

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA- EMESCAM

CLARISSA CERESINO LEITÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM
HOSPITAL FILANTRÓPICO EM VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL**

VITÓRIA
2010

CLARISSA CERESINO LEITÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM
HOSPITAL FILANTRÓPICO EM VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado à Escola
Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória
– EMESCAM, como requisito
parcial para obtenção do grau
de médico.
Orientador: Profº Márcio de
Oliveira Almeida

VITÓRIA
2010

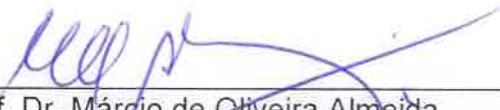
CLARISSA CERESINO LEITÃO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO EM VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL

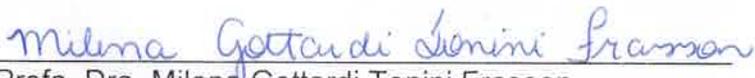
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em 1º de dezembro de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA



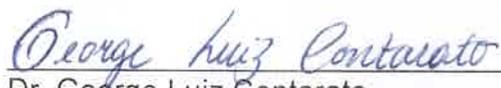
Prof. Dr. Márcio de Oliveira Almeida
Professor do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Profa. Dra. Milena Gottardi Tonini Frasson
Professora do Serviço de Neonatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. Albemar Roberts Harrigan
Professor do Setor de Saúde Coletiva da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM



Dr. George Luiz Contarato
Médico Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da existência e por ter me abençoado em todos os dias da minha vida.

Aos meus pais, que me ensinaram a viver com dignidade e que sempre estiveram presentes na minha formação acadêmica, incentivando-me em todos os momentos.

Ao meu orientador, Professor Márcio de Oliveira, pela disponibilidade, objetividade e atenção durante toda a realização deste trabalho.

Ao meu namorado Gustavo, que me deu apoio e tranquilidade durante toda a realização do trabalho.

Ao Senhor Roberto, Rose e Gislaire- funcionárias da neonatologia do HSCMV, Maria do Carmo- funcionária do laboratório do HSCMV, pela prestatividade na ajuda da coleta dos dados.

Às todas as minhas colegas da graduação que de forma direta ou indireta me ajudaram na confecção do trabalho, em especial Beatriz, Bianca, Lorena e Tassianne.

Às professoras de Neonatologia, Milena e Andréia, que sempre estiveram dispostas a responder perguntas acerca dos recém-nascidos.

À Equipe de Vigilância Epidemiológica do HSCMV pela disponibilidade ao acesso às notificações de sífilis congênita da maternidade.

Às pacientes que participaram deste trabalho, indispensáveis para sua realização.

RESUMO

Objetivo: Verificar a ocorrência de casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional longitudinal no período de fevereiro a setembro de 2010 com parturientes que apresentavam teste não-treponêmico (VDRL) reagente na gestação e/ou no momento do parto. Foram incluídas na pesquisa apenas puérperas, sendo excluídas pacientes submetidas à curetagem pós-aborto, pois haviam poucos dados disponíveis. Foram considerados casos de sífilis congênita os recém-nascidos vivos e natimortos que atenderam à definição de caso do Ministério da Saúde. Realizou-se uma análise epidemiológica do binômio mãe-neonato.

Resultados: No período foram estudadas 9 pacientes que apresentavam resultado de VDRL reator na gestação e/ou no momento do parto, com uma incidência de 1,0%. A maioria das mães em estudo encontrava-se na faixa entre 21-30 anos (77,9%), 88,9% eram solteiras e 88,9% haviam realizado pré-natal. Houve um natimorto por sífilis congênita. Os principais fatores de risco identificados foram promiscuidade (11,1%), DST prévia (11,1%) e uso de drogas ilícitas (11,1%). A incidência de casos falso-positivos confirmados foi de 0,7% e a incidência real de sífilis congênita de 0,3%.

