,5%) e 23 (28,0%) foram

reagentes. Apresentaram titulação menor ou igual a 1:8 15 (65,2%) e em três fichas (13,0%) o preenchimento da titulação foi ignorado.

Não foi realizada verificação da alteração liquórica em 36 (21,3%) RN e esse campo estava ignorado em 44 (26,0%) fichas. Cinquenta e oito (34,3%) bebês não apresentaram alteração liquórica.

Realizaram o diagnóstico radiológico para verificação de alteração de ossos longos, 102 (60,4%) RN e destes, seis (5,9%) apresentaram alteração. Estavam assintomáticos 114 (67,5%) RN, sintomáticos 19 (11,2%) e o campo estava ignorado em 36 (21,3%) fichas. O sinal e sintoma mais comum foi icterícia, ocorrendo em 7 (24,1%) crianças, seguido de prematuridade com dois (1,2%) casos. O esquema de tratamento com penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/kg/dia durante 10 dias foi prescrito a 145 (85,8%) e 18 (10,7%) RN não realizaram tratamento ou tinham a informação ignorada. A evolução do caso teve desfecho com RN vivo em 165 (94,3%) e 9 (5,1%) casos não vivos (dois vieram a óbito, cinco natimortos e um aborto).

Tabela 3. Dados da assistência aos recém-nascidos notificados com sífilis congênita. Fortaleza-Ceará, 2008-2010.

Variáveis	n	%
Realizou VDRL de sangue periférico*		
Sim	145	85,8
Não/Ignorado	24	14,2
Resultado do VDRL de sangue periférico		
Reagente	122	84,1
Não reagente	23	15,9
Titulação do sangue periférico		
1:8	106	86,9
>1:8	15	12,3
Ignorado	01	0,6
Realizou VDRL no Líquor*		
Sim	82	48,5
Não/Ignorado	87	51,5
Resultado do VDRL no Líquor		
Reagente	23	28,0
Não Reagente	59	72,0
Titulação no Líquor		
1:8	15	65,2
>1:8	05	21,7
Ignorado	03	13,0
Alteração Liquórica*		
Sim	31	18,3
Não	58	34,3
Não realizado/Ignorado	80	47,3
Realizou RX de ossos longos*		
Sim	102	60,4
Não/Ignorado	67	39,6
Alteração do Exame de RX de ossos longos*		
Sim	06	5,9
Não	95	93,1
Ignorado	01	1,0
Diagnóstico clínico do RN*		
Assintomático	114	67,5
Sintomático	19	11,2
Ignorado	36	21,3
Esquema de tratamento prescrito ao RN*		
Penicilina G cristalina 100.000 a 150.000 UI/Kg/dia/10 dias	145	85,8
Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia – 10 dias	01	0,6
Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg/dia	02	1,2
Outro esquema	03	1,8
Não realizado/Ignorado	18	10,7
Evolução do conceito		
Vivo	165	94,3
Não vivo	09	5,1
Ignorado	01	0,6

Fonte: Fichas de notificação de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

*Só foram considerados os conceitos que nasceram vivos

Na tabela 4 pode-se verificar a relação de algumas variáveis com a evolução do conceito. Observa-se que em nove (100,0%) casos em que o desfecho foi a mãe ter abortado, ocorrido o natimorto ou óbito do RN, o parceiro não recebeu tratamento concomitante ao das gestantes ($p = 0,027$). De modo semelhante, no tratamento das mesmas, todos os casos de SC

com o mesmo desfecho acima tinham mães inadequadamente tratadas ou não tratadas ($p = 0,601$).

Tabela 4. Evolução do conceito em relação à titulação e tratamentos materno e do parceiro sexual. Fortaleza-Ceará, 2008-2010.

