

SILVIA SEGÓVIA ARAUJO FREIRE

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

CAMPO GRANDE
2012

SILVIA SEGÓVIA ARAUJO FREIRE

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ernesto Antonio Figueiró-Filho

CAMPO GRANDE
2012

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVIA SEGÓVIA ARAUJO FREIRE

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ernesto Antonio Figueiró-Filho

Resultado _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ernesto Antônio Figueiró-Filho

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof. Dr. Ana Lúcia Lyrio Oliveira

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Prof. Dr. Maurício Pompilio

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Dedico este trabalho...

ao meu esposo e filho,
que mais uma vez
provaram seu amor
através da compreensão,
paciência, carinho e apoio
diante da minha ausência
e por acreditarem nos meus sonhos.

aos meus pais e à minha sogra,
que sempre me apoiaram
e ajudaram a concretizar
mais uma etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em quem acredito e a quem agradeço por tudo o que me deu, através de suas bênçãos e luzes recebidas nestes anos da minha vida.

Ao Professor Ernesto Antonio Figueiró-Filho, que acreditou na minha vontade de aprender sem mesmo me conhecer, me orientando, ajudando e dividindo comigo o seu conhecimento, entendendo as horas difíceis e colaborando com o meu crescimento profissional, minha eterna gratidão.

Ao amigo José Marcio que, incansável, me ajudou na tabulação os dados.

À amiga Liliane, que sempre me dirigia palavras de conforto nos momentos de aflição, mesmo estando de “pá virada” ou em volta de seus “rolos”.

A todos da minha equipe de trabalho da unidade de saúde do CAPS ad, que compreenderam e me ajudaram a concretizar este sonho.

À Marta e ao Artur, que acreditaram no meu potencial, ética e compromisso.

Ao Bruno, à Gabriela e à Cristiane, que me auxiliaram e se empenharam na coleta dos dados.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram na realização deste trabalho durante todo o seu tempo.

À Vanessa e à Renata, que prontamente aceitaram a contribuir com meu trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste, através de todos da sua equipe, que sempre se encontram disponíveis.

É melhor atirar-se à luta em busca de dias melhores, mesmo correndo o risco de perder tudo, do que permanecer estático, como os pobres de espírito, que não lutam, mas também não vencem, que não conhecem a dor da derrota, nem a glória de ressurgir dos escombros. Esses pobres de espírito, ao final de sua jornada na Terra não agradecem a Deus por terem vivido, mas desculpam-se perante Ele, por terem apenas passado pela vida.

Bob Marley

RESUMO

Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. Campo Grande; 2012[Dissertação – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Introdução: Em 2005 a sífilis SF em gestantes foi incluída na lista de agravos de notificação compulsória, na tentativa de controlar a transmissão vertical. **Objetivos:** comparar dois períodos distintos para verificação da sífilis congênita SC como fator de assistência pré-natal, caracterizando as populações de puérperas dos anos de 2006 e 2011 quanto aos dados sócio-demográficos e verificar a frequência de sífilis, de outras doenças sexualmente transmissíveis DSTs e infecções pré-natais nas populações avaliadas e as características relacionadas à infecção sífilítica nessas populações. **Materiais e métodos:** trata-se de um estudo observacional transversal comparativo retrospectivo e prospectivo dos casos de SC ocorridos em dois períodos distintos, de quatro maternidades da cidade de Campo Grande MS. O diagnóstico baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Verificaram-se os exames realizados durante o pré-natal ou no ato da internação. **Resultados:** A prevalência de SC observada no período de 2006 foi 2,3% (12/512); e 0,58% (3/512) no ano de 2011. Das gestantes em 2006, 75% (9/512) com diagnóstico positivo relataram o acompanhamento pré-natal prévio, e todas no ano de 2011 (3/512) o realizaram. Receberam o tratamento adequado 20% (3/512) das gestantes infectadas em 2006 e 13% (2/512) em 2011. Quanto ao tratamento do parceiro, 33% (5/512) realizaram no ano de 2006 e 7% (1/512) no ano de 2011. Tiveram o rastreamento dos filhos realizado 33% (5/512) no ano de 2006 e 13% (2/512) no ano de 2011. Nenhum dos grupos apresentou contaminação concomitante de SF com outras doenças sexualmente transmissíveis DST, mas foi observado aumento significativo de outras doenças infecciosas durante o pré-natal no ano de 2011 em relação ao ano de 2006, principalmente de toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus. **Conclusão:** os dados encontrados no presente estudo reafirmam que as taxas de sífilis congênita SC devem ser utilizadas como referência de qualidade da assistência perinatal, visto que se trata de uma doença completamente evitável por meio de assistência adequada. Em ambos os períodos, os dados sócio-demográficos desvelaram 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, informações estas que podem ajudar a melhorar a atenção pré-natal. A infecção por clamídia esteve elevada nos dois períodos avaliados. Mesmo o índice de infecção de SF sendo menor no segundo período (2011), não houve melhora significativa na assistência pré-natal, considerando que o índice preconizado pelo Ministério da Saúde (um caso para cada mil nascidos vivos) não foi alcançado. Em nenhum período ocorreu o tratamento adequado das pacientes, dos parceiros ou o rastreamento dos filhos, embora a doença tenha sido identificada antes do parto no primeiro período (2006) em 33% (5/512) e em 13% (2/512) no segundo período (2011).

Palavras-chaves: sífilis, sífilis congênita, pré-natal, DST.

ABSTRACT

Syphilis and pregnancy: a comparative study of two periods (2006-2011) in puerpera population. Campo Grande; 2012. [Dissertation – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Introduction: In 2005, syphilis in pregnant women was included in the list of diseases of compulsory notification, in an attempt to control the vertical transmission. **Objectives:** to compare two different periods in order to identify congenital syphilis (CS) as a prenatal assistance factor characterizing populations of puerperas in 2006 and 2011, regarding the socio-demographic data; to check the frequency of syphilis, other sexually transmitted diseases (STD) and prenatal infections in the populations evaluated as well as the syphilitic infection-related characteristics. **Materials and methods:** this is a retrospective and prospective comparative cross-sectional observational study of CS cases during two periods, in four maternity hospitals in Campo Grande MS. The diagnosis was based on the criteria proposed by the Ministry of Health. The examinations conducted during the prenatal period or at the moment of hospitalization were checked. **Results:** The prevalence of CS observed was 2,3% (12/512) in 2006 and 0,58% (3/512) in 2011. In 2006, 75% (9/512) of the pregnant women with a positive diagnosis reported prenatal care, whereas the entire group of pregnant women (3/512) was assisted in 2011. In 2006, 20% (3/512) and in 2011, 13% (2/512) of the infected pregnant women were given adequate treatment. In 2006, 33% (5/512) and in 2011, 7% (1/512) of the partners were treated. In 2006, 33% (5/512) and in 2011, 13% (2/512) of the children were monitored. Neither group presented concomitant contamination of syphilis with other STD, but there was an increase in the incidence of other infectious diseases during the prenatal period in 2011, especially toxoplasmosis, rubella and Cytomegalovirus. **Conclusion:** the data found in the study reaffirm that congenital syphilis rates should be used as a reference for the quality of perinatal care, since it can be a completely preventable disease when adequately assisted. In both periods, socio-demographic data showed lack of knowledge about the importance of syphilis prevention, in addition to the attention and care that should occur when filling in the pregnant card, as the information can help improve prenatal care. There was a significant increase in the identification of other infectious diseases during prenatal care in 2011, when compared to 2006. Chlamydial infection was high in both periods assessed. Even though the syphilis infection rate was smaller in the second period, there was no significant improvement in prenatal care, considering that the index recommended by the Ministry of Health (one case per 1000 live births) was not achieved. In neither period was there an adequate treatment of the patients or their partners; nor were the children monitored, although the disease was identified before the birth in 33% (5/512) of the cases in 2006 and 13% (2/512) in the second period.

Keywords: syphilis, congenital syphilis, prenatal, STD.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição percentual da população analisada quanto à faixa etária	37
Tabela 2 - Características demográficas e epidemiológicas relacionadas à Sífilis materna em relação ao período estudado, em Campo Grande - MS (n=1024).	38
Tabela 3 - Distribuição da população estudada quanto a DSTs e doenças infecciosas nos anos de 2006 e 2011.	40
Tabela 4 - Associação de doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis de acordo com o período estudado, em Campo Grande - MS (n=1024).	41
Tabela 5 - Variáveis relacionadas à Sífilis materna e associação com o período estudado, em Campo Grande - MS (n=15/1024).	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sífilis secundária-lesões palmares	17
Figura 2 - Sífilis secundária	18
Figura 3 - Sífilis terciária	19
Figura 4 - Cronologia clínica da sífilis	20
Figura 5 - Esquema de tratamento	21
Figura 6 - Esquema de tratamento substituto	22
Figura 7 - Estratégias para controle da sífilis congênita	24
Figura 8 - Pênfigo sífilítico nas mãos e pés de recém-nascido com sífilis Congênita	24
Figura 9 - Fronte olímpica e nariz em sela de recém-nascido com sífilis Congênita	26
Figura 10 - <i>Treponema pallidum</i> : desenho esquemático	27
Figura 11 - <i>Treponema pallidum</i>	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*
CMV – Citomegalovírus
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
ELISA – *Enzyme-linked Immunosorbent Assay*
FTA-Abs – *Fluorescent treponemal antibody absorption*
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IgM – IMUNOGLOBULINA M
IPED – Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnóstico
LCR – Líquido Cefalorraquiano
PEPG – Programa Estadual de Proteção à Gestante
PF – Papel Filtro
RN – Recém-nascido
RPR – *Rapid Plasma Reagin*
SC – Sífilis congênita
SF – Sífilis
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TPHA – *Treponema pallidum hemagglutination*
VDRL – *Venereal Disease Research*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Sífilis.....	15
2.2 Etiologia.....	20
2.3 Transmissão.....	21
2.4 Diagnóstico clínico.....	22
2.4.1 Diagnóstico laboratorial.....	22
2.5 Tratamento.....	23
2.5.1 <u>Tratamento em gestantes</u>	25
2.6 Sífilis congênita.....	26
2.6.1 <u>Sífilis congênita precoce</u>	27
2.6.2 <u>Sífilis congênita tardia</u>	28
2.7 Diagnóstico Sífilis congênita.....	29
2.8 Controle da doença.....	31
2.9 Epidemiologia.....	32
3. OBJETIVO GERAL	35
3.1 Objetivos específicos	35
4. MATERIAIS E MÉTODOS	36
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÃO	43
7. CONCLUSÃO	47
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	56
APÊNDICE A	56
APÊNDICE B	58
APÊNDICE C	59
ANEXO A	84
ANEXO B	85

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal e puerperal deve ser baseada em ações que garantam a promoção e a prevenção da saúde, além de 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 (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem grande preocupação em nível mundial, devido ao número de pessoas infectadas a cada ano. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a estimativa é de aproximadamente 12 milhões de novos casos, dentre os quais a sífilis (SF) apresenta grande representatividade (BRASIL, 2006).

Apesar de a sífilis ser uma doença de etiologia conhecida, poder alcançar bons resultados através de trabalhos de prevenção e o tratamento ao alcance de todos, ainda é possível identificar casos de Sífilis Congênita (SC).

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 (BRASIL, 2006).

No Brasil, a prevalência da sífilis em parturientes é em torno de 1,6%, aproximadamente quatro vezes maior que a infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o que representou cerca de 50.000 gestantes infectadas no ano de 2004. Esse fato sinaliza a qualidade na assistência à saúde. Podem ocorrer, em média, 4.000 novos casos a cada ano, com taxa de incidência de 1,6 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2007).

O exame pré-natal é direito de toda gestante; o profissional da saúde deve desempenhá-lo da melhor maneira possível. A não realização do procedimento é considerada um dos principais fatores para o aumento da SC.

O exame pré-natal tem como principal objetivo o acolhimento da gestante, desde o início da gravidez até o fim, com o nascimento de uma criança saudável e o bem estar de ambos (BRASIL, 2005).

O elevado índice de gestantes não testadas, as 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 (RODRIGUES *et al.*, 2008).

