

# SÍFILIS E GESTAÇÃO: ESTUDO COMPARATIVO DE DOIS PERÍODOS (2006 E 2011) EM POPULAÇÃO DE PUÉRPERAS

Ernesto Antonio Figueiró-Filho<sup>1</sup>, Silvia SA Freire<sup>2</sup>, Bruno A Souza<sup>3</sup>, Gabriela S Aguenta<sup>3</sup>, Cristiane M Maedo<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** em 2005 a sífilis SF em gestantes foi incluída na lista de agravos de notificação compulsória, na tentativa de controlar a transmissão vertical. **Objetivo:** comparar dois períodos em população de puérperas para verificação da sífilis congênita (SC) como fator de assistência pré-natal. **Métodos:** estudo observacional transversal comparativo retrospectivo e prospectivo dos casos de SC ocorridos em dois períodos distintos com 512 puérperas em cada período (2006 e 2011) com total de 1.024 puérperas, de quatro maternidades da cidade de Campo Grande-MS. O diagnóstico baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Foi realizada entrevista ao leito e verificação dos exames obtidos durante o pré-natal ou no ato da internação. **Resultados:** a prevalência de SC observada no primeiro período (2006) foi de 2,3% e no segundo (2011), de 0,58%. Observou-se associação significativa entre os períodos estudados e elevação da frequência das doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis, de 3,5% (2006) para 10,1% (2011). Não se observou associação significativa entre os períodos estudados e as variáveis relacionadas a infecção sífilítica materno-fetal, tratamento do parceiro e tratamento dos outros filhos. **Conclusão:** verificou-se o desconhecimento sobre a importância da prevenção da sífilis, além da atenção e o cuidado que devem existir no momento do preenchimento do cartão da gestante, e elevação significativa da identificação de outras doenças infecciosas durante o pré-natal no ano de 2011 em relação ao ano de 2006. Em nenhum período ocorreu o tratamento adequado das pacientes, dos parceiros e o rastreamento dos filhos.

**Palavras-chave:** sífilis, sífilis congênita, pré-natal, DST

## INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal e puerperal deve ser baseada em ações que garantam a promoção e prevenção da saúde e ainda diagnósticos e tratamentos que podem ocorrer durante esse processo. Dessa forma, uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é essencial para o bem-estar materno e neonatal<sup>(1)</sup>. Segundo o Ministério da Saúde, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem uma grande preocupação em nível mundial, devido ao número de pessoas infectadas a cada ano por alguma DST. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a estimativa é de aproximadamente 12 milhões de novos casos de pessoas infectadas por ano com alguma doença relacionada ao sexo, dentre as quais a sífilis tem grande representatividade<sup>(2)</sup>.

Apesar de a sífilis (SF) ser uma doença de etiologia conhecida e poder alcançar 100% de êxito em relação a prevenção, tratamento e cura, e estes encontrarem-se ao alcance de todos, ainda é possível verificar um recrudescimento dessa. A partir do ano de 2005, o Ministério da Saúde incluiu a sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória, na tentativa de controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhar adequadamente o processo da infecção, podendo, assim, planejar e avaliar medidas de tratamento, prevenção e controle<sup>(2)</sup>.

No Brasil, a prevalência da sífilis em parturientes pode ser encontrada em torno de 1,6%, aproximadamente quatro vezes mais que a infecção pelo HIV, o que representou cerca de 50.000 gestantes infectadas no ano de 2004. Este é um fato que sinaliza a qualidade na assistência à saúde, podendo ocorrer em média quatro mil novos casos a cada ano, com taxa de incidência de 1,6 caso por mil nascidos vivos<sup>(3)</sup>.

O exame pré-natal é um direito de toda gestante e dever do profissional de saúde em desempenhá-lo da melhor maneira possível. A não realização deste é considerada como um dos principais fatores da sífilis congênita (SC). Este tem como seu principal objetivo o acolhimento da gestante desde o início da gravidez até o seu fim, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar de ambas<sup>(1)</sup>. O elevado índice de gestantes não testadas, interrupções do pré-natal e a não realização de procedimentos de triagem para HIV/sífilis são fatores que dificultam a prevenção da SC e provocam a sua transmissão vertical<sup>(4)</sup>.