Variáveis	Evolução da criança				Valor de p
	Vivo		Não vivo		
	n	%	N	%	
Parceiro tratado concomitantemente à gestante					0,027
Sim	64	38,8	-	-	
Não	101	61,2	09	100,0	
Titulação do VDRL materno no pré-natal					1,000
1:8	61	44,2	03	37,5	
> 1:8	77	55,8	05	62,5	
Titulação do VDRL materno no parto/curetagem					0,011
1:8	107	66,5	02	22,2	
> 1:8	54	33,5	07	77,8	
Esquema de tratamento da gestante					0,601
Adequado	20	12,3	-	-	
Inadequado/Não realizado	142	87,7	09	100,0	

Fonte: Fichas de notificação de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Em relação às titulações do VDRL materno verifica-se que 61 (44,2%) dos RN que evoluíram com vida, as mães apresentaram títulos menores ou iguais a 1:8 no pré-natal ($p = 1,000$), e posteriormente no parto/curetagem/pós-parto, a maioria (77,8%) dos não vivos advinham de titulações maiores que 1:8 ($p = 0,011$).

Tabela 5. Resultado do exame do líquido do RN relacionado à titulação e tratamento maternos e tratamento do parceiro sexual. Fortaleza-Ceará, 2008-2011.

Variáveis	Alteração liquórica				Valor de p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Parceiro tratado concomitantemente à gestante					0,038
Sim	16	51,6	17	29,3	
Não	15	48,4	41	70,7	
Titulação do VDRL materno no pré-natal					0,016
1:8	03	14,3	24	45,3	
>1:8	18	85,7	29	54,7	
Titulação do VDRL materno no parto/curetagem					0,739
1:8	17	56,7	35	60,3	
>1:8	13	43,3	23	39,7	
Esquema de tratamento da gestante					0,331
Adequado	06	19,4	06	10,5	
Inadequado/Não realizado	25	80,6	51	89,5	

Fonte: Fichas de notificação de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Os dados relacionados à alteração liquórica no RN estão apresentados na tabela 5. Verifica-se que quinze (48,4%) bebês com alteração no líquido, não tiveram os parceiros das suas mães tratados ($p = 0,038$). O tratamento da gestante mostrou-se inadequado ou não realizado na maioria (80,6%) das crianças com líquido alterado ($p = 0,331$). A titulação

materna do VDRL no pré-natal foi superior a 1:8 em dezoito (85,7%) dos RN que apresentaram líquido alterado ($p = 0,016$), já no momento do parto/curetagem ou pós-parto, em treze (43,3%) casos ($p = 0,739$).

6 DISCUSSÃO

Pode-se perceber que a maioria das gestantes notificadas com sífilis era de cor parda e pertencia à faixa etária de 20 a 29 anos. Vale ressaltar que 24,6% eram adolescentes. Um estudo realizado em Olinda-PE sobre a ocorrência de casos de SC encontrou faixa etária semelhante, mostrando a importância de incluir a solicitação do exame de VDRL na rotina de atendimento às mulheres independentemente do motivo da busca pelos serviços de saúde, bem como a realização de trabalhos de prevenção junto a essa população (BRITO; JESUS; SILVA, 2009).

A inclusão do exame de VDRL na rotina da atenção à saúde da mulher permite a identificação e o tratamento precoce dos casos de sífilis, podendo dessa forma contribuir mais eficazmente para a prevenção e controle da SC. Por outro lado, destaca-se a importância da facilitação do acesso de mulheres em idade fértil e adolescentes aos programas de planejamento familiar, permitindo assim atuar na promoção da saúde para práticas sexuais seguras, com o objetivo inicial de abolir a transmissão da sífilis e evitar a transmissão vertical.

Nos resultados deste estudo ficaram evidenciadas a baixa escolaridade e renda destas mulheres, sendo que a maioria (65,1%) teriam no máximo o ensino fundamental completo e 84,6% das gestantes não trabalhavam. A pobreza e a baixa escolaridade no processo saúde-doença englobam uma série de fatores limitantes como o acesso restrito aos serviços de saúde, capacidade limitada no conhecimento de práticas de saúde e reconhecimento de fatores de risco. Estudo realizado no estado de Ceará constatou que existia uma relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e assistência pré-natal (CAMPOS et al., 2010).

O pré-natal foi realizado por 84,6% das gestantes, entretanto, a maioria dessas notificações ocorreu no âmbito hospitalar, o que revela que apesar dessas gestantes receberem assistência pré-natal e o MS afirmar que a cobertura é superior a 80%, estas mulheres provavelmente não estão recebendo assistência de qualidade. Por outro lado, o diagnóstico da sífilis na gestante também não ocorreu em tempo hábil, considerando que somente 75,4% tiveram a sífilis diagnosticada no período do pré-natal. Estudos mostram ainda que a realização de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para garantir

assistência de qualidade (CAMPOS et al., 2010; LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; ALMEIDA; PEREIRA, 2007).