A falta de ações articuladas preventivas envolvendo gestores do sistema de saúde, de ações de aconselhamento, da vigilância epidemiológica e do rastreamento do parceiro compromete a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV (MACEDO *et al.*, 2009).

A não realização do exame pré-natal e o seu desenvolvimento de forma inadequada ou incompleta são fatores que podem ocasionar a SC. Sendo assim, são necessários maiores esclarecimentos às gestantes, além do interesse dos profissionais da saúde (ARAUJO *et al.* 2006).

O Ministério da Saúde preconiza a realização de dois exames para verificação de soropositividade para SF através do teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL). Entretanto, em estudo realizado em 2004, com 2857 gestantes, ficou comprovado que 51% não se submeteram a nenhum dos exames (RODRIGUES *et al.*, 2004).

Apesar de a sífilis ser uma DST cujo trabalho de prevenção pode ser um mecanismo eficaz para a diminuição e/ou a erradicação, com o diagnóstico rápido e eficaz, e apesar de o tratamento ser realizado com medicamentos eficientes e de baixo custo, ainda se configura como um problema grave de saúde pública.

Diante da relevância da SC no campo da saúde pública e da necessidade de se conhecer a realidade de cada local, o presente trabalho teve como objetivo realizar um estudo comparativo em períodos distintos, verificando sua frequência como Fator de Assistência Pré-natal no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sífilis

A sífilis passou a ser conhecida na Europa no final do século XV. Como acomete significativamente a mucosa e a pele, foi associada à dermatologia. No século XIX, o seu crescimento era preocupante, e a medicina se comprometia para que soluções fossem criadas para o seu controle. Assim, surgiu a penicilina como proposta de tratamento, o que resultou no desinteresse dos envolvidos, por acreditarem que a doença seria definitivamente controlada (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).

Segundo Filho (2007) apud Peixoto (2007, p.p. 94-106), o termo “sífilis” deriva do nome de um pastor, Syphilus, principal protagonista de um poema famoso escrito no século XVI por um médico italiano de Verona, chamado Girolamo Fracastoro. O autor do poema “Syphilis”, Sive Morbus Gallicus, descreve com detalhes a infecção que adoeceu Syphilus.

Trata-se de uma doença crônica, transmitida sexualmente, por transfusão de sangue contaminado ou por via transplacentária. Permanece por extenso período em silêncio e atinge diferentes sistemas orgânicos, mucosas, pele, lesões cardiovasculares e nervosas (JUNIOR *et al.*, 2009).

Apesar de a sífilis ter um agente etiológico conhecido (*Treponema pallidum*), um modo de transmissão bem estabelecido, várias opções terapêuticas, com excelentes índices de cura, ainda vem desafiando e sendo um dos grandes fenômenos dos serviços de saúde pública.

A sífilis classifica-se em sífilis adquirida e sífilis congênita.

2.1.1 Sífilis adquirida

A evolução da sífilis ocorre com características imunológicas, clínicas e histopatológicas distintas, de acordo com o seu processo, podendo ser primária, secundária, terciária e latente. A sífilis pode ser recente, quando o diagnóstico ocorre em até um ano após a infecção e tardia, após um ano da infecção (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).

É uma doença infecciosa e sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência, quando não tratada. O risco de infecção em um intercuro sexual é de 60% nas lesões de cancro duro e condiloma plano (BRASIL, 2005; 2006).

2.1.1.1 Sífilis primária

O cancro duro é uma lesão erosada e ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso, brilhante, e secreção serosa escassa. A lesão pode aparecer de dez a 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional (aumento do tamanho de gânglios linfáticos) não supurativa, móvel e indolor.

No homem, é facilmente detectada. Aparece com frequência na glândula e no sulco bálano prepucial. Nas mulheres, devido à localização nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino, a lesão pode não ser percebida (BRASIL1999, 2006; AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).

2.1.1.2 Sífilis secundária

De seis a oito semanas após o aparecimento do cancro duro, inicia-se a disseminação sistêmica do *Treponema pallidum*. Durante esse período, podem surgir lesões cutâneo-mucosas, não ulceradas, geralmente acompanhadas de micropoliadenopatia generalizada e, ocasionalmente, de artralgias (dor nas articulações), febrícula (febre ligeira e branda), cefaleia e adinamia (falta de força física decorrente de outras doenças). Raramente pode ocorrer comprometimento hepático e até ocular, como uveíte (inflamação da úvea, pigmentação da íris). As lesões são ricas em treponemas, como cancro duro, mas já existem anticorpos circulantes, em seus maiores títulos, que permitem a identificação sorológica da infecção (BRASIL, 1999,2006; AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).

Ainda são sintomas clínicos as manchas eritematosas (roséolas) (Figura 1 e figura 2), de aparecimento precoce, podendo formar exantema morbiliforme (erupção cutânea generalizada); pápulas de coloração eritemato-acastanhadas, lisas a princípio e posteriormente

escamosas, conhecidas como sífilides papulosas. Sua localização nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no secundarismo; alopecia (queda generalizada de cabelo) comumente no couro cabeludo e nas sobrancelhas; lesões elevadas em platô, de superfície lise nas mucosas, papulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito, também chamadas de condiloma plano.



Figura 1 - Sífilis secundária – lesões palmares

Fonte: Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras. Dermat.2006; 81 (2): 111-26.



Figura 2 - Sífilis secundária

Fonte: Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras. Dermat.2006; 81 (2): 111-26.

2.1.1.3 Sífilis latente (recente e tardia)

Essa forma de sífilis não apresenta sintomas ou sinais clínicos, podendo ser confirmada somente por testes sorológicos, com títulos menores que na fase secundária. O seu fluxo poderá ser incontinuo por sinais e sintomas da sífilis secundária ou terciária (BRASIL, 1999; 2006; AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).

2.1.1.4 Sífilis tardia e terciária

De três a 12 anos após a infecção, podem surgir sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneo-mucosas (figura 3) (tubérculos ou gomas), neurológicas (tabes dorsalis, demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot-neuropatia periférica ou doenças da medula, especialmente na região cervical). Contudo, na maioria das vezes, são assintomáticas (BRASIL, 1999; 2006; AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).



Figura 3 - Sífilis terciária

Fonte: Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras. Dermat.2006; 81 (2): 111-26.

2.2 Etiologia

A sífilis é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, gênero *Treponema* da família dos *Treponemataceae*. Essa bactéria tem forma de espiral, (Figura 4 e figura 5), não possui membrana celular, não é cultivável, mas patogênica e exclusiva do ser humano, ainda que apresente infecções em animais em casos de experimentações. Não resiste ao calor e à falta de umidade. Por corar-se fracamente, dá-se o nome de pálida, do latim *pallidum*; possui movimentos de rotação, flexão, contração e translação (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006; BRASIL, 2006).

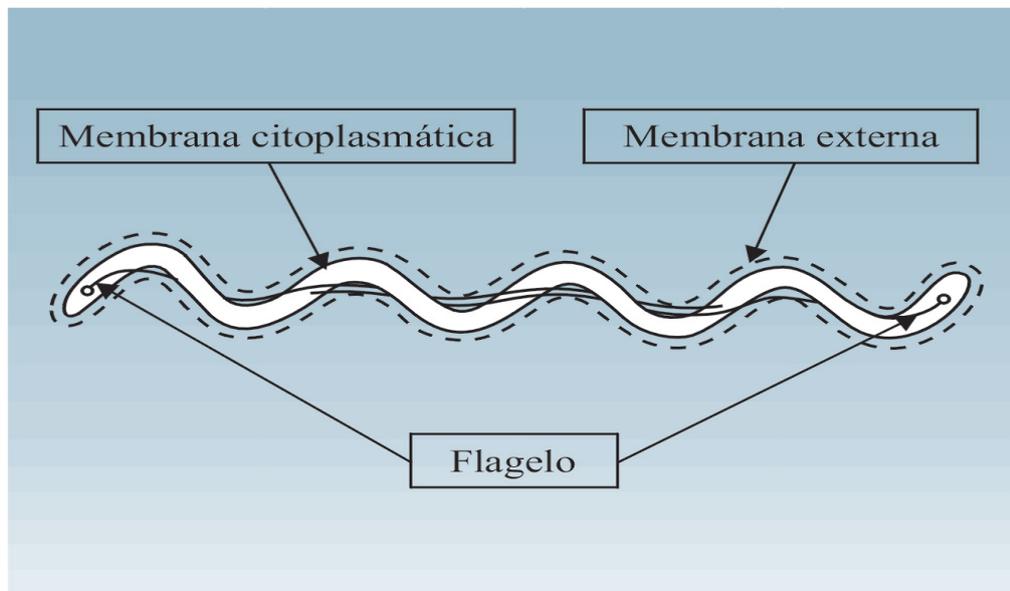


Figura 4 - *Treponema pallidum*: desenho esquemático.

Fonte: Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras. Dermat. 2006; 81 (2): 111-26.

Foi descrita por Schaudinn e Hoffman em 1905 como uma bactéria finamente espiralada, em forma de espiroqueta, o que lhe permite movimentar-se em torno do próprio eixo⁹. Mede cerca de 7nm de comprimento e 0,25 nm de largura; sua parede celular contém ácido murâmico e N-aceltiglicosamina, características que a fazem sensível à penicilina. Com a microscopia eletrônica, demonstrou-se que o *Treponema pallidum* é composto de um cilindro citoplasmático, microtúbulos e filamentos axiais da parede e da membrana, os quais

sustentam seus movimentos e servem também como barreira osmótica (Junior, Shiratsu, Pinto, 2009).

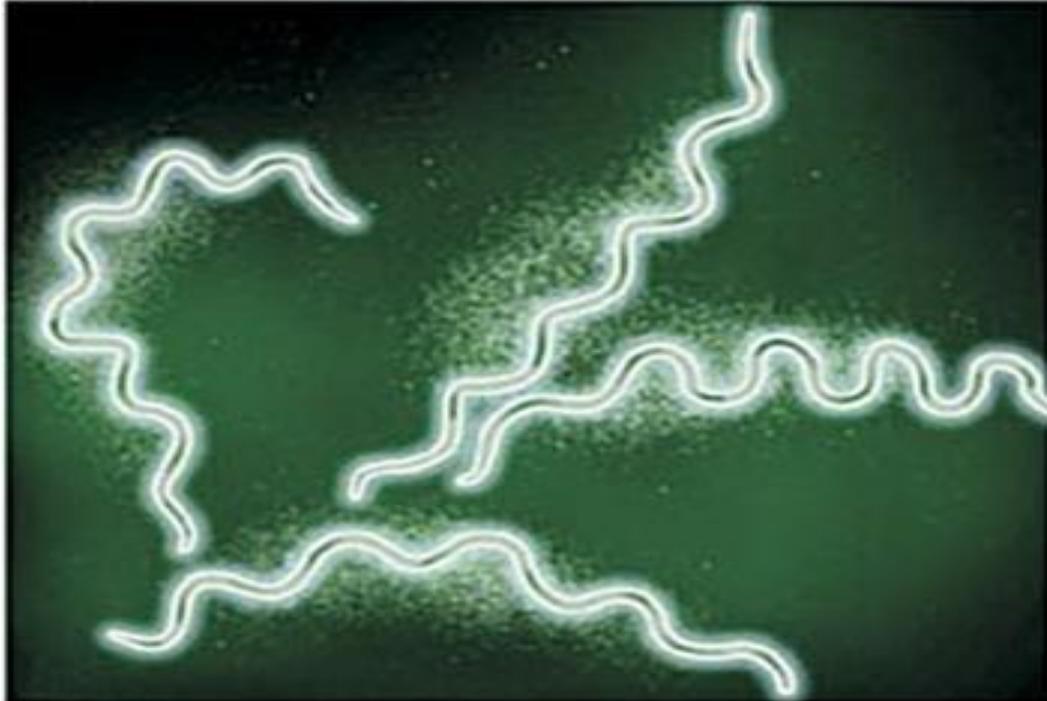


Figura 5 - *Treponema pallidum*

Fonte: Ribeiro AS, Souza BS, Pinto SS. Triagem para sífilis: incidência de resultados positivos nas amostras analisadas no Hospital Municipal Duque de Caxias, oriundas do Centro de Testagem e Aconselhamento para DST e AIDS. Newslab. Rev. do lab. Mod. 2007; edição 82. 142-155.