Macedo *et al.* verificaram que a falta de ações articuladas envolvendo gestores do sistema de saúde para prevenir a transmissão vertical, com ações de aconselhamento, vigilância epidemiológica e rastreamento do parceiro são fatores que comprometem a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV<sup>(5)</sup>. A não realização do pré-natal ou a realização de forma inadequada ou incompleta são fatores que podem ocasionar a sífilis congênita. Fazem-se necessários maiores esclarecimentos às gestantes e um maior interesse dos profissionais da saúde<sup>(6)</sup>.

O Ministério da Saúde preconiza a realização de dois exames para verificação de soropositividade para SF através do teste VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). Entretanto, em estudo realizado em 2004 com 2.857 gestantes, verificou-se que 51% não realizaram nenhum exame para sífilis<sup>(7)</sup>. Apesar de a sífilis ser uma DST em que um trabalho de prevenção pode vir a ser um mecanismo eficaz em sua diminuição e/ou erradicação, para a qual o diagnóstico é rápido e eficaz e o seu tratamento com medicamentos de baixo custo e dinâmico, ainda enfrentamos um problema grave de saúde pública.

## OBJETIVO

Comparar dois períodos distintos (2006 e 2011) em quatro principais maternidades conveniadas do Sistema Único de Saúde (SUS), para constatar a frequência da sífilis congênita como fator de assistência pré-natal. Relacionar os dados sociodemográficos nas populações de puérperas nos dois períodos (2006 e 2011). Verificar a frequência de sífilis, outras DST e infecções pré-natais nas

<sup>1</sup> Professor Doutor do Departamento de Gineco-Obstetria, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAMED-UFMS).

<sup>2</sup> Pós-Graduada do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS – Campo Grande (MS), Brasil.

<sup>3</sup> Alunos de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – FAMED.

populações avaliadas e examinar as características relacionadas à infecção sífilítica nestas populações.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, comparativo, retrospectivo e prospectivo dos casos de SC em amostra de 1.024 puérperas procedentes das quatro principais maternidades da cidade de Campo Grande-MS. A amostragem foi dividida em dois períodos distintos de investigação, com 512 pacientes em cada período. O primeiro período compreendeu o intervalo de 1 de fevereiro a 30 de abril de 2006 (ano de 2006), o segundo período abrangeu os meses de setembro de 2010 a setembro de 2011 (ano de 2011). A amostra foi por conveniência, sendo excluídas as que não apresentavam o cartão da gestante.

Em ambos os períodos, as puérperas foram submetidas a testes sorológicos não treponêmicos (*Venereal Disease Research Laboratory* – VDRL) e, nos casos de suspeita de falso-positivos (colagenoses, reatividade do VDRL devida ao estado gravídico), a testes treponêmicos (*fluorescent treponemal antibody absorption* – FTA-Abs, sífilis ELISA e TPHA). O diagnóstico final baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelos CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*)<sup>(8,9)</sup>. Segundo estes critérios, considerou-se portadora de SF toda gestante com: 1) título de VDRL superior a 1:4 e ausência de tratamento prévio ou 2) título menor ou igual a 1:4, mas sem tratamento prévio e que apresente qualquer das seguintes condições: ausência de acompanhamento pré-natal, relações sexuais com diferentes parceiros, consumo de drogas injetáveis ou quando o neonato apresenta sinais clínicos ou radiológicos de sífilis congênita.

Em casos de suspeita de SF, foram considerados todos os critérios já citados anteriormente, que são preconizados pelo MS.

Os dados foram coletados através de questionários aplicados após o parto, por meio de entrevistas diretas com as puérperas no período de 2011 e posteriormente tabulados utilizando o programa Excel e o *software* estatístico Prism versão 4.01. Para comparação, foram usados dados de estudo já publicado no ano de 2006 com essa população. O estudo atual obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, protocolo 858 de 08 de março de 2007.

## RESULTADOS

A idade materna média da população geral de 1.024 puérperas foi de 24,45 ± 6,2 anos, sendo que dentre as gestantes infectadas no primeiro período (2006), 8,3% (1/12) da amostra eram de adolescentes (compreendidas pela idade dos 12 anos aos 17 anos e 11 meses), 41,7% (5/12) encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e 50% (6/12) na faixa de 30 a 39 anos. No segundo período (2011), 100% da amostra de gestantes infectadas encontravam-se na faixa de 20 a 30 anos, conforme dados apresentados na **Tabela 1**.