O diagnóstico dos casos quando realizado no hospital, na maioria das vezes ocorre no pré-parto ou após o parto, diminuindo assim consideravelmente as oportunidades de tratamento oportuno e eficaz, capaz de evitar a TV da sífilis. Ainda assim, estudos ressaltam a importância do diagnóstico mesmo no momento do parto porque apesar da perda de oportunidade de evitar a TV, existe a possibilidade de tratar o RN e evitar sequelas futuras (ALMEIDA; PEREIRA, 2007). Além disso, e por razões óbvias, o diagnóstico no momento do parto proporciona o tratamento da mãe e a oportunidade de conversar com o parceiro por ocasião da visita. Por outro lado, pode-se observar que mesmo quando o diagnóstico ocorreu durante o pré-natal, para mais de 80% das gestantes o mesmo se deu no segundo e terceiro trimestres de gestação. Essa situação pode estar relacionada à dificuldade de acesso à consulta pré-natal ou ao descaso dos profissionais que realizam essa assistência. Segundo a OMS, a infecção sífilítica pode ser transmitida da mãe para o bebê a partir da nona semana de gestação, apesar de ser mais frequente entre a 16^a e a 28^a semanas. Esses fatos reforçam a necessidade de rastreamento precoce das gestantes (OMS, 2008).

A sífilis pode ser facilmente diagnosticada por meio de exames sorológicos, os testes não treponêmicos (VDRL e RPR), que são mais simples e de menor custo sendo, por isso, mais utilizados como triagem e acompanhamento, e os testes treponêmicos (TPHA, MHA-TP, FTA-Abs, ELISA ou EIE), mais específicos e utilizados como testes confirmatórios (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b).

No Brasil, dentre os testes não treponêmicos destaca-se o VDRL, sendo o mais empregado na rede pública de saúde. Os resultados tendem à negatividade com a terapêutica bem sucedida. A persistência de baixos títulos em pacientes tratados corretamente é denominada cicatriz sorológica e pode permanecer por muitos anos (AZULAY, 2004; ROTTA, 2005; MILANEZ; AMARAL, 2008). Na presença de VDRL reagente deve ser solicitada a testagem do(s) parceiro(s) e, se possível o teste confirmatório, pela sua importância já que, se não reagente, descarta-se a hipótese de sífilis e considera-se a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e outras doenças (BRASIL, 2012b). Assim como cabe ressaltar que, pacientes não tratadas ou inadequadamente tratadas, podem permanecer durante anos com a titulação baixa e ser uma sífilis latente. Por isso, a importância de realizar o teste treponêmico, não se pensando apenas na hipótese de “cicatriz sorológica”.

O teste treponêmico mais utilizado é o Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption (FTA-Abs), porém, neste estudo pudemos perceber a pouca utilização deste teste na rotina dos serviços, já que apenas 16,6% e 29,7% das gestantes o realizaram durante a assistência pré-natal e à internação para o parto, respectivamente. Isto pode significar que gestantes sem o diagnóstico de sífilis podem estar sendo tratadas, uma vez que o exame de VDRL pode permanecer positivo mesmo após o tratamento da pessoa infectada. Por outro lado, mais de 90% das gestantes que fizeram o teste treponêmico, resultaram positivas.

De acordo com o MS, o tratamento da gestante deve ter início imediatamente após o diagnóstico da sífilis e estar de acordo com o estágio clínico. Na ausência de definição do estágio da doença e/ou não existir ou não for possível conhecer a história de tratamento prévio adequado, deve-se administrar o tratamento para sífilis terciária ou latente tardia (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2012b).