2.3 Transmissão

A sífilis pode ser transmitida através de relação sexual, por via transplacentária (da mãe para o conceito), em alguns casos através de transfusões de sangue e contato com objetos contaminados, mesmo que não suporte exposição excessiva de temperaturas, tanto baixas como altas (BRASIL, 2006; 2007; AVELEIRA, BOTTINE, 2006).

De extrema importância é a realização do teste VDRL na gestante na primeira consulta, ocorrendo idealmente no primeiro trimestre da gravidez e outro no início do terceiro trimestre (30^a sem.) da gravidez. Ainda é aconselhável realizar o VDRL em toda mulher admitida para parto ou por abortamento, e também em recém-nascido (RN), em amostra de sangue periférico de todos os RNs de mães reagentes para sífilis, ou em caso de suspeita clínica de SC (BRASIL, 2005; 2007; ARAUJO, 2008).

2.4 Diagnóstico clínico

Os diagnósticos diferenciais dependem da fase da infecção: (Figura 6)

- Sífilis primária: cancro mole, herpes genital, donovanose (febre, anemia, engrossamento do fígado e do baço), linfogranuloma venéreo, câncer.
- Sífilis secundária: farmacodermias, doenças exantemáticas (manchas ou pequenas bolhas na pele) não vesiculosas, hanseníase virchowiana, colagenoses.

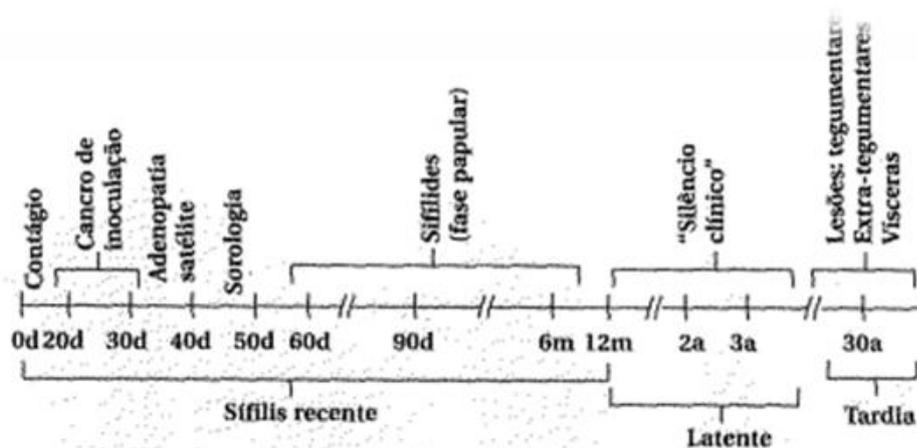


Figura 6 - Cronologia clínica da sífilis

Fonte: DUARTE, G. Diagnóstico e Conduta nas Infecções Ginecológicas e Obstétricas. 2. ed. Ribeirão Preto-SP: Funpec-Editora, 2004. v. 1. 233 p.

2.4.1 Diagnóstico laboratorial

Pode ser realizado através de algumas técnicas e também depende da fase da infecção. A pesquisa direta só será aplicada às lesões das fases primária e secundária. Exige-se colher a linfa em lâmina, adicionando algumas gotas de soro fisiológico; observa-se através do microscópio, em campo escuro, o movimento dos treponemas. Indicada para material de lesão ulcerada suspeita, podendo também ser positiva para material do condiloma plano e das placas mucosas da fase secundária (BRASIL, 1999; 2006).

Os testes sorológicos não treponêmicos são VDRL e RPR (*Rapid Plasma Reagin*). São quantitativos, e essenciais tanto no processo de diagnóstico como no pós-terapêutico.

Devem ser solicitados sempre que se suspeitar de sífilis em qualquer fase, tanto para pacientes portadores de DST ou no pré-natal. Esse tipo de prova detecta anticorpos inespecíficos reagentes no soro. Tendem a se tornar reativos a partir da segunda semana, após o aparecimento do cranco (sífilis primária), estando mais elevados na fase secundária da doença (BRASIL, 2006; AVELLEIRA, BOTTINO, 2006; SCHETINI *et al.*, 2005).

As sorologias treponêmicas são TPHA (*Treponema Pallidum* Hemagglutination); FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption) e ELISA (Enzyme-linked Immunosorbent Assay). São testes utilizados para confirmação da infecção pelo *Treponema pallidum*, permitindo, dessa forma, a exclusão dos falsos positivos dos testes não treponêmicos, visto que apresentam alta especificidade, são qualitativos e, em geral, tornam-se reativos a partir do 15º dia da infecção. O FTA-Abs é o que positiva mais rapidamente (BRASIL, 1999; 2006).

As dúvidas quanto à interpretação da sorologia podem ser sanadas através da anamnese, do exame físico e pela repetição periódica dos testes não treponêmicos. É importante observar que dois títulos baixos em intervalo de 30 dias excluem sífilis recente. Caso as provas de sorologia treponêmicas qualitativas (FTA-Abs ou TPHA) sejam negativas, exclui-se a sífilis atual ou prévia e o diagnóstico é de reação falso positivo, que pode ocorrer quando há outras patologias como hanseníase, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico.

Caso tanto a técnica treponêmica quanto a não treponêmica forem positivas, a dúvida sobre a doença antiga ou adequadamente tratada permanece, sendo indicada a repetição do tratamento. Após esse processo, recebe-se alta, e infirma-se que, por algum tempo ou a vida toda, poderá apresentar sorologia treponêmica. O profissional de saúde deve esclarecer ou, se necessário, redigir um atestado, esclarecendo o fenômeno e a inexistência da doença (BRASIL, 2006).

2.5 Tratamento

Para evitar a transmissão da doença, é preciso dispensar tratamento precoce para a paciente e o parceiro, com o emprego da penicilina nas doses adequadas (RIBEIRO, 2007).

Em virtude do tempo prolongado de replicação do *Treponema pallidum*, o tratamento utilizando penicilina de depósito mostra-se bastante útil e efetivo. Até o momento, não há nenhuma indicação de que o tratamento da sífilis deva considerar outra droga diferente da penicilina, a não ser nos casos de alergia. O tratamento indicado utiliza penicilina benzatina e depende da fase de infecção e se a paciente é gestante. Sobre as doses, não há consenso na literatura. A dificuldade em reconhecer corretamente a fase da infecção faz com que alguns autores prefiram uma dose extra de penicilina, garantindo melhores taxas de cura (PEIXOTO: In Filho, 2007).

As doses de penicilina para o tratamento da sífilis estão definidas na figura 7.

<p>Sífilis primária: penicilina benzatina – 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).</p> <p>Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina – 2,4 milhões UI, IM, repetida após uma semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.</p> <p>Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina – 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.</p>

Figura 7 - Esquema de tratamento para sífilis.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, 2006.

As opções, caso não haja possibilidade do uso da penicilina, estão mostradas na figura 8.

<p>Sífilis primária: doxiciclina 100mg 12/12h (VO) 15 dias, ou Tetraciclina 500mg 6/6h (VO), ou eritromicina 500mg 6/6h (VO).</p> <p>Sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução: doxiciclina 100mg 12/12h (VO), 15 dias, ou tetraciclina 500mg 6/6h (VO), ou eritromicina 500mg 6/6h (VO).</p> <p>Sífilis terciária com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada: doxiciclina 100mg 12/12h (VO) 30 dias, ou tetraciclina 500mg 6/6h (VO), ou eritromicina 500mg 6/6h (VO).</p>
--

Figura 8 - Esquema de tratamento substituto para sífilis.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, 2006.

Caso as pacientes apresentem lesões cardiovasculares e neurológicas, devem ser hospitalizadas e receber esquemas especiais de penicilinoterapia intravenosa. Com o objetivo de prevenir lesões irreversíveis da sífilis terciária, recomenda-se que os casos de sífilis latente com período de evolução desconhecido e os portadores do HIV sejam tratados como sífilis latente tardia (BRASIL, 1999; 2003; 2006).

2.5.1. Tratamento em gestantes

Para o diagnóstico precoce da sífilis materna, durante o exame pré-natal deve-se realizar o VDRL na primeira consulta, essencialmente no primeiro trimestre da gravidez e, posteriormente, no início do terceiro trimestre (28^a semana). Caso haja ausência de teste confirmatório, consideram-se as gestantes com VDRL reagente, em qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente de modo apropriado (BRASIL, 2003; 2006; 2007). Nos casos diagnosticados, o tratamento deve ser imediato, na gestante e em seu parceiro. Devem-se utilizar as mesmas orientações terapêuticas apresentadas anteriormente com a penicilina.

Caso haja a impossibilidade do uso da penicilina, é contraindicado o uso de tetraciclina, doxiciclina e estolato de eritromicina na gestação, por existirem riscos de alterações ósseas e do esmalte dentário do feto, toxicidade para a mãe causada pelas tetraciclina e doxiciclina e litíase intra-hepática fetal pelo estolato de eritromicina. Se comprovada a alergia a penicilina em gestantes e nutrizes, após teste de sensibilidade adequado, deve-se dessensibilizá-las e em seguida tratá-las com penicilina em ambiente hospitalar. Se ainda assim houver a impossibilidade, então se deve utilizar estearato de eritromicina 500mg, por via oral de 6/6h, por um período de 15 dias, para sífilis recente, ou durante 30 dias para a sífilis tardia. Mesmo com essa possibilidade terapêutica, as gestantes não serão consideradas tratadas adequadamente para fins de transmissão fetal, sendo imprescindível o tratamento da criança após o nascimento (BRASIL, 2006; 2007).

Mesmo que o parceiro não apresente sintomas clínicos, deve realizar o VDRL para o seguimento e o tratamento, em razão da definição da SC. Caso isso não ocorra, considera-se o tratamento materno não adequado (BRASIL, 1999; 2006).

2.6 Sífilis congênita

A SC é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, sua relativa simplicidade da análise e o fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2005).

A SC é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto por via transplacentária. O que determina a transmissão vertical do *Treponema pallidum* é o estágio da doença na mãe e a duração da exposição do feto ao útero. A taxa de transmissão em mulheres não tratadas pode ser de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, podendo se restringir a 30% nas fases tardias (latente tardia e terciária). Não há transmissão pelo leite materno desde não haja lesões mamárias por sífilis. Aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal ocorrem em quase 40% dos conceptos de mães não tratadas. Carece realizar a triagem sorológica na mãe na maternidade, pois 50% dos casos notificados são assintomáticos (BRASIL,2005; 2006;2007).

As garantias da estratégia para o controle da SC estão definidas na figura 9.

- Todas as gestantes recebam assistência pré-natal e a triagem de sífilis seja incluída como rotina a todas as mulheres e aos parceiros;
- Seja realizado o VDRL como rotina na primeira consulta na fase inicial da gestação, no início do 3º trimestre gestacional e no momento do parto;
- O tratamento seja disponibilizado a todas as gestantes e parceiros;
- Os casos de sífilis materna e congênita sejam devidamente tratados e notificados à vigilância epidemiológica.

Figura 9 - Estratégias de controle da sífilis congênita.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso, 2007.

A SC pode ser classificada em:

- a) SC precoce
- b) SC tardia

2.6.1 Sífilis congênita precoce

A SC precoce é definida até o 2º ano de vida (Figura 10 e 11), tendo as seguintes características:

- gravidade variável – sua configuração mais grave é a septicemia maciça, com anemia intensa, icterícia e hemorragia;
- lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmo plantares, fissuras radiadas periorificiais e condilomas planos anogenitais;
- lesões ósseas, manifestas por periostite (inflamação da membrana que reveste os ossos) e osteocondrite (inflamação dos ossos). (Ex.: pseudoparalisia de Parrot);
- lesões do sistema nervoso central (ex. convulsões, meningite);
- lesões do aparelho respiratório (pneumonia alba);
- hepatoesplenomegalia, pancreatite;
- rinite sero-sanguinolenta;



Figura 10 - Pênfigo sífilítico nas mãos e pés de recém-nascido com sífilis congênita

Fonte: Arquivo pessoal da Profª. Dra. Vânia Silami (UFF); Costa MC, Bornhausen-Demarch E, Azulay DR, Périsse ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol. 2010



Figura 11 - Fronte olímpica e nariz em sela de recém-nascido com sífilis congênita.