Quanto às características demográficas e epidemiológicas da população analisada nos anos de 2006 e 2011, a maioria das puérperas foi proveniente de Campo Grande (MS), local onde se realizou o estudo, da zona urbana. Em se tratando da etnia do grupo infectado, no primeiro período (2006), 47,1% (6/507) eram brancas, ainda que

39,2% (4/507) se descreveram pardas, valor que apresenta associação com o segundo período (2011), em que 75,9% (3/495) eram pardas. Em relação à escolaridade, no primeiro período (2006), 32,4% (6/506) apresentaram nível fundamental incompleto e 22,3% (5/506) o nível médio completo; outro valor que é relevante comparado ao do segundo período (2011): 27,9% (2/464) também relataram o nível médio completo. O estado civil de casadas foi mais prevalente em ambos os períodos, mas também nos chama a atenção o estado civil de solteiras: ambos os períodos apresentaram resultados significativos, sendo 30,33% (5/464) em 2006 e 55,4% (1/464) no período de 2011, conforme exposto na **Tabela 2**.

A frequência de SC observada no primeiro período (2006) foi de 2,34% (12/512) e no segundo período (2011), de 0,58% (3/512). Considerando os dois períodos, a frequência de SC foi de 1,46% (15/1.024). O coeficiente de SC encontrado para o ano de 2006 foi de 23,4 casos por mil nascidos vivos e de 5,85 casos por mil nascidos vivos para o ano de 2011, o que demonstra um decréscimo no segundo período (2011). Em ambos os períodos estudados (2006 e 2011), o coeficiente de mortalidade perinatal por SC foi de zero.

Nenhum dos grupos apresentou contaminação concomitante de SF com outras doenças sexualmente transmissíveis, mas foi observada elevação na frequência de doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis no segundo período estudado (2011).

No primeiro período (2006), 2,34% (12/512) apresentaram soropositividade para sífilis, 0,97% (5/512) para toxoplasmose e 2,54% (13/512) para *Chlamydia spp.* No segundo período (2011), 5,85% (30/512) apresentaram sorologia IgM reagente para toxoplasmose, 6,64% (34/512) para rubéola e 4,69% (24/512) para CMV (citomegalovírus), e (11/512) para *Chlamydia spp.*, conforme dados apresentados na **Tabela 3**.

Comparando-se a presença de infecções maternas em gestantes em 2006 e 2011, observou-se associação significativa entre os períodos estudados e elevação da frequência das doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis, de 3,5% (2006) para 10,1% (2011). Estes dados estão expostos na **Tabela 4**.

Das 12 gestantes com diagnóstico positivo para sífilis no ano de 2006, 75% (9/12) relataram o acompanhamento pré-natal prévio e, no ano de 2011, 100% (3/3) afirmaram que o fizeram. Em relação ao diagnóstico de sífilis materna no primeiro período (2006), 58% (7/52) dos casos ocorreram após o parto; no segundo período (2011), 66,7% (2/3) antes do parto. Quanto ao tratamento, no primeiro período (2006), 67% (9/12) das gestantes não o

**Tabela 1** – Distribuição percentual da população analisada quanto à faixa etária e ao período estudado, em Campo Grande – MS (n = 1.024).

Faixa Etária	População Analisada		Infectada por <i>Treponema pallidum</i>				
	2006	2011	2006		2011		
	n	%	n	%	n	%	
10+-20	115	22,3	127	24,72	1	8,3	0
20+-30	288	56,4	273	53,30	5	41,7	3
30+-40	103	20,1	105	20,62	6	50,0	0
40+-45	6	1,2	7	1,36	0	0	0

**Tabela 2** – Características demográficas e epidemiológicas relacionadas à sífilis materna de acordo com o período estudado, em Campo Grande – MS (n = 1.024).