No entanto, observam-se falhas de prescrição, considerando que 124 gestantes foram classificadas com estágio clínico de sífilis terciária, latente ou ignorada, mas a dose de 7.200.000 UI não foi prescrita para todas. Além disso, sabe-se que o diagnóstico de sífilis primária é difícil de ser realizado, uma vez que a sua manifestação, o cancro duro, tem um tempo limitado e curto de permanência, além da possibilidade de aparecer em regiões não visíveis da genitália e fora da região genital. Contudo, este estudo revelou que o tratamento para sífilis primária ainda foi prescrito para 16,0% dos casos. Encontraram-se ainda duas gestantes que receberam outro esquema e 13,1% que não realizaram tratamento.

O tratamento foi considerado inadequado ou não realizado em mais de 85% dos casos. Os motivos da inadequação foram: tratamentos que não correspondiam à classificação clínica da doença, término com menos de 30 dias de antecedência ao parto e os parceiros sexuais não terem sido tratados ou não existir essa informação. Dados semelhantes foram apresentados por CAMPOS (2010) e FERNANDES (2007), sendo que o percentual de parceiros tratados ficou ainda mais aquém, com apenas 12% no estudo da maternidade em Campos, RJ. Além disso, a avaliação do controle de cura da gestante fica comprometida, já que as fichas não contemplam a quantidade de testes realizados.

Outros autores revelam problemas que fragilizam a assistência e prevenção da sífilis na gestação, dentre eles: ausência da realização dos exames, atraso dos exames solicitados durante o pré-natal por parte dos laboratórios evoluindo para um diagnóstico

tardio; gestantes que abandonam o seguimento do pré-natal; falta de comprometimento do serviço no resgate dessas gestantes que interromperam o pré-natal; falha dos profissionais no momento do diagnóstico gerando um tratamento inadequado; dificuldade na identificação do parceiro e na sua adesão ao tratamento; tratamento inadequado ou inexistente dos parceiros; falta de informações sobre o seguimento das mães e crianças infectadas após o parto; além da presença de dados incompletos dos prontuários e fichas epidemiológicas, mostrando falta de envolvimento dos profissionais na notificação de casos de sífilis na gestação (FERNANDES et al., 2007; MELO, 2008; ARAÚJO, 2008; BRITO; JESUS; SILVA, 2009; CAMPOS et al., 2010; SARACENI; MIRANDA, 2012; MESQUITA, 2012; LIMA, 2013).

Em relação aos recém-nascidos com SC, e semelhantemente a outros estudos, foi possível constatar que apesar da assistência no âmbito hospitalar poder ser mais efetiva, considerando a disponibilidade de recursos, ainda está aquém das necessidades (ROTTA, 2005; MELO, 2008). Observou-se que a realização do VDRL de sangue periférico não teve 100% de cobertura nos RN, já que apenas 85,8% o realizaram. Quando analisado a sua realização no líquido, apenas 48,5% das crianças foram testadas. O mesmo ocorreu em relação à verificação de alteração liquórica, onde entre não realizadas e ignoradas, somam-se mais de 47%.

Estes resultados revelam a falta de comprometimento com a investigação da neurosífilis, de grave morbidade para o RN. Apesar da maioria (72%) dos resultados do VDRL no líquido ter sido não reagente e titulações inferiores a 1:8, estudo realizado em uma maternidade de Pernambuco que avaliou a presença de neurosífilis em RN com diagnóstico de SC mostrou que resultados não reagentes de VDRL no líquido não descartam a possibilidade de comprometimento do sistema nervoso central, além da sua frequente manifestação tardia, destacando a importância da epidemiologia, da clínica e das evidências sorológicas no diagnóstico do RN (MENEZES et al., 2007). Constatou-se neste estudo que a alteração do líquido na criança teve relação estatisticamente significativa com as gestantes que durante o pré-natal apresentaram titulações do VDRL superiores a 1:8, revelando que altos títulos podem estar associados a uma maior morbidade desta infecção, achados semelhantes foram encontrados num estudo no Rio de Janeiro que descreveu as características de gestações complicadas por sífilis materna (NASCIMENTO et al., 2012).

Em relação ao raio-X de ossos longos, entre não realizados e ignorados, foram de aproximadamente 39,6%. A maioria das crianças encontradas (67,5%), semelhantemente a

outros estudos, era assintomática, o que pode ter contribuído para a falta de investigação da patologia (FINELLI et al., 1998; ROTTA, 2005; MELO, 2008).