Fonte: Arquivo pessoal da Prof^ª. Dra. Vania Silami (UFF). Costa MC, Bornhausen-Demarch E, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol. 2010.

2.6.2 Sífilis congênita tardia

A SC tardia está definida no período posterior ao 2º ano de vida e é consequência da sífilis precoce. Suas características são:

- fronte olímpica
- mandíbula curva
- arco palatino elevado

- tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson + ceratite intersticial + lesão do VIII par craniano);

- nariz em sela;
- tibia em lâmina de sabre;
- surdez, retardo mental, hidrocefalia.

Tanto a SC precoce quanto a tardia devem ter o diagnóstico estabelecido através da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais.

Outras situações que devem ser investigadas para sífilis são o óbito fetal (natimorto) por sífilis – todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas, de mãe portadora de SF que não foi tratada adequadamente ou recebeu e/ou realizou o tratamento inadequado. Ainda óbito por aborto, quando ocorre perda gestacional antes de 22 semanas de gestação ou com peso inferior a 500 gramas, sendo a mãe portadora de sífilis não tratada adequadamente ou que recebeu e/ou realizou o tratamento inadequado (BRASIL, 2006).

2.7 Diagnóstico laboratorial para SC

Para a confirmação de SC, podem ser realizadas as técnicas descritas:

Microscopia

Pesquisa direta do *Treponema pallidum* em lesão cutâneo mucosa, placenta, cordão umbilical ou necropsia;

- Pesquisa em campo escuro;
- Imunofluorescência direta.

Testes sorológicos:

- Testes não treponêmicos (VDRL, RPR);
- Testes treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, Elisa).

Estudo do Líquido Cefalorraquidiano (LCR/liquor).

Radiografia dos ossos longos (tibia, fêmur, úmero).

É importante ressaltar que recém-nascidos não reagentes, mas que tenham suspeita epidemiológica, devem repetir os testes sorológicos após o terceiro mês, pela possibilidade de positividade tardia.

A SC tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica através da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986, publicada em Diário Oficial da República Federativa do Brasil em 24 de dezembro de 1986. A investigação de SC deve ocorrer em relação a toda criança nascida de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticada durante a gestação, parto ou puerpério, e todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de SC. Quatro critérios compõem a definição de casos de SC para vigilância epidemiológica. Sua última revisão está vigente desde janeiro de 2004 (BRASIL, 2006).

A Portaria nº33 de 14 de julho de 2005 inclui sífilis em gestantes na lista de agravos de notificação compulsória. Os objetivos são controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* e acompanhar adequadamente o desenvolvimento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e de controle. Foram definidas como gestantes com SF para fins de vigilância epidemiológica aquelas que, durante o pré-natal, apresentem evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado. O serviço funciona através do Sistema de Informação de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN). Para a gestante com SF, deve-se utilizar o instrumento de notificação/investigação, que é a ficha de notificação padronizada, nos locais onde se realiza o pré-natal.

Primeiro Critério – toda criança, 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 realizado no pré-natal ou no momento do parto ou da curetagem, que não tenha sido tratada ou que tenha recebido o tratamento inadequado (BRASIL, 2006).

Segundo Critério – todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas:

Titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou

Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou

Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou

Títulos em testes não treponêmicos maiores que os da mãe.

Em caso de evidência sorológica, deve-se descartar apenas a probabilidade de sífilis adquirida (BRASIL, 2006).

Terceiro Critério – todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com teste não treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2006).

Quarto Critério – toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos (BRASIL, 2006).

Por se tratar de uma doença em que o diagnóstico e o tratamento podem ser realizados tanto para o bem estar da mãe quanto do conceito, é inaceitável que profissionais da área da saúde ainda não considerem a necessidade de prevenir consequências maléficas para ambos.

Em estudo com dez crianças no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em Vitória, verificou-se que duas crianças tiveram o diagnóstico até um mês de vida, apenas seis gestantes realizaram o pré-natal, apenas uma o tratamento e todas apresentaram lesões ósseas, quatro lesões de pele e cinco neurosífilis (SILVA *et al.*, 2009). Esse dado comprova, mais uma vez, a excepcionalidade do diagnóstico e tratamento das gestantes.

2.8 Controle da doença

Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o prosseguimento sorológico por teste não treponêmico quantitativo de três em três meses, durante o primeiro ano. Se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses, até se estabilizar. Se houver título baixo e estável em duas oportunidades após um ano, o paciente pode receber alta. Caso haja elevação de duas diluições acima do último título do VDRL, justifica-se a necessidade de novo tratamento, mesmo que não existam sintomas. A estabilização sem queda pode ser sinal de neurosífilis assintomática, devendo ser realizada punção líquórica para avaliar celularidade e sorologia.

No caso das gestantes, é necessário prosseguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratada caso não haja resposta ou se ocorrer aumento de pelo menos duas titulações (BRASIL, 2006).

2.9 Epidemiologia

A prevalência de sífilis em mulheres nos países industrializados, cuja notificação carrega maior credibilidade, não se distribui de maneira uniforme. Em cada país existem variações que dependem objetivamente do método de rastreamento e do segmento populacional avaliado. Com isso, é possível definir grupos de maior predisposição para essa infecção entre as mulheres, como aquelas com múltiplos parceiros, que praticam sexo desprotegido, e usuárias de drogas ilícitas.

Como ocorre com as outras DSTs, o registro de algumas casuísticas resulta de louváveis iniciativas, mas são dados que refletem situações isoladas, impedindo comparações mais abrangentes.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, calcula-se que ocorram dois milhões de novos casos anualmente de sífilis materna, sendo que 25% resultam em natimortos ou abortos espontâneos e outros 25% apresentam baixo peso e consequências graves (OMS, 2008).

Nos anos de 1998 a 2003, os dados nacionais de SC registraram uma incidência média de 1,15/1 mil nascidos vivos. As maiores incidências localizaram-se na Região Sudeste, especificamente no Rio de Janeiro e no Espírito Santo, justificando a necessidade de aumentar esforços para identificar e notificar esse agravo (BRASIL, 2005).

Entre os anos de 1998 e 2004, foram notificados 24.448 casos da doença no Brasil. Em 2003, observaram-se 2,7 óbitos por sífilis em 100 mil, em menores de um ano, o que demonstra um insuficiente controle sobre o agravo (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, houve um acréscimo nas notificações compulsórias de sífilis, sendo pouco mais de 3.000 em 1999 e mais de 5.000 nos últimos quatro anos. Nos últimos dez anos foram registrados 46.530 casos (BRASIL, 2009).

Em estudo desenvolvido em seis capitais brasileiras, em 2005, para observar a prevalência das DSTs, das 3.303 gestantes incluídas na pesquisa 3.231 (98%) foram estudadas para identificação laboratorial de SF, sendo detectado um total de 85 casos, com prevalência global de 2,6% (BRASIL, 2008).

Em estudo conduzido em Fortaleza – CE, no ano de 2006, de 19 casos observados, nove (47,7%) gestantes com VDRL reagente possuíam registros de abortos e de natimortos, o que sugere a SC como fator casual desses eventos (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A atenção e o cuidado do profissional contribuem para um pré-natal de qualidade. Rodrigues *et al.* (2004), em estudo multicêntrico em 24 estados, no período de 1999 a 2000, observaram um baixo índice de repetição do exame VDRL. Apenas 3,0% do total pesquisado realizou o exame duas vezes, como preconiza o MS.

Em pesquisa levada a cabo em períodos diferentes (2000 e 2004) nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, verificou-se a baixa incidência dos dois testes que o MS preconiza, ainda que os números de consultas tenham aumentado, o que não caracteriza garantia de prevenção da SC (SUCCI *et al.*, 2008).

Saraceni *et al.* (2005), em análise, constataram que a sífilis congênita tem participação proporcional maior entre os óbitos fetais, 16,2%, do que os óbitos neonatais precoces, 7,9%, dados estes referentes aos atendimentos e notificações do ano de 2002 no município do Rio de Janeiro.

Mulheres que foram atendidas no período de 2002 a outubro de 2004 em Niterói - RJ apresentaram soropositividade para sífilis, sendo 52 para 2.505 partos em 2003 e 44 para 2.127 partos em 2004. O estudo apresentou baixo índice de exames realizados durante o pré-natal (SCHETINI *et al.*, 2005).

Em um total de 2.200 mulheres atendidas em 13 unidades de saúde básica de São Paulo, em 2005, 22 apresentaram alguma doença infecciosa, sendo 19 casos (0,86%) de sífilis, oito casos (0,36%) de hepatite C, e hepatite B e HIV, cinco casos cada (0,22%) (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

O estado de Mato Grosso do Sul conta com o PEPG MS (Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul), desenvolvido em parceria com a SES-MS (Secretaria de Estado de Saúde) e a APAE de Campo Grande (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), através do IPED APAE (Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos), bem como das Secretarias Municipais de Saúde. Este ano (2012) o PEPG MS completa dez anos, nesse período foram triadas em Mato Grosso do Sul 349.286 gestantes. Outros estados também contam com esse serviço, como Goiás, com 529.801 gestantes testadas, Maranhão, com 1.872, Sergipe, 39.807, Rondônia, 20.286, Alagoas, 49.181 e Pará, com 13.375 gestantes. Dentre as patologias, a maior infecção encontrada nesses estados foi a *Chlamydia ssp*, totalizando 23.305 casos, seguido da Sífilis com 16.239 notificações, Hepatite B com 14.468, e Toxoplasmose, com 7.703 casos confirmados. Durante esse período foram notificados 1.850 casos de HIV, 1.210 casos de HTLV e 690 confirmações de Citomegalovírus.

Quando estudada a prevalência de agravos no estado de Mato Grosso do Sul, de 2004 a 2007, com um total de 153.857 mulheres grávidas inscritas no Programa Estadual de Proteção à Gestante (PEPG), evidenciou-se a prevalência da sífilis em um total de 4.141 casos reagentes através da técnica PF (papel filtro), sendo 27 gestantes positivas em cada 1.000 (BOTELHO *et al.*, 2008).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou, nos anos de 2007 a 2010, dados notificados pelo município de Campo Grande - Mato Grosso Sul, sendo 386 casos de sífilis em gestantes, 89 casos em 2007, 116 em 2008, 158 em 2009 e 23 em 2010; para sífilis congênita, 28 casos em 2007, 33 em 2008, 51 em 2009 e 3 casos em 2010, num total de 115 casos.

Ainda que apresente facilidade em ser diagnosticada e em ser tratada, a sífilis é a principal DST que causa óbitos fetais ou neonatais, podendo ser prevenida mesmo na gestação. Não se pode negar a falta do conhecimento da população sobre as consequências que pode causar, mas a responsabilidade e a dedicação do profissional de saúde podem fazer a diferença, ante os dados que ainda são alarmantes.

3. OBJETIVO GERAL

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 no município de Campo Grande MS.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Relacionar os dados sociodemográficos nas populações de puérperas nos dois períodos (2006 e 2011).
- b) Verificar a frequência de sífilis, outras DSTs e infecções pré-natais nas populações avaliadas.
- c) Verificar as características relacionadas à infecção sífilítica nessas populações.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, comparativo, retrospectivo e prospectivo dos casos de SC procedentes das quatro principais maternidades da cidade de Campo Grande-MS: Maternidade Cândido Mariano, Santa Casa, Hospital Universitário e Hospital Rosa Pedrossian. A amostragem foi dividida em dois períodos distintos de investigação, com 512 pacientes em cada período. O primeiro período compreendeu o intervalo de fevereiro a 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. 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 os programas Excel e o software estatístico Prism versão 4.01. Para a comparação, foram usados dados de estudo já publicados 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.

Em ambos os períodos, as puérperas foram submetidas a testes sorológicos não treponêmicos VDRL e, nos casos de suspeita de falso positivo, a testes treponêmicos *Fluorescent treponemal antibody absorption* (FTA-Abs), *Enzyme-linked Immunosorbent* (ELISA), *Treponema pallidum hemagglutination* (TPHA). O diagnóstico final baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo (*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (BRASIL, 1998; CDC, 1998).