	Ano de 2006				Ano de 2011			
	População Infectada pelo <i>T. pallidum</i>		População Geral		População Infectada pelo <i>T. pallidum</i>		População Geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Naturalidade</b>								
Campo Grande	4	50,79	257	50,8	3	100	351	68,5
Outra cidade	3	33,60	170	33,6	0	0	114	22,3
Outro estado	5	15,61	79	15,6	0	0	47	9,2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>506</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>512</b>	<b>100</b>
<b>Zona</b>								
Urbana	10	91,32	463	91,3	3	95,3	487	95,9
Rural	2	8,68	44	8,7	0	4,7	21	4,9
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>507</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>508</b>	<b>100</b>
<b>Etnia</b>								
Amarela	0	1,9	9	1,8	0	1,2	6	1,2
Branca	6	47,1	239	47,1	0	19,5	96	19,4
Negra	2	11,8	60	11,8	0	3,4	16	3,2
Parda	4	39,2	199	39,3	3	75,9	377	76,2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>507</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>495</b>	<b>100</b>
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeta	0	0,4	2	0,4	0	0,58	3	0,7
Ensino fundamental incompleto	6	32,4	164	32,4	0	20,9	107	23,1
Ensino fundamental completo	1	19	96	19	1	17,2	87	18,7
Ensino médio incompleto	0	18,6	94	18,6	0	15,8	80	17,2
Ensino médio completo	5	22,3	113	22,3	2	27,9	143	30,8
Ensino superior incompleto	0	5,5	28	5,5	0	5,07	26	5,6
Ensino superior completo	0	1,8	9	1,8	0	3,55	18	3,9
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>506</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>464</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>								
Solteira	5	30,33	152	30,2	1	55,4	283	57,6
Amasiada	5	28,23	142	28,2	0	8,4	42	8,6
Casada	2	39,76	200	39,8	2	32,4	166	33,8
Separada	0	1,79	9	1,8	0	3,8	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>503</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>491</b>	<b>100</b>

Nota. A grande parte das tabelas analisadas apresentou o coeficiente total inferior a 512, por serem desconsideradas as questões em branco.

realizaram de forma adequada; no segundo período (2011) 66,7% (2/3) fizeram-no, buscando, assim, a prevenção da transmissão vertical do *Treponema pallidum*.

Em se tratando do tratamento do parceiro, no primeiro período (2006), 58% (7/12) não o receberam de forma apropriada; no segundo período (2011), 66,7% (2/3). Quanto ao rastreamento dos filhos nos casos de sífilis, no primeiro período (2006) 58% (7/12) não o fizeram e no segundo período (2011), 66,7% (2/3) realizaram-no. Comparando-se as gestantes infectadas dos anos de 2006 e 2011, não houve associação significativa entre os períodos estudados e as variáveis relacionadas a infecção sifilítica materno-fetal, tratamento do parceiro e tratamento dos outros filhos, conforme dados apresentados na **Tabela 5**.

## DISCUSSÃO

Comparando-se os períodos estudados (2006 e 2011), evidenciou-se maior frequência de sífilis dentre as gestantes infectadas entre as idades de 20 e 30 anos, assim como observado em outros estudos<sup>(6,10,11)</sup>, ainda que 50% das gestantes infectadas no período de 2006 se encontravam na faixa etária de 30-40 anos. Observando-se os dois períodos em relação às características demográficas e epidemiológicas, os dados referentes a etnia, escolaridade e estado civil chamam a atenção em relação a valores que não prevaleceram no primeiro período (2006), mas que são equivalentes aos valores presentes no segundo período (2011). Ainda que gestantes infectadas em ambos os períodos houvessem completado o ensino médio, ressalta-se a falta de conhecimento sobre

**Tabela 3** – Distribuição da população estudada quanto a DST e doenças infecciosas em relação ao período estudado, em Campo Grande – MS (n = 1.024).

Doenças Infecciosas e Sexualmente Transmissíveis – Sorologias Reagentes	Ano de 2006 n = 512		Ano de 2011 n = 512	
	n	%	n	%
Sífilis	12	2,34	3	0,58
Toxoplasmose (IgM)	5	0,97	30	5,85
Rubéola (IgM)	0	0	34	6,64
HBV	3	0,58	1	0,20
HCV	0	0	0	0
CMV (IgM)	0	0	24	4,69
HTLV	1	0,20	0	0
Doença de Chagas	0	0	0	0
HIV	1	0,20	0	0
<i>Chlamydia spp.</i> (IgA)	13	2,54	11	2,15
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>6,83</b>	<b>103</b>	<b>20,11</b>

a doença e a falta de informações, o que dificulta a compreensão das particularidades da infecção<sup>(4,6,7,12)</sup>.

Em ambos os períodos (2006 e 2011), a frequência de SC foi superior à preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo o ideal a erradicação ou ao menos reduzir até um caso por mil nascidos vivos, meta de controle nacional<sup>(3)</sup>. Um elemento importante e que merece atenção dos profissionais de saúde observado neste estudo foi o aumento de outras doenças transmissíveis e infecciosas, de 35/512 no primeiro período (2006) para 103/512 no segundo período (2011), totalizando 138/1.024. Destaca-se a elevação de casos reagentes para

**Tabela 4** – Associação de doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis de acordo com o período estudado, em Campo Grande – MS (n = 1.024).