No Brasil, estudos não são conclusivos em relação à taxa de mortalidade perinatal por SC devido à falta de registros e subnotificações. Entre os 175 casos encontrados, 09 (5,1%) resultaram em mortalidade perinatal, apresentando ainda 01 (0,6%) caso ignorado, confirmando a grande morbidade de sífilis na gestação, já extensamente descrita na literatura (FINELLI et al., 1998; GUST et al., 2002; KOMKA; LAGO, 2007).

Neste estudo, constatou-se relação estatisticamente significativa entre o desfecho negativo para os conceitos, tanto com o não tratamento dos parceiros concomitante ao da gestante, quanto com a persistência dos títulos do VDRL acima de 1:8 das mães ao momento do parto ou curetagem. Outros estudos mostram o grande peso do tratamento inadequado da mãe e a ausência de pré-natal na mortalidade destas crianças (FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007).

Uma das limitações desse estudo deveu-se ao fato de ter analisado dados secundários e estar sujeito às falhas de preenchimento e digitação das fichas de notificação. Tal situação pode comprometer a análise, uma vez que variáveis importantes deixam de ser preenchidas do ponto quantitativo e qualitativo. Isso pode estar relacionado à alta rotatividade de profissionais treinados, falta de treinamento e supervisão dos profissionais, considerando que essas atividades são realizadas por diferentes categorias, inclusive por pessoal de nível médio, o que requer acompanhamento e avaliação constantes das fichas, principalmente, antes de serem digitadas.

Não foi constatado campo estabelecido nas fichas de notificação que fornecesse informação e avaliação tanto do controle de cura mensal para as gestantes, quanto para o seguimento das crianças com sorologia positiva para sífilis após a alta da maternidade. Por isso, não foi possível averiguar se o seguimento preconizado dos casos de sífilis congênita foi realizado. Estudo realizado em Fortaleza, Ceará que analisou o manejo dos RN notificados com sífilis, também encontrou que essa assistência não era realizada adequadamente (MELO, 2008).

7 CONCLUSÃO

Foi possível concluir que as gestantes com sífilis não estão recebendo assistência adequada nem no pré-natal e nem em algumas maternidades. Apesar do diagnóstico de SC estar sendo realizado no hospital, percebeu-se que os exames de rotina preconizados para os RN, tais como o exame de líquido, RX de ossos longos não estão sendo cumpridos na sua plenitude, revelados pelas elevadas taxas de não realização ou informação ignorada dos mesmos.

O manejo inadequado com a sífilis na gestação vem permitindo o seu descontrole e ocasionando a TV da doença, acarretando assim graves consequências como a elevada morbimortalidade infringida aos conceitos destas gestações, mantendo a sífilis como um fardo no rol dos problemas de saúde pública.

8 REFERÊNCIAS

ALENCAR, Neiva Gomes; GOMES, Luís Carlos. Avaliação da Assistência Pré-Natal na Percepção de gestantes atendidas em uma unidade com Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 19, p.13-17, fev. 2008.

ALMEIDA, Maria de Fátima Gomes, Pereira Susan M. Caracterização Epidemiológica da Sífilis Congênita no Município de Salvador, Bahia. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p.144-56, dez.2007.

ARAGÃO, Carolina de Oliveira. **A avaliação da qualidade do pré-natal realizado por enfermeiros na ótica das gestantes usuárias no município de Teresópolis**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/21145/1/A-Avaliacao-da-Qualidade-do-Pre-natal-Realizado-por-Enfermeiros-na-Otica-das-Gestantes-Usuarias-no-Municipio-de-Teresopolis/page1.html>>. Acesso em: 13 maio 2011, Publicado em: 08/07/2009.

ARAÚJO, Eliete da Cunha et al. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 1, p.47-51, mar. 2006.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita. Acesso à Consulta a Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Experiências de Homens em uma Unidade de Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.396-403, abr. 2005.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; SILVA, Denise Maia Alves da; SILVA, Raimunda Magalhães da; GONÇALVES, Marcelo Luiz Carvalho. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p.4-9, mar. 2008.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p.111-126, abr. 2006.