Considerara-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 SC.

Com relação à SC, o CDC a classifica em duas categorias, conforme os achados laboratoriais: o histórico clínico da gestante e a realização do tratamento materno durante o acompanhamento pré-natal. Em casos de suspeita de SF, foram considerados todos os critérios já citados anteriormente, que são preconizados pelo MS.

5. RESULTADOS

Realizou-se estudo com 1024 puérperas provenientes de quatro maternidades credenciadas pelo SUS, na cidade de Campo Grande – MS, divididas em 512 puérperas para cada período analisado.

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

Tabela 1. Distribuição percentual da população analisada quanto à faixa etária ao período estudado, em Campo Grande - MS (n=1024).

Faixa Etária	População Analisada				Infectada por <i>Treponema Pallidum</i>			
	2006		2011		2006		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10+-20	115	22,3	127	24,72	1	8,3	0	0
20+-30	288	56,4	273	53,30	5	41,7	3	100
30+-40	103	20,1	105	20,62	6	50,0	0	0
40+-45	6	1,2	7	1,36	0	0	0	0

Quanto às características demográficas e epidemiológicas da população analisada nos anos de 2006 e 2011, a maioria das puérperas era 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) 75,9% (3/495) são pardas. Em relação à escolaridade, no primeiro período (2006) 32,4% (6/506) apresentaram nível fundamental incompleto, 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**.

Tabela 2 - Características demográficas e epidemiológicas relacionadas à Sífilis materna em relação ao período estudado, em Campo Grande – MS (n=1024).

(continua)

	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	%
Naturalidade								
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
Total	12	100	506	100	3	100	512	100
Zona								
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
Total	12	100	507	100	3	100	508	100
Etnia								
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
Total	12	100	507	100	3	100	495	100
Escolaridade								
Analfabeta	0	0,4	2	0,4	0	0,58	3	0,7
Ens. Fund. Inc.	6	32,4	164	32,4	0	20,9	107	23,1

Tabela 2 - Características demográficas e epidemiológicas relacionadas à Sífilis materna em relação ao período estudado, em Campo Grande – MS (n=1024).

(conclusão)

	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	%
Ens. Fund. comp.	1	19	96	19	1	17,2	87	18,7
Ensino médio inc.	0	18,6	94	18,6	0	15,8	80	17,2
Ens. Médio completo	5	22,3	113	22,3	2	27,9	143	30,8
Ens. Sup. inc.	0	5,5	28	5,5	0	5,07	26	5,6
Ens. Sup. comp.	0	1,8	9	1,8	0	3,55	18	3,9
Total	12	100	506	100	3	100	464	100

Estado Civil								
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
Total	12	100	503	100	3	100	491	100

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

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-se os dois períodos, a frequência de SC foi de 1,46% (15/1024). 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.

No primeiro período (2006), 2,34% (12/512) apresentaram soropositividade para sífilis, 0,97% (5/512) para toxoplasmose e 2,54% (13/512) para *Clamidia ssp.* No segundo período (2011) 0,58% (3/512) exibiram soropositividade pra sífilis, 5,85% (30/512) sorologia IgM (Imunoglobulina M) reagente para toxoplasmose, 6,64% (34/512) para rubéola e 4,69% (24/512) para citomegalovírus (CMV), e 2,15% (11/512) para *Clamidia SSP*, conforme dados apresentados na **Tabela 3**.

Tabela 3. Distribuição da população estudada quanto a DSTs e doenças infecciosas em relação ao período estudado, em Campo Grande - MS (n=1024).

Doenças Infecciosas e Sexualmente Transmissíveis – Sorologias reagentes	Ano de 2006		Ano de 2011	
	n = 512		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.(IgA)</i>	13	2,54	11	2,15
Total	35	6,83	103	20,11

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% (35/512) no período de 2006 para 10,1% (103/512) no período de 2011. Esses dados estão expostos na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Associação de doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis de acordo com o período estudado, em Campo Grande - MS (n=1024).

	Período Estudado		Valor de <i>n</i>	OR (IC 95%)
	2006	2011		
Doenças Infecciosas e sexualmente				
Presentes	35 (3,5%)	103 (10,1%)	138 (13,6%)	0,29 (0,19-0,43)
Ausentes	477(46,5%)	409 (39,9%)	886 (86,4%)	
TOTAL	512 (50%)	512 (50%)	1024 (100%)	

Das 12 gestantes com diagnóstico positivo para sífilis no ano de 2006, 75% (9/12) relataram o acompanhamento pré-natal prévio; no ano de 2011, 100% (3/3) afirmaram que o fizeram. Em relação ao diagnóstico de sífilis materna, no primeiro período (2006) 58% (7/12) 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 realizaram de forma adequada; no segundo período (2011) 66,7% (2/3) o fizeram, 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 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) o realizaram. Comparando-se as gestantes infectadas dos anos de 2006 e 2011, não houve associação significativa entre os períodos estudados e as variáveis relacionadas à infecção sífilítica materno-fetal, tratamento do parceiro, e tratamento dos outros filhos, conforme dados apresentados na **Tabela 5**.

Tabela 5 – Variáveis relacionadas à Sífilis materna e associação com o período estudado, em Campo Grande - MS (n=15/1024).

Variáveis relacionadas à Sífilis em gestantes	Período Estudado		Valor de <i>p</i>	OR (IC95%) (IC 95%)
	2006	2011		
Diagnóstico de Sífilis Materna				
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%)		
Tratamento de Sífilis Materna				
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%)		
Tratamento do Parceiro				
Sim	5 (42%)	1 (33,3%)	1,00	1,42 (0,09-20,45)
Não	7 (58%)	2 (66,7%)		
	12 (100%)	3 (100%)		
Rastreamento de Sífilis nos outros filhos				
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.

6. DISCUSSÃO

Comparando-se os períodos estudados (2006 e 2011), evidenciou-se a frequência de gestantes infectadas entre as idades de 20 a 30 anos, assim como mostrado em diferentes estudos (ARAÚJO *et al.*, 2006; JUNIOR *et al.*, 2009; BOTELHO *et al.*, 2008), ainda que 50% das gestantes infectadas no período de 2006 encontravam-se na faixa etária de 30-40 anos, idade também constatada em outras pesquisas (BARSANTI *et al.*, 1999; INAGAKI, 2009; NOYOLA *et al.*, 2006). Tais dados merecem atenção, para que as campanhas de prevenção à SF sejam direcionadas a todas as idades.

Observando-se os dois períodos em relação às características demográficas e epidemiológicas, os dados referentes à 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 a doença e a falta de informações, o que dificulta a compreensão das particularidades da infecção (RODRIGUES *et al.*, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2004; ZHOU *et al.*, 2007).

Em ambos os estudos a frequência foi superior à preconizada pelo Ministério da Saúde: no primeiro período foi de 2,3% e no segundo de 0,58%. O ideal seria a erradicação, ou ao menos a redução a até um caso por mil nascidos vivos, meta do controle nacional (BRASIL, 2007).

Um elemento importante percebido neste estudo, que merece a atenção dos profissionais de saúde, foi o aumento de outras doenças transmissíveis e infecciosas, num total de 35 casos no primeiro período (2006) e 103 casos no segundo período (2011), totalizando 138 casos. Entre eles registra-se o aumento significativo da toxoplasmose, o aparecimento de infecções por rubéola e CMV no segundo período (2011). Na capital de Aracaju, Inagaki *et al.* (2009) também verificaram maior soroprevalência para as mesmas patologias, toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus, e ainda chamaram a atenção para os testes sorológicos. São dados importantes para ações que possam contribuir na qualidade da assistência pré-natal. Outro elemento relevante foi o elevado índice de *Chlamydia spp* 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* (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007). É preciso lembrar que todas essas infecções são investigadas por meio da técnica papel filtro (PF) no Programa de Proteção à Gestante de Mato Grosso do Sul (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007) (PPG-MS), o que não tem garantido a redução da taxa de SC e de outras doenças. Ainda no estado de Mato Grosso do Sul, levantamento realizado nos anos de 2004 a 2007 mostra o elevado índice de toxoplasmose, *Chlamydia spp* e sífilis, apontando prevalências maiores que a estimada pelo Ministério da Saúde, o que justifica a necessidade de que os dados coletados sejam sistematizados e analisados, para ocorrer a implantação de serviços realmente eficazes (BOTELHO *et al.*, 2008). 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%) apresentaram a sífilis, seguida da toxoplasmose em 137 (0,42%) e HIV em 71 (0,21) (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007). Percebe-se que a sífilis possui maior prevalência dentre as DSTs. O elevado número de outras infecções confirma a necessidade da urgência na melhoria da assistência perinatal.

A sífilis é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento. 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. (RODRIGUES *et al.*, 2008; ARAUJO *et al.* 2006; RODRIGUES *et al.* 2004; ZHOU *et al.* 2007).

Conforme dados coletados por Koffman e Bonadio (2005), em levantamento de 635 prontuários em uma Instituição Filantrópica da cidade de São Paulo, 87,7% constavam com apenas um exame para VDRL, 18,1% tiveram um ou mais abortos, e apenas 19,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Tais informações demonstram o quanto o cuidado e a atenção do profissional de saúde são imprescindíveis para a qualidade da assistência pré-natal.

Apesar de o número de gestantes infectadas do segundo período (2011), 0,58% ser inferior ao primeiro período (2006), 2,3%, não significa que houve uma melhora na qualidade do pré-natal, o que pode ser observado através dos resultados descritos na tabela 5. Em nenhum dos períodos os diagnósticos ocorreram como deveriam (durante o pré-natal) ou houve o acompanhamento e o tratamento adequado das gestantes, como recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 2006).

Outro dado que mostra a fragilidade do serviço de saúde é o tratamento do parceiro. Em ambos os períodos não foi realizado o tratamento de todos os parceiros das gestantes

infectadas. Para o Ministério da Saúde o parceiro de gestantes com sífilis ou DST não viral deve ser chamado para realização do tratamento. Ainda que ele não compareça, deve ser “objeto” de busca ativa pela equipe da vigilância epidemiológica ou da saúde da família da área de abrangência, e ser considerado portador da doença, mesmo que não apresente qualquer sintoma clínico, devendo receber o mesmo tratamento. Se necessário, devem-se criar estratégias pra atender a esse público (BRASIL, 2006; LEITÃO, 2009).

Considerado problema grave de saúde pública, a SC surge, neste estudo, em períodos distintos, como consequência devastadora e ignóbil. É uma doença totalmente passível de tratamento, bastando, por vezes, não só o cuidado materno, mas também o interesse profissional diante dos resultados positivos. Mesmo assim, o tratamento não é realizado de maneira correta, o que foi observado 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 feita cuidadosamente, devendo ser submetidos à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica entre a criança e a mãe. Outro ponto importante a se levar em conta, caso o recém-nascido seja não reagente, mas com suspeita epidemiológica, é a necessidade de repetição dos testes sorológicos após o terceiro mês, pela possibilidade de ocorrer a positivação tardia (E TRIDAPALLI *et al.*, 2007; SZWARCOWALD *et al.*, 2007; BRASIL, 2006; BARSANTI, 1999). No Brasil entre os anos de 1998 e 2004 foram notificados 24.448 casos da doença. Em 2003 houve 2,7 óbitos por 100 mil em menores de um ano, o que mostra um insuficiente controle sobre esse agravo (BRASIL, 2007).

Em levantamento realizado de 1999 a 2002, em 7.309 óbitos fetais de pacientes residentes no município do Rio de Janeiro, 292 (4,0%) apresentaram como causa básica a SC, dos quais 222 (5,3%) fetais e 70 (2,3%) neonatais precoces (SARACENI *et al.*, 2005). Esses óbitos poderiam ser evitados, caso o atendimento pré-natal tivesse sido realizado corretamente. Não apenas o pré-natal, mas o acompanhamento do recém-nascido é essencial. Saraceni *et al.* (2005) propõem, após terem avaliado as campanhas de eliminação da sífilis no Rio de Janeiro dos anos de 1999 e 2000, a criação de um ambulatório específico para atender de forma adequada às crianças soropositivas para sífilis, visto que não há política específica para tal.