Doenças Infecciosas e Sexualmente não Transmissíveis	Período Estudado		Valor de p	OR (IC 95%)
	2006	2011		
Presentes	35 (3,5%)	103 (10,1%)	138 (13,6%)	0,0001 (0,19-0,43)
Ausentes	477 (46,5%)	409 (39,9%)	886 (86,4%)	
<b>Total</b>	<b>512</b> (50%)	<b>512</b> (50%)	<b>1.024</b> (100%)	

toxoplasmose, e o aparecimento de infecções por rubéola e CMV no segundo período (2011). Estas infecções foram identificadas em gestantes sergipanas, em estudo semelhante ao nosso<sup>(13)</sup>.

Outro dado relevante foi o elevado índice de *Chlamydia spp.*, que permaneceu em ambos os períodos. São informações que merecem atenção, assim como sugerem outro estudo para contribuição na prevenção de parto pré-termo, amniorrexe prematura e morbidades neonatais associadas à *Chlamydia spp.*<sup>(14)</sup>. Lembrando que todas estas infecções são investigadas por meio da técnica de papel filtro no PPG-MS (Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul)<sup>(14)</sup>, o que não tem garantido a redução da taxa de sífilis congênita e outras doenças. Ainda no Estado de Mato Grosso do Sul, um levantamento dos anos de 2004 a 2007 aponta o elevado

**Tabela 5** – Variáveis relacionadas à sífilis materna e associação com o período estudado, em Campo Grande – MS (n = 15/1.024).

Variáveis relacionadas à Sífilis em gestantes	Período Estudado		Valor de p	OR (IC 95%)
	2006	2011		
<b>Diagnóstico de sífilis materna</b>				
Antes do parto	5 (42%)	2 (66,7%)	0,56	0,35 (0,02-5,11)
Após o parto	7 (58%)	1 (33,3%)		
	12 (100%)	3 (100%)		
<b>Tratamento de sífilis materna</b>				
Adequado	3 (33%)	2 (66,7%)	0,24	0,16 (0,01-2,56)
Não adequado	9 (67%)	1 (33,3%)		
	12 (100%)	3 (100%)		
<b>Tratamento do parceiro</b>				
Sim	5 (42%)	1 (33,3%)	1,00	1,42 (0,09-20,45)
Não	7 (58%)	2 (66,7%)		
	12 (100%)	3 (100%)		
<b>Rastreamento de sífilis nos outros filhos</b>				
Sim	5 (42%)	2 (66,7%)	0,56	0,35 (0,02-5,11)
Não	7 (58%)	1 (33,3%)		
	12 (100%)	3 (100%)		

Comparações utilizando Teste Exato de Fisher.

índice de toxoplasmose, clamídia e sífilis, revelando prevalências superiores às dos dados estimados pelo Ministério da Saúde. Tal fato justifica a necessidade de os dados coletados serem sistematizados e analisados para ocorrer a implantação de serviços que sejam realmente eficazes<sup>(15)</sup>.

No período de 2002 e 2003, de 32.512 gestantes analisadas também no Estado do Mato Grosso do Sul, para verificação de infecções, 252 (0,77%) destas apresentaram a sífilis, seguida da toxoplasmose, 137 (0,42%) e do HIV, 71 (0,21%)<sup>(16)</sup>. Estes dados demonstram que a sífilis prevalece dentre as DST, confirmando a necessidade da urgência na melhoria da assistência perinatal, uma vez que todos esses agravos podem ser identificados em tempo hábil e originar a qualidade nesse atendimento.

A sífilis é doença de fácil diagnóstico e tratamento, e o que pode ser evidenciado em diferentes estudos é a qualidade do acompanhamento pré-natal e a maneira como deve ser realizado. Mesmo que a importância do pré-natal seja desconhecida pela gestante, o profissional deve realizá-lo da melhor maneira possível, de forma adequada e correta, o que, por muitas vezes, acaba não ocorrendo<sup>(4,6,7,17)</sup>. Apesar de o número de gestantes infectadas no segundo período (2011) ser inferior ao do primeiro (2006), não significa que houve uma melhora na qualidade do pré-natal, pois em nenhum dos períodos os diagnósticos ocorreram como deveriam (durante o pré-natal) ou houve o acompanhamento e tratamento adequados às gestantes, como recomenda o Ministério da Saúde<sup>(2,3)</sup>.