Conclusão: A sífilis é uma doença com sérias consequências na saúde pública. Apesar da evidente gravidade, trata-se de uma doença de fácil triagem epidemiológica e de tratamento simples e de baixo custo. A adequada abordagem das gestantes durante o pré-natal é fundamental para a geração de neonatos sadios destas gestações. Há a necessidade das autoridades públicas, das escolas de medicina e da própria sociedade se preocuparem em divulgar a importância do diagnóstico e tratamento adequados.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Sífilis na Gestação

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DST	Doença(s) Sexualmente Transmissível(is)
DUM	Dia da Última Menstruação
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-Nascido(s)
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
RX	Radiografia (Raios- X)
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TPHA	<i>Treponema Pallidum Hemagglutination Test</i>
UI	Unidade(s)
USG	Ultrassonografia
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- FIGURA 1** - Distribuição do número total de nascidos vivos e natimortos ocorridos na maternidade do HSCMV no período do estudo..... 19
- FIGURA 2** - Distribuição do número total de 10 recém-nascidos estudados segundo sexo, cujas mães tinham VDRL reator na gestação e/ou no momento do parto..... 24
- TABELA 1** - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis sócio-demográficas..... 20
- TABELA 2** - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis obstétricas..... 21
- TABELA 3** - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis relacionadas à sífilis..... 22
- TABELA 4** - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com a adequação do tratamento recebido..... 23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 OBJETIVOS	10
2 SÍFILIS CONGÊNITA.....	11
3 METODOLOGIA.....	16
4 RESULTADOS.....	19
5 DISCUSSÃO.....	26
6 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante a gravidez, a sífilis é a que possui as maiores taxas de transmissão (BRASIL, 2005). Há mais recém-nascidos (RN) afetados por sífilis congênita do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e tétano, que atualmente recebem atenção mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica e causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual e vertical, podendo produzir as formas adquirida e congênita, respectivamente, sendo o homem o seu reservatório natural (ALVES FILHO et al., 2006; BRASIL, 2007).

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito por via transplacentária ou, eventualmente, por contato direto durante o parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento materno ocorrerá contágio apenas se houver lesão mamária por sífilis (BRASIL, 2006).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna, sendo os principais fatores de risco o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero (BRASIL, 2007).

A taxa de infecção de transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna. Ocorre aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em aproximadamente 40 % das crianças infectadas a partir de mães não-tratadas (BRASIL, 2006; KOMKA; LAGO, 2007).

Acredita-se que ocorram anualmente 12 milhões de casos novos de sífilis na população adulta em todo o mundo, 90% deles nos países em desenvolvimento (CAMPOS et al., 2010). Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em

parturientes varie entre 1,4% e 2,8%, com uma média de 1,6%, entretanto apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados (BRASIL, 2005; CAMPOS et al., 2010). Desde 1986, a sífilis congênita é declarada doença de notificação compulsória, tendo sido incluída no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (BRASIL, 2005; SARACENI et al., 2005).

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN 2009) foram notificados 5.340 casos de sífilis congênita no Brasil, um aumento de 3,68% em relação ao ano anterior, 2008, 5144 casos notificados. Desse valor total de 5.340, o Espírito Santo teve 104 casos confirmados, que corresponde a 1,94% e ocupava o 17º lugar. Os primeiros colocados em prevalência da doença foram São Paulo (15,41%), Ceará (12,22%) e Rio de Janeiro (10,73%). Já os com menores índices foram Rondônia (0,09%), Piauí (0,28%) e Roraima (0,48%). Dentre os casos confirmados no Espírito Santo, os locais onde ocorreram maiores casos de notificação foram Vila Velha, Vitória e Linhares, respectivamente, totalizando 72 casos.

É importante frisar que para eliminar a transmissão vertical da sífilis, talvez uma das intervenções mais difíceis de se realizar, seria a intervenção da população, já que se trata de uma doença que está diretamente relacionada aos métodos comportamentais

A transmissão vertical da sífilis continua um desafio na saúde pública, apesar de se tratar de uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) com testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. O controle com sucesso dessa doença requer ações e medidas de programas de saúde pública (BRASIL, 2007).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Verificar a ocorrência de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital escola Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no estado do Espírito Santo - Brasil.

1.1.2 Específicos

Conhecer o perfil sócio-demográfico e obstétrico das pacientes que tenham VDRL reator na gestação e/ou na admissão para o parto, identificando possíveis fatores de risco para sífilis;

Verificar o percentual de gestantes com VDRL reagente em qualquer período gestacional ou na ocasião do parto que não foram adequadamente tratadas e o motivo da não adequação do tratamento, assim como verificar a qualidade da assistência pré-natal oferecida a essas gestantes;

Identificar a quantidade de pacientes que tenham resultados de VDRL falso-positivos;

Verificar a taxa de notificação dos casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória;

Avaliar as possíveis alterações e tratamento realizado nos recém-nascidos acometidos;

Comparar os dados obtidos com as prevalências de sífilis congênita no município de Vitória, no Estado do Espírito Santo e no Brasil.