Na Bolívia, o índice de SC é maior do que o esperado e a atenção à criança é precária. De 1.594 mulheres investigadas de maio a setembro de 2004, 115 apresentaram soropositividade. Dos 18 casos de recém-nascidos com SC, 94,4% (17/18) foram reagentes ao

método ELISA, confirmando a eficácia do teste VDRL, 1 (5,5%) exibiu sintomas clínicos, 6 (33%) foram prematuros e 2 (8%) tinham baixo peso ao nascer. Em 1999 o país lançou o Programa Nacional de Eliminação, sem sucesso (REVOLLO *et al.*, 2007). No México, a situação da sífilis é preocupante, pois muitos serviços que atendem às gestantes não contam com testes para sífilis. Em amostra conduzida de abril a novembro de 2003, com 1.857 gestantes, 82,1% (1535/1857) realizaram exames, sendo que em 12 (0,65%), o resultado foi positivo para sífilis (NOYOLA *et al.*, 2006).

Os serviços e as campanhas destinadas à erradicação da sífilis devem incluir todo o serviço de saúde e não se limitar apenas aos locais de atendimento às gestantes. É preciso, ainda, concretizar, de forma continuada, capacitações ou qualificações dos profissionais de saúde (SARACENI *et al.*, 2005).

Existe a necessidade de interesse do profissional de saúde para diminuição da SC. Outra questão essencial é a atenção e o cuidado desse profissional com as informações que devem constar no cartão da gestante, indispensáveis para um acompanhamento adequado e de qualidade. (MACEDO *et al.*, 2009; ARAUJO *et al.*, 2008; FIGUEIREDO *et al.*, 2009; CAMPOS *et al.*, 2010).

Sugere-se, através das possibilidades oferecidas pelo SUS, como os testes para os diagnósticos, os medicamentos e o auxílio para campanhas de prevenção, maior comprometimento para a implantação de projetos que favoreçam a melhora do serviço, o interesse de profissionais na realização de capacitações e atualizações, para evitar lacunas nos serviços de pré-natal, não permitindo, assim, atarracar o objetivo proposto, que é a diminuição e/ou a erradicação do índice de sífilis congênita (MACEDO *et al.*, 2009; SUCCI *et al.*, 2008; SARACENI *et al.*, 2005).

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 isso é de responsabilidades da equipe de saúde, de acordo com as suas possibilidades (BRASIL, 2007).

7. 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.

a) Verificaram-se as características sociodemográficas das puérperas estudadas, sendo a maioria proveniente do município onde a pesquisa foi realizada, da zona urbana. Em relação à 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.

b) Registrou-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.

c) Evidenciou-se que não houve associação significativa entre os períodos estudados e as variáveis relacionadas à infecção sifilítica materno-fetal.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho proporcionou o conhecimento sobre a SF e a SC e também sobre a importância da atenção e do cuidado do profissional de saúde.

Houve influência na rotina do atendimento do CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) no município de Corumbá MS. Devido aos achados da pesquisa, atualmente solicitam-se os exames VDRL e HIV a todos os pacientes que procuram o serviço para tratamento da dependência química e/ou de suas consequências; para as gestantes, em função do vínculo de confiança, passou-se a gerar o cartão da gestação e a realização da assistência pré-natal até o nascimento; quanto confirmada soropositividade para sífilis, há acompanhamento da gestante à unidade responsável pela notificação compulsória e o seu tratamento e do seu parceiro, quando está presente.

Tais ações fizeram perceber a importância do manejo do profissional de saúde, ainda que a unidade não seja específica para esses procedimentos, gerando qualidade de vida para a gestante, o conceito e o parceiro.

REFERÊNCIAS

Araujo EC Costa KSG Silva S, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Rev. Par Med.* jan-mar 2006; v 20 (1): 47-51.

Araujo MAL, Silva DMA, Silva RMS, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev. APS*, jan./mar. 2008; v. 11, (1): p. 4-9.

Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras. Dermat.* 2006; 81 (2): 111-26.

Barsanti C, Valdetaro F, Diniz E.A, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* nov-dez 1999; 32:605-611.

Botelho CAO, Tomaz CAB, Cunha RV, Botelho MAO, Botelho LO, Assis DM *et al.* Prevalência dos agravos triados no programa de proteção a gestante do Estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. *Rev. P Trop.* Vol. 37 (4): 341-353. out.-dez. 2008.

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.

Este capítulo foi elaborado de acordo com as normas Vancouver (1979) atualizadas em 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 3ª edição, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Secretaria-Executiva Programa Nacional de DST e AIDS. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Brasília – DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica – 6. ed. – Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST e

AIDS. Prevalência e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n° 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jul. 2005. Seção 1. p.111

BRASIL. Portaria n° 542 de 22 de dezembro de 1986. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília 24 de dezembro de 1986; Seção 1.

Campos ALA, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro set 2010; 26(9): 1747-1755.

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR Morb Mortal Wkly Rep: 47 RR-1:1 – 111. 1998.

Costa MC, Bornhausen-Demarch E, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol. 2010; 85(6): 767-85.

Duarte, G. Diagnóstico e Conduta nas Infecções Ginecológicas e Obstétricas. 2. ed. Ribeirão Preto-SP: Funpec-Editora, 2004. v. 1. 233 p.

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 – ISSN: 0103- 4065 .

Figueiró-Filho EA, Senefote FRA, Lopes AHA, Morais OO, Junior VGS, Maia TL *et al.* Frequencia das infecções pelo HIV, 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. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 40 mar-abr, 2007 (2): 181-187.

Figueiredo *et al.* The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. An. Acad. Bras Cienc 2009; 81 (3):551-558.

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. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. set-out, 2009; 42(5): 532-536.

IPED. Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnóstico da APAE. [homepage na internet] Mais de 1 milhão de mulheres triadas pelos Programas de Proteção à Gestante [Acesso em 13 de junho de 2012]. Disponível em: [http:// www.ipedapae.org.br](http://www.ipedapae.org.br).

Junior WB, Shiratsu R, Pinto V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. An. Bras. Dermatol. 2009; 84 (2): 151-59.

Koffman M e Bonadio I. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, dez.2005; 5 (Supl 1): S23-S32,

Leitão EJM, 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.

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 Públ.* Rio de Janeiro ago, 2009; 25(8): 1679-1692.

Noyola DE, Alfaro OM, Rangel VL, Montes AT. Soroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas em São Paulo Potosi. *Salud Públ. México* mar-abr de 2006; vol.48, (2): 151-154.

OMS. Eliminação mundial de sífilis congênita: Fundamento lógico e estratégia para acção. OMS, 2008.

Peixoto, S. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Bacterianas. In Filho, EAF. – *Infecção Genital na Mulher*. São Paulo, 2007; Roca, pag.94-106.

Revollo R, Tinarejos F, Hitari C, Garcia SG, Zegarra L, Dias-Olavarrieta C, *et al.* Sífilis materna y congênita en cuatro provincias de Bolívia. *Salud Pública de México* nov-dec de 2007vol.49, (6): 422-428.

Ribeiro AS, Souza BS, Pinto SS. Triagem para sífilis: incidência de resultados positivos nas amostras analisadas no Hospital Municipal Duque de Caxias, oriundas do Centro de Testagem e Aconselhamento para DST e Aids. *Newslab. Rev. do lab. Mod.* , 2007; edição 82. 142-155.

Rodrigues CS, Guimarães MDC, Cesar CC. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, *Rev. Saúde Públ.* 2008; 42 (5): 851-8.

Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Pub.* 2004; 16(3): 168–75.

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. Recife* 2005; 5 (supl 1): 533-541.

Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha MM T, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro jul-ago; 2005; 21(4): 1244-1250.*

Saraceni V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação de Campanhas de Saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, jul. / set. 2005;5 (3): 263-273.*

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.

Silva, SFM, Prebianchi PA, Dias CF, Junior ANA, Dalvi LG, Frauches DO. Alterações ósseas em lactantes com sífilis congênita. *J. Bras. Doenças Sex. Transm,* 2009; 21 (4): p. 175-178.

Sinan. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sífilis congênita. [acesso em 17 de junho de 2012]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo, Rev. Latino-am Enf. nov-dez; 2008;16(6): www.eerp.usp.br/rlae.

Szwarcwald CL, 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.

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. April, 2007; 83 (2):102-105.

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, October, 2007; 83 (6): 476-480.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA DOUTOR HÉLIO MANDETA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa, realizada pelo departamento de ginecologia e obstetrícia da faculdade de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, juntamente com a pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação, sob orientação do Professor Doutor Ernesto A. Figueiró Filho. O referido trabalho realizado de acordo com as normas para iniciação científica fixadas pelo CNPq/UFMS, tendo o objetivo estudar os casos de sífilis entre gestantes na Maternidade do HU. A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser transmitida ao bebê através da placenta durante a gravidez e parto, nas mães portadoras da doença. Com este estudo saberemos a taxa de mulheres com sífilis, podendo tratar e evitar a transmissão aos bebês. Sua participação é voluntária e caso não concorde não precisará responder as perguntas. Se concordar em participar no estudo, manteremos sigilo absoluto de sua identidade, interessando apenas as informações recebidas. Você responderá a algumas perguntas e usaremos as informações do parto anotadas no seu prontuário médico. Também poderemos solicitar os exames que você realizou durante o pré-natal. Não será feito absolutamente nada diferente da rotina realizada em todas as gestantes internadas no Hospital para darem à luz. Se você concordar em participar, você autoriza o uso das informações de seu prontuário médico. A Sra não receberá nenhuma medicação, não será submetida a nenhum procedimento médico ou realizará exames diferentes em decorrência desta pesquisa. A qualquer momento a Sra poderá deixar de participar do estudo ou solicitar que seus dados sejam retirados, bastando apenas entrar em contato com Dr Ernesto pelo fone (67)3345-3138 às sextas-feiras das 13h às 17h.

Prof. Dr. Ernesto Antônio Figueiró Filho Fone: (67)3345-3138

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, portadora do RG nº _____ e CPF nº _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Sífilis Congênita como Fator de Assistência Pré-natal no Município de

Campo Grande. Declaro ainda que fui devidamente informada e esclarecida pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o direito de, a qualquer momento, retirar meu consentimento de participação, sem que tal medida me penalize ou interrompa os meus direitos de acompanhamento, assistência e tratamento no Sistema Único de Saúde.

Firmo o presente em duas vias de igual teor,

_____, ____/____/____, _____

Local, Data e Assinatura

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE ESTUDO

PROTOCOLO DE ESTUDO: INFECÇÃO E GESTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO:

INICIAIS: _____ IDADE: _____ DATA DE NASC: ____/____/_____
 RAÇA: () Amarelo () Branco () Negro () Pardo ESTADO CIVIL: () Solteira () Amasiada () Casada ()
 Separada ESCOLARIDADE: Analf. () 1º Inc. () 1º Comp. 2º Inc. () 2º Comp. () 3º Inc. () 3º Comp.
 NATURALIDADE: _____ UF: _____ () ZR () ZU
 PROCEDENCIA: _____ UF: _____ () ZR () ZU

ANAMNESE

GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____
 Nascidos vivos _____ >4.000 g _____ < 2.500g _____ DUM: ____/____/_____
 Data de início do prenatal ____/____/____ com _____ sem gestação. Nº de consultas pré-
 natal _____ USG (1ª ou mais precoce): _____ sem em ____/____/____. Nº de USG realizadas _____
 Patologia Obstétrica associada? () sim () não Qual (is)? _____
 Patologia Clínica associada? () sim () não Qual (is)? _____
 Patologia Fetal associada? () sim () não Qual (is)? _____

PATOLOGIA MATERNA DIAGNOSTICADA

() Sífilis () Toxoplasmose () Rubéola () HBV () HCV () CMV () HTLV () Doenças de Chagas () HIV ()
 PKU () *Chlamydia ssp*

IG no diagnóstico da infecção: _____ sem (). Data de coleta do resultado positivo: ____/____/_____
 Intervalo entre o diagnóstico da infecção e consulta no serviço de referência (em dias): _____. Não veio ao
 serviço de referência () Motivo: _____
 Epidemiologia Positiva para Infecção diagnosticada? () sim () não Critérios para sífilis CDC/MS: () 1º () 2º ()
 3º

PARTO E RN

Tipo: () PN () PC () PF. Sexo do RN () M () F. Data do Nascimento ____/____/____ com _____ sem _____ dias.
 APGAR 1º minuto _____ 5º minuto _____
 Nascido: () à termo () pré-termo () pós-termo. Peso _____ g Comprimento _____ cm
 Malformação: () N () S Qual? _____
 Local: Hospital _____ Cidade: Campo Grande MS.