AZULAY, Rubem David. Treponematoses. In: AZULAY e AZULAY. **Dermatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 22, p. 240-251.

BERMAN, Stuart M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. **Bulletin Of The World Health Organization**, Genebra, v. 82, n. 6, p.433-438, jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília: CNS;2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis: Manual de Bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: Manual de Bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – Aids e DST**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Secretaria Vigilância em Saúde. **Portaria nº33: de 14 de julho de 2005**. Brasília, 2005.

BRASIL. Secretaria Vigilância em Saúde. **Programação das Ações de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2008.

BRITO, Ederline Suély Vanini de; JESUS, Suzane Brust de; SILVA, Maria Rejane Ferreira da. Sífilis Congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p.62-71, mar. 2009.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, Sept. 2010.

CEARÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Informe Epidemiológico: DST e Aids**. Fortaleza, 2009.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Markron Books, 2007.

COSTA, Geny Rose Cardoso. **Assistência Pré-Natal no Estado do Maranhão**. 2009. 63 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2009.

DANTAS, Janmilli da Costa. **Condutas de Profissionais que Realizam a Consulta Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família quanto à Detecção, Tratamento e Acompanhamento da Gestante com Sífilis**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

DONALISIO, Maria Rita; FREIRE, June Barreiros; MENDES, Elisa Teixeira. 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. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p.165-173, set. 2007.

FERNANDES, Regina Célia Souza Campos; FERNANDES, Paulo GCC; NAKATA, Talita Y. Análise de Casos de Sífilis Congênita na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 61-157, dez. 2007.

FINELLI, Lyn; BERMAN, Stuart M; Koumans Emilia H; Levine William C. Congenital syphilis. **Bull World Health Organization**, Genebra, v. 76 Suppl 2, p128-126, 1998.

GONÇALVES, Roselane et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p.349-353, jun. 2008.

GUST, Deborah A; LEVINE, William C; ST. LOUIS, Michael E; BRAXTON, Jim; BERMAN, Stuart M. Mortality associated with Congenital Syphilis in the United States, 1992-1998. **Pediatrics**, Illinois, v. 109 n. 5, pp. e79, mai. 2002 (doi: 10.1542/peds.109.5.e79).

KOFFMAN, Márcia Duarte; BONADIO, Isabel Cristina. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl. 1, p.S23-S32, dez. 2005.

KOMKA, Maria Regina, Lago Eleonor Gastal. Sífilis Congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007.

LIMA, Bruno Gil de Carvalho; COSTA, Maria Conceição Nascimento; DOURADO Maria Inês Costa. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p123-53, jun. 2008.

LIMA, Marina Guimarães 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, Fev. 2013.

MACEDO, Vilma Costa de et al . Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009.

MELO, Simone Paes de. **Avaliação do Manejo do Recém Nascido com Sífilis Congênita em Fortaleza-CE**. 2008. 52 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2008.

MENEZES, Maria Luiza Bezerra et al. Neurosífilis Congênita: ainda um grave problema de Saúde Pública. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p.134-38, dez. 2007.

MESQUITA, Karina O et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 1, p. 7-20, mai. 2012.

MILANEZ, Helaine; AMARAL, Eliana. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p.325-327, 30 jul. 2008.

NASCIMENTO, Maria Isabel do et al . Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, Fev. 2012.

OMS. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para Ação**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p.113-124, mar. 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 487.

ROTTA, Osmar. Diagnóstico sorológico da sífilis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p.299-302, jun. 2005.

SAAB, Fernando. **Prevalência de Sífilis em Gestantes que Abortam Atendidas pelo Programa de Proteção à Gestante**: PPG do Estado de Sergipe, de 2005 à 2007. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SÃO PAULO. Informe Técnico Institucional. Sífilis Congênita e Sífilis na Gestaçã. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

SARACENI, Valéria et al. Mortalidade Perinatal por Sífilis Congênita: Indicador da Qualidade da Atenção à Mulher e à Criança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1244-1250, ago. 2005.

SARACENI, Valéria. Sífilis Congênita. In: PASSOS, Mauro Romero Leal. **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. p.215-224.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestaçã e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2012.