2 SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis é uma doença infecciosa produzida por uma bactéria, o *Treponema pallidum*, de transmissão predominantemente sexual. A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária (SÃO PAULO, 2008).

Mais de 50% dos recém-nascidos filhos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada não apresentam sintomatologia da doença, podendo assim não ser diagnosticados ao nascimento (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

Quando sintomáticos, esses podem ser classificados em portadores de sífilis congênita recente e tardia. Na primeira os sinais e sintomas surgem nos primeiros dois anos de vida, mas geralmente tornam-se evidentes entre o nascimento e o terceiro mês de vida. Os principais sinais são baixo peso, rinite com coriza serossanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio, hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias ou pneumonia, hidropsia, pseudoparalisia dos membros, fissura orificial, condiloma plano, pênfigo palmoplantar e outras lesões cutâneas, icterícia e anemia. (BRASIL, 2007).

Já na segunda, os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida, geralmente devido à treponemas pouco virulentos ou infecção de longa evolução materna e tem como características a tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado, hidrocefalia e retardo mental (BRASIL, 2007).

Alguns fatores de risco estão associados a sífilis congênita como o baixo nível socioeconômico, a ausência de acompanhamento pré-natal adequado, ser portadora do vírus HIV, ser usuária de drogas ilícitas, ter história prévia de natimorto, a

presença de múltiplos parceiros sexuais e a não abordagem do parceiro das mulheres com sorologia positiva para sífilis, com diagnóstico e tratamento desse, quando necessário (RODRIGUES, 2005).

Atualmente existem diferentes técnicas para o diagnóstico da sífilis (QUATTORDIO; MILANI, H.; MILANI, P., 2004). Os exames incluem a pesquisa direta em campo escuro do *Treponema pallidum*, melhor indicada na fase primária da doença, os testes sorológicos não específicos, antilipídicos ou reagínicos, e os específicos ou antitreponêmicos (NADAL; FRAMIL, 2007).

Dentre os testes não específicos há o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) que são utilizados para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e da sífilis adquirida, tendo em vista a sua elevada sensibilidade e a possibilidade de titulação, ideal para o acompanhamento sistemático do tratamento. Tornam-se positivos entre as segunda e quarta semanas após aparecimento do cancro de inoculação e apresentam títulos mais elevados nas formas secundárias, recente latente e tardia. São de fácil realização, rápida e de baixo custo, sendo utilizados rotineiramente na maioria dos laboratórios de unidades de atenção primária de saúde, especialmente o VDRL (BRASIL, 2005; NADAL; FRAMIL, 2007). Sua principal desvantagem vem do fato destes testes utilizarem antígenos compostos de soluções alcoólicas com determinadas quantidades de cardiolipina, colesterol e lecitina, na qual detectam-se anticorpos denominados reaginas. O treponema possui uma fração lipídica, comparável a cardiolipina em sua constituição antigênica. Porém em certos processos patológicos como doenças auto-imunes, determinadas infecções bacterianas e virais ou protozoonoses ou até mesmo fisiológicos como a própria gravidez e idade avançada podem liberar antígenos lipídicos que levam à produção de reaginas podendo gerar resultados falso-positivos (QUATTORDIO; MILANI, H.; MILANI, P., 2004; SANTANA et al., 2006).

Já entre os testes treponêmicos pode-se citar o FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*), o TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination Test*) e o teste imunoenzimático (ELISA), que são específicos por utilizarem antígenos de *Treponema pallidum* através de reações imunológicas de elevada sensibilidade e

especificidade. Tornam-se positivas a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro sífilítico, mantendo-se assim em todas as fases evolutivas da sífilis, daí a contra-indicação para o acompanhamento pós-tratamento da doença. São considerados testes confirmatórios e importantes para a exclusão de casos falso-positivos, porém de alto custo, não disponíveis como exames de rotina e inadequados para avaliação da resposta terapêutica (SANTANA et al., 2006; NADAL; FRAMIL, 2007).

Em conformidade com a Resolução SS nº 41 de 24/03/2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, preferencialmente no primeiro e no início do terceiro trimestre de gestação. Na maternidade deve-se realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem pós-aborto (SÃO PAULO, 2008; MILANEZ; AMARAL, 2008).

Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou no parto, deve-se realizar um teste não treponêmico colhido do sangue periférico do recém-nascido e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames de líquido, radiografia de ossos longos e hemograma (SÃO PAULO, 2008). O estudo do líquido cefaloraquidiano (líquor) consiste na avaliação da celularidade, o perfil protéico e o VDRL, sendo importante para excluir o diagnóstico de neurosífilis, já que as alterações neurológicas correspondem a 15% dos casos de sífilis congênita (BRASIL, 2005). Já os exames de imagem, em especial, a radiografia de ossos longos, é necessário para avaliar o envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), frequentemente acometidos, em torno de 75 a 100% das crianças sintomáticas e de 4 a 20% dos recém-nascidos assintomáticos. As alterações ósseas são as que surgem mais precocemente (BRASIL, 2005). O hemograma geralmente revela anemia e plaquetopenia (AVELINO; PIMENTEL; GUSMÃO, 2007).

A sífilis congênita é um dos mais graves desfechos adversos preveníveis da gestação (KOMKA; LAGO, 2007). Com a descoberta da penicilina em 1940, tem-se observado tendência mundial à diminuição de casos de sífilis e conseqüentemente de sífilis congênita (FIGUEIRÓ FILHO et al., 2007). Por sua capacidade de

penetração no sistema nervoso central, a penicilina é bastante eficaz no tratamento da sífilis. Outras drogas que são eficazes para tratar a sífilis adquirida, como a eritromicina, não conseguem atravessar a barreira hematoencefálica e, assim, não são eficazes no caso de transmissão transplacentária, pois não penetram no sistema nervoso central dos fetos (SARACENI, 2005).

Assim, o tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para a sífilis adquirida e é realizada de acordo com a fase da doença: sífilis primária (cancro duro): Penicilina Benzatina 2.400.000 Unidades (UI) via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação); sífilis secundária (lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução): Penicilina Benzatina 4.800.000 UI via intramuscular dose total, aplicar duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por dose: 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação); sífilis terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada): Penicilina Benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose - 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação) (BRASIL, 2007; SÃO PAULO, 2008).

São consideradas adequadamente tratadas as gestantes que realizaram o tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, com o tratamento concomitante do parceiro (BRASIL, 2005). Em contrapartida são consideradas inadequadamente tratadas todas as gestantes que realizaram o tratamento com outro medicamento sem ser a penicilina, tratamento incompleto mesmo tendo sido feito por penicilina, tratamento inadequado para a fase clínica da doença, tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto, ausência de documentação de tratamento, ausência de queda dos títulos de VDRL após tratamento adequado ou parceiro não tratado, tratado inadequadamente ou quando não se tem informações sobre o seu tratamento (BRASIL, 2005).

Em 1993, o Ministério da Saúde propôs um programa nacional para erradicação da sífilis congênita conforme proposto pelas Organizações Mundial e Pan- Americana de Saúde, para o controle desse agravo nas Américas. Foi estabelecido como meta uma incidência menor ou igual a um caso por mil nascidos vivos, meta essa que não

foi atingida (MILANEZ; AMARAL, 2008; VIEIRA, 2005). Com o objetivo de reforçar o combate e a erradicação da sífilis congênita durante a gestação, essa morbidade passou a ser um indicador de Avaliação da Atenção Básica à Saúde dos municípios participantes do Sistema Único de Saúde (VIEIRA, 2005).

Para fins de vigilância epidemiológica, é considerado caso de sífilis congênita e assim deve ser notificado:

- Toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis;
- Toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem que não tenha sido tratada ou recebido tratamento inadequado;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos), testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico), testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores que os da mãe;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita;
- Toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou autópsia de criança, aborto ou natimorto.

Em caso de apenas evidência sorológica, deve-se afastar a possibilidades de sífilis adquirida (BRASIL, 2005).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo individuado observacional longitudinal, realizado na maternidade do Hospital escola Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Foram convidadas a participar desta pesquisa todas as parturientes que deram à luz nascidos vivos ou natimortos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período compreendido entre o dia 01 de fevereiro e 30 de setembro de 2010 que tiveram resultado de VDRL reator no momento da internação e/ou durante o pré-natal. Foram incluídas na pesquisa apenas puérperas, sendo excluídas pacientes submetidas à curetagem pós-aborto. Foram avaliadas 899 parturientes.