SÍFILIS:

() Diagnóstico Positivo () Diagnóstico Negativo
 Data do Diagnóstico ____/____/____ com _____ semanas
 Tratamento Gestante () N () S Benzetil () 7.200.000 () 4.800.000 () Outra Dose
 () Outro: _____ Dose: _____
 Rastreamento do Parceiro: () N () S
 Tratamento do Parceiro: () N () S Benzetil () 7.200.000 () 4.800.000 () Outra Dose
 () Outro: _____ Dose: _____
 Rastreamento dos Filhos: () N () S
 Tratamento dos Filhos: () N () S Benzetil () 7.200.000 () 4.800.000 () Outra Dose
 () Outro: _____ Dose: _____
 Nº De Filhos Total: _____

Critério CDC/MS: 1º Título de VDRL superior a 1:4 e ausência de tratamento prévio.

2º Título de VDRL inferior ou igual a 1:4 e ausência de tratamento prévio, e que apresente
 qualquer das seguintes condições – ausência de acompanhamento pré-natal, história de promiscuidade sexual,
 consumo de drogas injetáveis, ou que o neonato apresente sinais clínicos ou radiológicos de sífilis congênita.

3º ELISA/FTA-ALS/Recombinante TPHA reagente independente do título do VDRL com
 ou sem tratamento.

APÊNDICE C – ARTIGO ENVIADO AO JORNAL BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.

Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puerperas.

Syphilis and Pregnancy: a comparative study of two periods (2006 and 2011) in a population of puerperal women

Ernesto Antonio Figueiró-Filho¹, Silvia Segóvia Araujo Freire², Bruno Areco de Souza³, Gabriela Sayuri Agüena³, Cristiane Midori Maedo³.

1 – Professor Doutor do Departamento de Gineco-Obstetricia, Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAMED-UFMS)

2 - Pós-graduanda 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.

3 – Alunos de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – FAMED.

Endereço para correspondência:

Ernesto Antonio Figueiró-Filho

E-mail: eafigueiro@uol.com.br

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

Rua Senador Filinto Müller 355 – Cidade Universitária – Vila Ipiranga CEP: 79080-190

Telefone (67) 3345 3045 - Campo Grande (MS), Brasil.

RESUMO:

Introdução: a sífilis é doença de fácil diagnóstico, tratamento e cura. Em 1993 o Ministério da Saúde lançou o Programa para erradicação ou redução na sua incidência sendo fator primordial a assistência pré-natal. **Objetivo:** Comparar dois períodos em população de puérperas para verificação da sífilis congênita (SC) como fator de assistência pré-natal.

Metodologia: Estudo observacional transversal e comparativo dos casos de SC ocorridos em dois períodos distintos com 512 puérperas cada período (2006 e 2011) com total de 1024 puérperas, de quatro maternidades da cidade de Campo Grande-MS. O diagnóstico baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Realizada entrevista ao leito e verificação dos exames realizados 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 à 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 deve existir no momento do preenchimento do cartão da gestante, 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-chaves: sífilis, sífilis congênita, pré-natal, DST.

ABSTRACT:

Introduction: Syphilis is a disease easy to diagnose, treat and cure. In 1993 the Ministry of Health launched the eradication or reduction in its incidence being the primary factor prenatal care. **Objective:** To compare two periods in a population of mothers for verification of congenital syphilis as a factor of prenatal care. **Methodology:** A cross-sectional observational and comparative study of cases of CS occurring in two distinct periods with 512 mothers each period (2006 and 2011) with a total of 1024 mothers of four hospitals in the city of Campo Grande MS. The diagnosis was based on the criteria proposed by the Ministry of Health Conducted an interview with bed and verification of tests performed during the prenatal or the time of hospitalization. **Results:** The prevalence of congenital syphilis in the first period (2006) was 2.3% and the second (2011) 0.58%, we observed a significant association between the two periods and increased frequency of infectious diseases and sexually transmitted 3.5% (2006) to 10.1% (2011), no association was observed between the periods studied and the variables related to maternal-fetal syphilis infection, partner treatment, and treatment of other children. **Conclusion:** there was ignorance about the importance of prevention of syphilis in the care and the care that must exist at the time of completion of the mother's card identifying the significant increase in other infectious diseases during prenatal care in 2011 in for the year 2006. . At no period was the appropriate treatment of patients, partners and tracking of children.

Keywords: syphilis, congenital syphilis, prenatal care, STD.

Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puerperas.

Syphilis and Pregnancy: a comparative study of two periods (2006 and 2011) in a population of puerperal women

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 neonatal¹.

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, onde, 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 apresenta grande representatividade².

Apesar de a sífilis (SF) ser uma doença de etiologia conhecida e poder alcançar 100% de êxito em relação à prevenção, tratamento e cura e estes estarem ao alcance de todos, ainda é possível verificar um recrudescimento desta.

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 controle².

A prevalência da sífilis em parturientes pode ser encontrada em torno de 1,6%, aproximadamente quatro vezes maior 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 a saúde, podendo ocorrer em média quatro mil novos casos a cada ano, com taxa de incidência de 1,6 casos por mil nascidos vivos³.

O 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).

O pré-natal 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 ambos¹.

O elevado índice de gestantes não testadas, interrupções do pré-natal, a não realização de procedimentos de triagem para HIV/sífilis são fatores que se constituem em oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical⁴.

Macedo et al verificaram que falta de ações articuladas envolvendo gestores do sistema de saúde para prevenir a transmissão vertical, ações de aconselhamento, da vigilância epidemiológica, rastreamento do parceiro são fatores que comprometem a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV⁵.

A não realização do pré-natal, a forma inadequada ou incompleta são fatores que podem ocasionar à sífilis congênita. Fazem-se necessários maiores esclarecimentos às gestantes e um maior interesse dos profissionais da saúde⁶.

Ainda que o Ministério da Saúde preconize dois exames para verificar soro positividade para sífilis através do teste VDRL (*venereal diseaseresearch laboratory*), um estudo realizado em 2004 com 2857 gestantes verificou-se que 51% não realizaram nenhum exame para sífilis⁷.

Apesar de a sífilis ser uma DST onde um trabalho de prevenção pode vir a ser um mecanismo eficaz em sua diminuição e/ou erradicação, onde 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.

Objetivou-se com o presente estudo, comparar dois períodos distintos (2006 e 2011), em relação à sífilis como fator de qualidade da assistência pré-natal, caracterizando as populações de puérperas dos anos de 2006 e 2011 quanto aos dados sócio-demográficos. Também se objetivou verificar a frequência de sífilis, outras DST's e infecções pré-natais nas populações avaliadas e verificar as características relacionadas à infecção sifilítica nestas populações.

METODOLOGIA

Estudo observacional, transversal e comparativo dos casos de SC em amostra de 1024 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 considerado compreendeu o intervalo de 1 de fevereiro a 30 de abril de 2006 (Ano de 2006); o segundo período ficou compreendido entre setembro de 2010 a setembro de 2011 (Ano de 2011).

Em ambos os períodos, as puérperas foram submetidas a testes sorológicos não-treponêmicos (*venereal diseaseresearch laboratory – VDRL*) e, nos casos de suspeita de falso positivo (colagenoses, reatividade do VDRL devido ao estado gravídico), a testes treponêmicos (*fluorescent treponemal antibodyabsorption – FTA-Abs*, sífilis ELISA e TPHA). O diagnóstico final baseou-se nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*)^{8,9}.

Segundo estes critérios, consideraram-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 quaisquer das seguintes condições: ausência de acompanhamento pré-natal, histórico de múltiplos parceiros, consumo de drogas injetáveis ou que o neonato apresente sinais clínicos ou radiológicos de sífilis congênita.

Com relação à SC, o CDC a classifica em duas categorias, conforme os achados laboratoriais: o histórico clínico da gestante e a realização do tratamento materno durante o acompanhamento pré-natal. Em casos de suspeita de SF (sífilis), o procedimento é: 1) se confirmada: isolamento do *Treponema pallidum* em secreções, sangue, placenta ou necropsia, por meio de pesquisa em campo escuro, coloração de Giemsa ou técnica de imunofluorescência; 2) se presumível: todo o concepto com peso ao nascer maior ou igual a 500 gramas e/ou mais de 22 semanas de gestação, natimorto ou nativo, independente de

manifestações clínicas ou laboratoriais, cuja mãe teve SF e não foi adequadamente tratada no pré-natal por ausência de triagem para SF durante a gestação, tratamento incompleto com penicilina ou completo há menos de 30 dias do nascimento, tratamento com outras drogas que não a penicilina, companheiro não tratado adequadamente e todo neonato com teste reagínico positivo para SF ou evidência de dois ou mais sinais e sintomas sugestivos de SC, título reator = 4 vezes o título materno no momento do parto e/ou positividade para anticorpos da classe IgM contra o *Treponema pallidum*.

Os dados foram coletados através de questionários aplicados após o parto, com entrevistas diretas com as puérperas e tabulados utilizando os programas Excel e o software estatístico Prism versão 4.01. O estudo 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 1024 puéperas foi de $24,45 \pm 6,2$ anos, sendo que dentre as gestantes infectadas no primeiro período (2006), 8,3% da amostra era de adolescentes, 41,7% encontravam-se na faixa etária de 20-29 anos e 50% na faixa de 30-39 anos. No segundo período (2011), 100% da amostra de gestantes infectadas encontravam-se na faixa de 20-30 anos, conforme dados apresentados na **Tabela1**.

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), e da zona urbana. Em se tratando da etnia no primeiro período (2006) 47,1% (6/239) eram brancas e no segundo período (2011) 75,9% (3/377) consideravam-se pardas. Em relação à escolaridade no primeiro período (2006) 32,4% (6/164) apresentaram nível fundamental incompleto e no segundo período (2011) 27,9% (2/143) o nível médio completo. O estado civil de casadas foi mais prevalente em ambos os períodos, conforme exposto na **Tabela2**.

A prevalência 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 prevalência de SC foi de 1,46% (15/1024). 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 *clamydia ssp*. 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), 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 **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% (3/512) relataram terem o realizado. Em relação ao diagnóstico de sífilis materna no primeiro período (2006) 47% foi realizado após o parto e no segundo período (2011) 13% antes do parto. Em relação ao tratamento no primeiro período (2006) 60% das gestantes não realizaram de forma adequada, no segundo período (2011) 13% o fizeram buscando assim a prevenção da transmissão vertical do *treponema pallidum* (TP).

Em se tratando do tratamento do parceiro no primeiro período (2006), 47% não receberam de forma apropriada e no segundo período (2011) 13%. Quanto ao rastreamento dos filhos nos casos de sífilis no primeiro período (2006) 47% o fizeram e no segundo período (2011) 13% não realizaram. Comparando-se as gestantes infectadas dos anos de 2006 e 2011, não se observou associação significativa entre os períodos estudados e as variáveis relacionadas à infecção sífilítica materno-fetal, tratamento do parceiro, e tratamento dos outros filhos, conforme dados apresentados na **Tabela 5**.

DISCUSSÃO

Comparando os períodos estudados (2006 e 2011) verificou-se maior frequência de sífilis dentre as gestantes infectadas entre as idades de 20-30 anos, assim como observado em outros estudos^{6,10,11}, o que pode ser entendido por ser considerado o período de vida sexual ativa entre as mulheres.

Observando os dois períodos (2006 e 2011) em relação às características demográficas e epidemiológicas, ainda que algumas gestantes infectadas pelo *T. pallidum* no segundo período (2011) haviam completado o ensino médio, observa-se a falta de conhecimento sobre a doença. A falta de informação, o grau de escolaridade dificultam a compreensão diante da particularidade desta infecção^{4,6,7,12}.