Outro dado que demonstra a fragilidade do serviço de saúde é o tratamento do parceiro. Em ambos os períodos, todos os parceiros das gestantes infectadas não realizaram o tratamento. Para o Ministério da Saúde, o parceiro de gestante com sífilis ou DST não viral deve ser chamado para a realização do tratamento e, ainda que este não compareça, deve ser “objeto” de busca ativa da equipe de vigilância epidemiológica ou da saúde da família da área de abrangência da sua moradia e ser considerado portador da mesma doença, ainda que não apresente qualquer sintoma clínico, devendo receber o mesmo tratamento<sup>(2)</sup>.

Considerada problema grave de saúde pública, a sífilis congênita surge nestes estudos em períodos distintos, como consequência devastadora e ignóbil, por ser totalmente passível de tratamento e cura, bastando por vezes não só o cuidado materno, como também o interesse profissional diante de resultados positivos para a sífilis<sup>(6)</sup>. Mesmo assim, os cuidados não são realizados de maneira correta, como se observa nos dois períodos (2006 e 2011): em nenhum deles alcançou 100% dos casos. Como a maioria das crianças se apresenta assintomática ao nascimento, a aplicação dos testes sorológicos deve ser realizada atenciosamente, devendo ser submetidos os títulos da sorologia não treponêmica da criança à comparação com os da mãe. Outro ponto importante que deve ser observado é no caso de o recém-nascido ser não reagente, mas com suspeita epidemiológica. Deve-se repetir os testes sorológicos após o terceiro mês, pela possibilidade de ocorrer a positividade tardia<sup>(18-21)</sup>. Entre os anos de 1998 e 2004 foram notificados 24.448 casos da doença neste intervalo de tempo. Em 2003 observou-se uma mortalidade de 2,7 por 100 mil em menores de 1 ano, o que demonstra um controle insuficiente sobre este agravo<sup>(3)</sup>.

Um levantamento realizado de 1999 a 2002, de 7.309 óbitos fetais de mães residentes no Município do Rio de Janeiro, revela que, destes, 292 (4,0%) tiveram como causa básica a SC; dentre estes,

222 (5,3%) fetais e 70 (2,3%) neonatais precoces<sup>(18)</sup>, dados que poderiam ser evitados caso o pré-natal fosse realizado corretamente. Não só o pré-natal, mas o acompanhamento do recém-nascido é importante.

Saraceni *et al.*<sup>(22)</sup> propõem, após terem avaliado as campanhas de eliminação da sífilis no Rio de Janeiro dos anos de 1999 e 2000, um local para atender de forma adequada as crianças soropositivas para sífilis, uma vez que não há uma política específica para este acompanhamento. Tanto os serviços e as campanhas destinadas à erradicação da sífilis devem contemplar todo o serviço de saúde e não se limitarem somente aos locais de atendimento às gestantes. Quando realizadas capacitações ou qualificações dos profissionais de saúde, deve-se considerar que as propostas existentes ainda não têm alcançado os objetivos propostos<sup>(16,18,22)</sup> e, uma vez compartilhadas as informações em relação à prevenção, há maior possibilidade de atingir a população em geral.

Outra questão importante é a atenção e o cuidado do profissional de saúde e o interesse para redução da SC. Para tal fim, é de extrema importância a notação correta das informações no cartão da gestante<sup>(23,24)</sup>. Percebe-se que, apesar de o SUS oferecer os testes para o diagnóstico, os medicamentos e o auxílio para campanhas de prevenção, não há comprometimento em implantar projetos que favoreçam a melhora do serviço, o interesse de profissionais, e até mesmo a realização de capacitações e atualizações, o que resulta em lacunas nos serviços que realizam o pré-natal, que não permitem alcançar o objetivo proposto na diminuição do índice de sífilis congênita<sup>(5,22,25)</sup>.

Essa lacuna existente tem como consequência a dificuldade de acolhimento às necessidades específicas da mulher no momento do pré-natal, parto e puerpério, e da promoção à saúde integral. Para superar esse quadro, é importante a escuta apurada, a abordagem apropriada, respeitando suas particularidades biológicas, psicossociais, culturais e ainda o seu modo de ser, viver e sentir. Tudo isto é responsabilidade da equipe de saúde, de acordo com as suas possibilidades<sup>(3)</sup>.