Na internação foram realizados testes de VDRL no laboratório do próprio hospital, como rotina da instituição. Quando os resultados eram positivos, a realização de novo teste de VDRL para confirmação era feito, geralmente solicitado pela equipe de Obstetrícia, a fim de descartar erro laboratorial.

Inicialmente as pacientes que possuíam um VDRL reator na gestação e/ou parto eram informadas sobre a pesquisa e se concordassem assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitindo a utilização dos dados colhidos para uso científico (ANEXO 1).

Em seguida era realizada uma entrevista aberta com as parturientes com perguntas referentes às condições sociais, obstétricas e relacionadas à infecção pelo *Treponema pallidum* e o tratamento recebido durante a gestação. Esses dados eram somados às informações disponíveis no prontuário dessas pacientes.

Ainda durante a internação era realizada uma análise dos prontuários dos recém-nascidos das mães estudadas, complementada com informações passadas pela equipe de Neonatologia.

Foi considerado caso de sífilis congênita toda criança ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (BRASIL, 2005).

Foi considerado natimorto todo feto morto, com mais de 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas (BRASIL, 2005).

Foi considerado tratamento materno inadequado todo aquele cuja gestante realizou o tratamento com outro medicamento sem ser a penicilina, que realizou o tratamento com penicilina mas de forma incompleta, ou antes de 30 dias do parto ou inadequado para a fase clínica da doença, que não possui uma documentação de tratamento, que não teve queda dos títulos de VDRL após tratamento adequado ou que não teve seu(s) parceiro(s) tratado(s), tratado inadequadamente ou não se tem informações sobre o seu tratamento (BRASIL, 2005).

As variáveis avaliadas nas mulheres admitidas para parto, cujos recém-nascidos se enquadravam na definição de sífilis congênita, foram:

- Faixa etária;
- Escolaridade;
- Estado civil;
- Local de residência;
- Ocupação;
- Número de consultas de pré-natal;
- Idade gestacional no parto, avaliada pelo dia da última menstruação(DUM) ou USG (Ultrassonografia), de preferência o realizado no primeiro trimestre;
- Número de gestações anteriores;
- Sorologia para sífilis na gestação e na admissão para parto;
- Realização de tratamento durante a gestação e classificação do mesmo como adequado ou inadequado com o motivo da inadequação quando presente;
- Presença concomitante de teste rápido positivo para o HIV e
- Realização de testes confirmatórios para sífilis (FTA-Abs) com seus respectivos resultados.

Em relação aos recém-nascidos, foram avaliados:

- Sintomatologia para sífilis congênita;
- Realização de triagem para sífilis congênita e as alterações encontradas;
- Tratamento realizado;
- Adequação do crescimento intra-uterino utilizando a curva de Lubchenco (LUBCHENCO et al., 1963);
- Sexo e
- Realização de notificação compulsória para sífilis congênita.

Os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora principal Clarissa Ceresino Leitão, sendo digitados em computador de uso pessoal e analisados através da estatística descritiva simples. Os gráficos foram elaborados com o software Microsoft Excel Starter 2010 e o texto foi redigido no software Microsoft Word Starter 2010.

Este estudo só foi iniciado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM (CEP- EMESCAM) ocorrido em dezembro de 2009 sob protocolo número 132/2009.

4 RESULTADOS

No período de 8 meses de estudo, compreendido entre o dia 1 de fevereiro de 2010 ao dia 30 de setembro de 2010, foram realizados na maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória 899 partos custeados pelo SUS. Desses, 891 (99,1%) eram nascidos vivos e 8 (0,9%) eram natimortos. A distribuição das ocorrências supracitadas encontra-se ilustrada na Figura 1.