Em ambos os períodos (2006 e 2011) a prevalência de SC foi superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo o ideal a erradicação ou ao menos reduzir até um caso por mil nascidos vivos, meta de controle nacional³.

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 de 138/1024. Destaca-se a elevação de casos reagentes para toxoplasmose, o aparecimento de infecções por rubéola e CMV no segundo período (2011). Estas infecções foram identificadas em gestantes sergipanas, em estudo semelhante ao nosso¹³.

Outro dado relevante foi o elevado índice de *chlamydia spp* que permaneceu em ambos os períodos. O combate à infecção por *chlamydia spp* é importante na prevenção de partos pré-termo, amniorrexe prematura e morbidades neonatais associadas à clamídia¹⁴. 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)¹⁴ 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 índice de toxoplasmose, clamídia e sífilis, revelando prevalências superiores aos dados estimados pelo Ministério da Saúde. Tal fato justifica a necessidade dos dados coletados serem sistematizados e analisados para ocorrer à implantação de serviços que sejam realmente eficazes¹⁵.

Nos anos 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 a HIV 71 (0,21)¹⁶. 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, o que se percebe em diferentes estudos é a qualidade do pré-natal, e, ainda que seja desconhecida a sua importância pela gestante, o profissional deve realizá-lo de forma adequada e correta o que por muitas vezes acaba por não ocorrer.^{4,6,7,17}

Ainda que o número de gestantes infectadas no segundo período (2011) seja inferior ao 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 adequado às gestantes como recomenda o Ministério da Saúde^{2,3}.

Outro dado que demonstra a fragilidade do serviço de saúde é o tratamento do parceiro. Em ambos os períodos, não realizaram o tratamento todos os parceiros das gestantes infectadas. Para o Ministério da Saúde o parceiro de gestantes com sífilis ou DST não viral deve ser chamado para realização do tratamento e ainda que este não compareça devem ser “objetos” 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 tratamento².

Considerado 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 sífilis⁶. Mesmo assim, não são realizados de maneira correta, como se observa nos dois períodos que em nenhum destes alcançaram 100% o tratamento. Como a maioria das crianças se apresentam assintomáticas ao nascimento a aplicação dos testes sorológicos deve ser realizada atenciosamente, devendo estes ser submetidos à comparação dos títulos da sorologia não-treponêmica na criança com a da mãe. Outro ponto importante que deve ser observado caso o recém-nascido seja não reagente, mas com suspeita epidemiológica deve se repetir os testes sorológicos após o terceiro mês pela possibilidade de ocorrer à positivação tardia^{18, 19, 20,21}. 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 óbitos por 100 mil em menores de 1 ano, o que demonstra um insuficiente controle sobre este agravo³.

Um levantamento do ano de 1999 a 2002 de 7.309 óbitos fetais de mães residentes no Município do Rio de Janeiro destes 292 (4,0%) tiveram como causa básica a SC destes 222 (5,3%) fetais e 70 (2,3%) neonatais precoces¹⁸, 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 al²² propõe após terem avaliado as campanhas de eliminação da sífilis no Rio de Janeiro do ano de 1999 e 2000 um local para atender de forma adequada as crianças soropositivas para sífilis uma vez que não se tem 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 limitar somente aos locais de atendimento as gestantes. Quando realizadas capacitações ou qualificações dos profissionais de saúde deve-se considerar que as propostas existentes ainda não têm alcançado os objetivos propostos^{16,18,22}, uma vez compartilhada informações em relação à prevenção maior a 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^{23,24}.

Percebe-se que apesar do SUS oferecer os testes para o diagnóstico, os medicamentos e o auxílio para campanhas de prevenção, não há o comprometimento para implantações de projetos que favoreçam a melhora do serviço, o interesse de profissionais mesmo em 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^{5,22,25}.

Essa lacuna existente tem como consequência dificuldades no acolhimento às necessidades particulares da mulher no momento do pré-natal, parto e puerpério, e de acesso à saúde integral. Para isto é importante uma escuta aperfeiçoada, uma abordagem adequada respeitando suas especificidades biológicas, psicossociais culturais e ainda o seu modo de ser no geral, sendo esta atividade de responsabilidades da equipe de saúde e conforme suas possibilidades³.

CONCLUSÃO

Os dados encontrados no presente estudo reafirmam o quanto as taxas de sífilis congênita devem ser utilizadas como referência de qualidade da assistência perinatal uma vez que se trata de uma doença completamente evitável por meio de uma assistência adequada.

Em ambos os períodos os dados sócio-demográficos 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, informações essas que podem ajudar a melhorar a atenção pré-natal, dados estes que não se limitam a esta estudo.

Verificou-se elevação significativa da identificação de outras doenças infecciosas durante o pré-natal no ano de 2011 em relação ao ano de 2006, principalmente de toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus. A infecção por clamídia continuou elevada no dois períodos avaliados.

Ainda que o índice de infecção da sífilis tenha sido menor no segundo período (2011), não justifica uma melhora significativa na assistência pré-natal considerando que o índice preconizado pelo Ministério da Saúde não foi alcançado. Em nenhum período ocorreu o tratamento adequado das pacientes, dos parceiros e o rastreamento dos filhos, embora a doença tenha sido identificada antes do parto no primeiro período em 33% (2006) e em 13% no segundo período (2011).

REFERENCIAS 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. 4. 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 C.S, Guimarães MDC, Cesar C.C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, Rev Saúde Pública 2008; 42 (5): 851-8.
5. Macedo V.C, Bezerra A.F.B, Frias P.G, Andrade CLT. Avaliações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro, Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro ago, 2009, 25(8):1679-1692.
6. Araujo E.C, Costa KSG, Silva R.S, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. Revista Paraense de Medicina janeiro-março 2006; v 20 (1) 47-51.
7. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: 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 Rep: 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*, Brasília abr-jun 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 Inect*, october 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* set-out, 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* out.-dez. 2008; Vol. 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* mar-abr, 2007;40 (2): 181-187.

17. E Tridapalli, MG Capretti, V Sambri, A Marangoni, A Moroni, A D Antuono, et al. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe. *Sex. Transm. Infect.* April, 2007; 83 (2): 102-105.
18. Saraceni V, Guimarães MHFS, Filha M.M T, Leal M. C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro jul-ago 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. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
20. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz E.M.A, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* nov-dez 1999; 32:605-611.
21. Szwarcwald C.L, Junior A.B, Miranda A.E, 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 M.C, Hartz ZMA. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro a partir de um modelo teórico lógico. *Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife 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* jan./mar. 2008; v. 11, n. 1; p. 4-9.
24. Campos ALA, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro set 2010; 26(9): 1747-1755.

25. Leitão E.J, L, Canedo MCM, Furiatti M.F, Oliveira L R S 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.

Tabela 1. Distribuição percentual da população analisada quanto à faixa etária.

Faixa Etária	População Geral Analisada		Infectada por <i>Treponema Pallidum</i>	
	(%)		(%)	
	2006	2011	2006	2011
10+-20	22,3	24,72	8,3	0
20+-30	56,4	53,30	41,7	100
30+-40	20,1	20,62	50,0	0
40+-45	1,2	1,36	0	0

Tabela 2 - Características demográficas e epidemiológicas relacionadas à Sífilis materna em relação ao período estudado, em Campo Grande - MS (n=1024).

	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	%
Naturalidade								
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
Total	12	100	506	100	3	100	512	100
Zona								
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
Total	12	100	507	100	3	100	508	100
Etnia								
Amarelo	0	1,9	9	1,8	0	1,2	6	1,2
Branca	6	47,1	239	47,2	0	19,5	96	19,4
Negro	2	11,8	60	11,8	0	3,4	16	3,2
Parda	4	39,2	199	39,2	3	75,9	377	76,2
Total	12	100	508	100	Total	100	495	100
Escolaridade								
Analfabeta	0	0,4	2	0,4	0	0,58	3	0,7
Ens. Fund. Inc.	6	32,4	164	32,4	0	20,9	107	23,1
Ens. Fund. Comp.	1	19	96	19	1	17,2	87	18,7
Ensino médio inc.	0	18,6	94	18,6	0	15,8	80	17,2
Ens. Médio completo	5	22,3	113	22,3	2	27,9	143	30,8
Ens. Sup. Inc	0	5,5	28	5,5	0	5,07	26	5,6
Ens. Sup. Comp	0	1,8	9	1,8	0	3,55	18	3,9
Em branco	-	-	-	-	0	9	-	-
Total	12	100	506	100	3	100	464	100
Estado civil								

Solteira	5	30,33	152	30,2	1	55,4	283	55,3
Amasiada	5	28,23	142	28,2	2	8,4	42	8,2
Casada	2	39,76	200	39,8	3	32,4	166	32,4
Separada	0	1,79	9	1,8	0	3,8	0	4,1
Total	12	100	503	100	Total	100	512	100

Tabela 3. Distribuição da população estudada quanto a DST e doenças infecciosas nos anos de 2006 e 2011.

Doenças Infecciosas e Sexualmente Transmissíveis – Sorologias reagentes	Ano de 2006		Ano de 2011	
	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
HVC	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. (IgA)</i>	13	2,54	11	2,15
Total	35/512	6,83	103/512	20,11

Tabela 4 – Associação de doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis de acordo com o período estudado, em Campo Grande - MS (n=1024).

	Período Estudado		Valor de p	OR (IC 95%)
	2006	2011		
Doenças Infecciosas e Sexualmente Transmissíveis				
Presentes	35 (3,5%)	103 (10,1%)	138 (13,6%)	
Ausentes	477 (46,5%)	409 (39,9%)	886 (86,4%)	0,0001 0,29 (0,19-0,43)
TOTAL	512 (50%)	512 (50%)	1024 (100%)	

Tabela 5 – Variáveis relacionadas à Sífilis materna e associação com o período estudado, em Campo Grande - MS (n=15/1024).

Variáveis relacionadas a Sífilis em gestantes	Período Estudado		Valor de p	OR (IC 95%)
	2006	2011		
Diagnóstico de Sífilis Materna				
Antes do Parto	5 (33%)	2 (13%)	0,56	0,35 (0,02-5,11)
Após o Parto	7 (47%)	1 (7%)		
	12 (80%)	3 (20%)		
Tratamento de Sífilis Materna				
Adequado	3 (20%)	2 (13%)	0,24	0,16 (0,01-2,56)
Não Adequado	9 (60%)	1 (7%)		
	12 (80%)	3 (20%)		
Tratamento do Parceiro				
Sim	5 (33%)	1 (7%)	1,00	1,42 (0,09-20,45)
Não	7 (47%)	2 (13%)		
	12 (80%)	3 (20%)		
Rastreamento de Sífilis nos outros filhos				
Sim	5 (33%)	2 (13%)	0,56	0,35 (0,02-5,11)
Não	7 (47%)	1 (7%)		
	12 (80%)	3 (20%)		

Comparações utilizando Teste Exato de Fisher.

ANEXO A

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 858 do Pesquisador Ernesto Antônio Figueiró Filho intitulado "Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal em Maternidade de Hospital Escola da cidade de Campo Grande", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião Extraordinária no dia 08 de março de 2007, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pimentel Martins
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 12 de março de 2007.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

ANEXO B – E-mail confirmando a aprovação do artigo para publicação

De: Jornal Brasileiro de DST <jbrasdst@gmail.com>

Data: 22 de maio de 2012 22:58:35 AMT

Para: ernesto <eafigueiro@uol.com.br>

Cc: Felipe Passos <felipedinau@gmail.com>, priscila vieiracardoso <prisscardoso@yahoo.com.br>

Assunto: Re: Artigo submetido JBDST Sífilis e Gestação Ernesto

Caro Professor Ernesto Antonio,

Referente artigo: **Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas**

Cabe informar que o artigo acima citado foi APROVADO pra publicação em Jornal Brasileiro de DST.

Em tempo oportuno passaremos para os autores a versão final de publicação para a última revisão.

Atenciosamente,

Mauro Romero Leal Passos

Editor-chefe DST