SCHMID, George et al. Andprogrammaticspectsof congenital syphilisprevention. **Bulletin Of The World Health Organization**, Genebra, v. 82, n. 6, p.402-409, jun. 2004.

SÍFILIS Congênita e Sífilis na Gestaçã.**Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.768-772, ago. 2008.

SUCCI, Regina Célia de Menezes et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do Município de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p.986-992, dez. 2008.

WHO.**Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually transmitted infections: 2006-2015 breaking the chain of transmission**. Geneva: World Health Organization, 2007.

WOLF Tracy, SHELTON Erica, SESSIONSCecili, MILLER Therese. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. **AnnalsofInternal Medicine**, Philadelphia, v. 150, n. 10, p.705-10, mai. 2009.

APÊNDICES

9

9.1 Apêndice 1: Questionário

QUESTIONÁRIO N° _____

SER _____

1. Dados maternos

Nome da mãe: _____

Idade: _____

Raça/Cor:

 Branca Parda Preta Indígena Amarela Ignorado

Unidade de Saúde notificadora: _____

Data da Notificação: __/__/____ Data do Diagnóstico de Sífilis: __/__/____

Idade Gestacional em trimestre:

 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Analfabeta	<input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto
<input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série incompleta do EF	<input type="checkbox"/> Ensino Médio completo
<input type="checkbox"/> 4ª série completa do EF	<input type="checkbox"/> Educação Superior incompleta
<input type="checkbox"/> 5ª à 8ª série incompleta do EF	<input type="checkbox"/> Educação Superior completa
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ignorado

Ocupação: _____

Unidade de Saúde e Município de realização do Pré-Natal: _____

Classificação Clínica da sífilis:

 Primária Secundária Terciária Latente Ignorado

Teste não treponêmico no pré-natal:

Reagente Não Realizado Titulação: 1:___

Não Reagente Ignorado Data: __/__/____

Teste treponêmico no pré-natal:

Reagente Não Reagente Não Realizado Ignorado

Esquema de tratamento prescrito

Penicilina G benzatina 2.400.000 UI Outro esquema

Penicilina G benzatina 4.800.000 UI Ignorado

Penicilina G benzatina 7.200.000 UI

Categoria profissional do notificante: _____

2. Dados do RN

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: __/__/____

Sexo: _____

Raça/Cor:

Branca Parda Preta Indígena Amarela Ignorado

Unidade de Saúde notificadora: _____

Data da Notificação: __/__/____ Data do Diagnóstico de Sífilis Congênita: __/__/____

Nome da mãe: _____

Município de residência: _____ Idade da mãe: ____ Raça: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Realizou Pré-Natal nesta gestação: Sim Não Ignorado

Unidade de Saúde e Município de realização do Pré-Natal: _____

Diagnóstico de Sífilis Materna: __/__/____

Durante o pré-natal No momento do parto/curetagem

Não realizado Após o parto Ignorado

Teste não treponêmico no parto/curetagem:

Reagente Não Realizado Título: 1:___

Não Reagente Ignorado Data: __/__/____

Teste confirmatório treponêmico no parto/curetagem:

Reagente Não Reagente Não Realizado Ignorado

Esquema de tratamento da gestante:

Adequado Inadequado Não realizado Ignorado

Data do início do tratamento: __/__/____

Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente à gestante:

Sim Não Ignorado

Município de nascimento / aborto / natimorto: _____

Local de Nascimento (Maternidade/Hospital): _____

Teste não treponêmico – Sangue Periférico:

Reagente Não Realizado Título: 1:___

Não Reagente Ignorado Data: __/__/____

Teste treponêmico (após 18 meses):

Reagente Não Realizado Data: __/__/____

Não Reagente Não se aplica

Teste não treponêmico – Líquor:

Reagente Não Realizado Título: 1:___

Não Reagente Ignorado Data: __/__/____

Titulação ascendente:

Sim Não Não realizado Ignorado

Evidência de *Treponema pallidum*:

Sim Não Não realizado Ignorado

Alteração Líquórica:

Sim Não Não realizado Ignorado

Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame de Ossos Longos

Sim Não Não realizado Ignorado

Diagnóstico Clínico:

Assintomático Sintomático Não se aplica Ignorado

Presença de Sinais e Sintomas:

Sim Não Não se aplica Ignorado Anemia Icterícia

Esplenomegalia Osteocondrite Pseudoparalísias Hepatomegalia

Rinite muco-sanguinolenta Lesões Cutâneas Outro _____

Esquema de tratamento:

Penicilina G cristalina 100.000 UI a 150.000 UI/Kg/dia - 10 dias Não realizado

Penicilina G procaína 50.000 UI/Kg/dia – 10 dias Ignorado

Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg/dia Outro Esquema _____

Evolução do caso:

Vivo Óbito por sífilis congênita Aborto

Natimorto Óbito por outras causas Ignorado Data do Óbito: __/__/____

Categoria profissional do notificante: _____

Coletor dos dados: _____

Data: __/__/____

9.2 Apêndice 2: Termo de Autorização

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Ana Rita Paulo Cardoso, enfermeira, estou realizando um estudo sobre Análise dos casos notificados de mulheres e seus conceitos com sífilis em Fortaleza, Ceará.

Nesse sentido, solicito a sua permissão para realizar o estudo das fichas de notificação de sífilis em gestante e sífilis congênita no período de 2008 a 2010 nas Secretarias Executivas Regionais do município de Fortaleza. Ressaltamos que este estudo trará benefícios, pois contribuirá para a melhoria da assistência prestada à mulher durante o pré-natal e a diminuição da sífilis congênita, quando proporcionará conhecer mais detalhadamente o seguimento que é dado a estes casos.

Asseguramos que será garantido o sigilo de todas as informações prestadas e que também será respeitado o seu direito de retirar os seus dados do estudo a qualquer momento em que o senhor(a) desejar.

Os dados serão submetidos a publicação em revista científica, respeitando a confidencialidade das identidades.

*Atenciosamente,
Ana Rita Cardoso*

Em caso de esclarecimento entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: Maria Alix Leite Araújo

Endereço: Rua São Gabriel, nº 300, apto.1101

Telefone: (85) 32580061

CPF: 209606623-91

Fortaleza, ____ de _____ de 2011

Assinatura do(a) responsável

ANEXOS

10

10.1 Anexo 1: Ficha de Investigação Sífilis em Gestante

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº	
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	SÍFILIS EM GESTANTE		3 Código (CID10) O98.1	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo F - Feminino	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4 - Idade gestacional ignorada 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 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 à 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				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	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 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso				
	Ant. epid. gestante	31 Ocupação			
		32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Dados laboratoriais	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL		36 Classificação Clínica 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado		
	Resultado dos Exames		38 Título	39 Data	
	37 Teste não treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:		
Tratamento / encerramento	40 Teste treponêmico no pré-natal 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado				
	41 Esquema de tratamento prescrito 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função	Assinatura	
Sífilis em gestante		Sinan NET		SVS 17/07/2006	

10.2 Anexo 2: Ficha de Investigação Sífilis Congênita

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a form related to congenital syphilis investigation. The box is currently blank.

Ant. Epidem. da Criança	47 UF	48 Município de nascimento / aborto / natimorto	Código (IBGE)	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	Código
	50 Teste não treponêmico - Sangue Periférico 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		51 Título 1:		52 Data
Dados do Laboratório da Criança	53 Teste treponêmico (após 18 meses) 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 4 - Não se aplica 9-Ignorado		54 Data		
	55 Teste não treponêmico - Líquor 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		56 Título 1:		57 Data
	58 Titulação ascendente 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		59 Evidência de <i>Treponema pallidum</i> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
	60 Alteração Liquórica 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		61 Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração do Exame dos Ossos Longos 1 - Sim 2 - Não 3 - Não realizado 9-Ignorado		
Dados Clínicos da Criança	62 Diagnóstico Clínico 1 - Assintomático 3 - Não se aplica 2 - Sintomático 9 - Ignorado		63 Presença de sinais e sintomas 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				
Evolução	65 Evolução do Caso 1 - Vivo 2 - Óbito por sífilis congênita 3 - Óbito por outras causas 4 - Aborto 5 - Natimorto 9 - Ignorado				66 Data do Óbito
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 (Microhemagglutination *Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination), 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 liquórica - 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.