## CONCLUSÃO

A frequência de SC encontrada nesta pesquisa foi de 2,3% no ano de 2006 e de 0,58% no ano de 2011, nos locais selecionados, constatando-se uma diminuição do índice. Mesmo assim, não observamos uma melhora significativa na assistência pré-natal. O ideal, de acordo com o Ministério da Saúde, é proporcionar a erradicação ou pelo menos a redução para um caso a cada mil nascidos vivos. Em nenhum período ocorreu o tratamento adequado das pacientes, dos parceiros ou o rastreamento dos filhos.

Verificaram-se as características sociodemográficas das puérperas estudadas, sendo a maioria proveniente do município onde a pesquisa foi realizada, da zona urbana. Em relação a etnia, escolaridade e estado civil, houve uma associação com os dados que não prevaleceram no período de 2006 com os dados do período de 2011.

Registraram-se a frequência de sífilis e o aumento de outras doenças infecciosas, do total de 35 casos no período de 2006 para 103 casos no período de 2011, apresentando soropositividade para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e a continuada elevação da *Chlamydia spp* no período de 2011. Evidenciou-se que não houve associação significativa entre os períodos estudados e as variáveis relacionadas à infecção sifilítica materno-fetal.

## Conflito de interesses

Não existe conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde – Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
4. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Cesar CC. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):851-8.
5. Macedo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(8):1679-1692.
6. Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*. 2006;20(1):47-51.
7. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puerperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):168-75.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Manual de assistência e vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly*. 1998;47(RR-1):1-111.
10. Melo, NGDO, Filho DAM, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(2):213-222.
11. Schetini J, Ferreira DC, Passos MRL, Salles EB, Santos DDG, Rapozo DCM. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói - RJ. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2005;17(1):18-23.
12. Zhou H, Chen XS, Hong FC, Pan P, Yang F, Cai YM et al. Risk factors for syphilis infection among pregnant women: results of a case-control study in Shenzhen, China. *Sex Transm Infect*. 2007;83(6):476-480.
13. Inagaki ADM, Oliveira LAR, Oliveira MFB, Santos RCS, Araujo RM, Alves AB et al. Soroprevalência de anticorpos para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis e HIV em gestantes sergipanas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2009;42(5):532-536.
14. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):139-143.
15. Botelho CAO, Tomaz CAB, Cunha RV, Botelho MAO, Botelho LO, Assis DM et al. Prevalência dos agravos triados no Programa de Proteção à gestante do Estado de Mato Grosso do Sul. *Revista de Patologia Tropical*. 2008;37(4):341-353.
16. Figueiró-Filho EA, Senefote FRA, Lopes AHA, Morais OO, Junior VGS, Maia TL et al. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2007;40(2):181-187.
17. Tridapalli E, Capretti MG, Sambri V, Marangoni A, Moroni A, Antuono AD et al. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe. *Sex Transm Infect*. 2007;83(2):102-105.
18. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MMT, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1244-1250.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
20. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 1999;32:605-611.
21. Szwarcwald C.L., Junior AB, Miranda AE, Paz LC. Resultados do Estudo Sentinela parturiente, 2006: Desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):128-133.
22. Saraceni V, Velloso VRO, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro a partir de um modelo teórico lógico. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(supl. 1):533-541.
23. Araujo MAL, Silva DMAS, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS*. 2008;11(1):4-9.
24. Campos ALA, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravado sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1747-1755.
25. Leitão E.J.L., Canedo MCM, Furiatti MF, Oliveira LRS Diener LS, Lobo MP et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde nº 2. Samambaia - DF. *Com Ciências Saúde*. 2009;20(4):307-314.

### Endereço para correspondência:

#### **ERNESTO ANTONIO FIGUEIRÓ-FILHO**

Núcleo do Hospital Universitário – Divisão de Apoio Acadêmico e Científico – NHU-DIAC

Rua Senador Filinto Müller 355 – Cidade Universitária – Vila Ipiranga – Campo Grande (MS), Brasil – CEP: 79080-190

Tel.: (67) 3345-3045

E-mail: eafigueiro@uol.com.br

Recebido em: 22.03.2012

Aprovado em: 20.05.2012