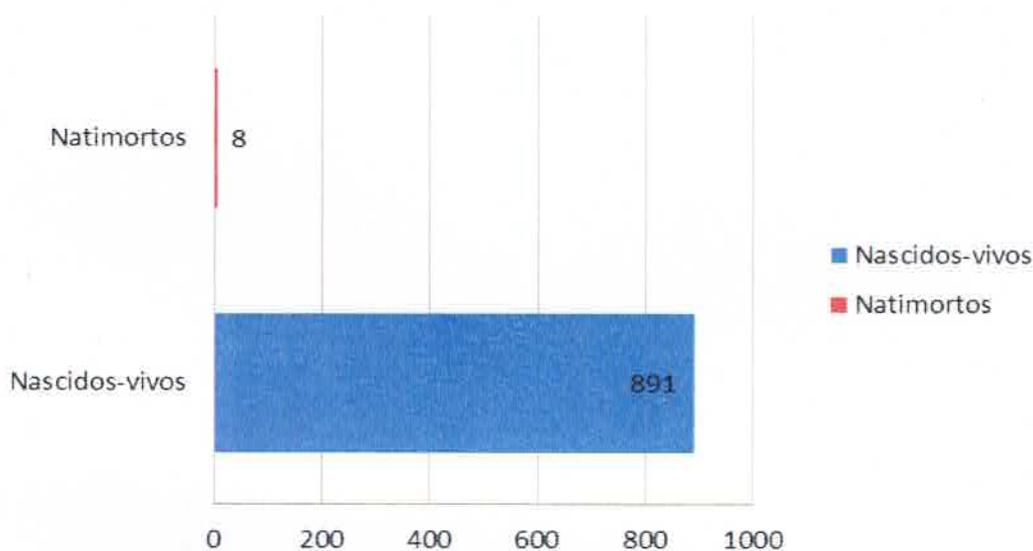


Figura 1 – Distribuição do número total de nascidos vivos e natimortos ocorridos na maternidade do HSCMV no período do estudo

Fonte: Elaboração própria

Nesse mesmo período foram realizadas 90 curetagens por abortamento, entretanto apenas 49 pacientes tinham resultado documentado de VDRL. Devido ao número reduzido de dados disponíveis e que prejudicariam a análise epidemiológica, as pacientes que sofreram abortamento com posterior curetagem não entraram para o estudo.

Das 899 pacientes avaliadas, 888 (98,8%) apresentaram resultado de VDRL negativo, enquanto 11 (1,2%) tiveram resultado positivo na gestação e/ou na admissão para o parto. Uma apresentou resultado positivo na internação, mas que

ao ser repetido mostrou resultado negativo, sendo considerado falso-positivo, não necessitando, portanto, de investigação nem tratamento do neonato. Uma das pacientes que apresentou VDRL reator no momento da internação evadiu sem triagem nem tratamento do RN, sendo este caso considerado perda de estudo já que não foi possível obter dados dessa parturiente. Portanto excluindo as duas pacientes citadas acima, a amostra do trabalho foi de 9 parturientes (1,0%).

Houve uma parturiente com VDRL reator cujo produto da concepção era natimorto, correspondendo a 12,5% do total de 8 natimortos e a 11,1% do total de 9 pacientes estudadas.

A Tabela 1 mostra a distribuição das gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis sócio-demográficas

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
< 16 anos	-	-
16- 20 anos	-	-
21 - 30 anos	7	77,8%
> 30 anos	2	22,2%
Escolaridade		
Nenhuma	-	-
1 a 3 anos	5	55,6%
4 a 7 anos	1	11,1%
8 a 11 anos	2	22,2%
Ignorada	1	11,1%
Estado civil		
Solteira	8	88,9%
Casada	1	11,1%
Local de residência		
Vitória	1	11,1%
Vila Velha	5	55,6%
Cariacica	3	33,3%
Ocupação		
Do lar	6	66,7%
Profissional do sexo	1	11,1%
Outras	2	22,2%

Fonte : Elaboração própria

Foi possível observar de acordo com a Tabela 1 que a maior parte das nossas pacientes eram jovens na faixa dos 21 a 30 anos, com baixa escolaridade, variando entre 01 a 03 anos de estudos, solteiras, oriundas da Grande Vitória, principalmente de Vila Velha e trabalhadoras do lar.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das gestantes de acordo com as variáveis obstétricas avaliadas.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis obstétricas

Variáveis	n	%
Produto da concepção		
Aborto	-	-
Nascido-vivo	8	88,9%
Natimorto	1	11,1%
Número de consultas de pré-natal		
Nenhuma	1	11,1%
1 a 3	3	33,3%
4 a 6	2	22,2%
7 e mais	3	33,3%
Idade Gestacional no parto		
< 37 semanas	2	22,2%
37 – 42 semanas	7	77,8%
> 42 semanas	-	-
Número de gestações anteriores		
Nenhuma	2	22,2%
1- 2	1	11,1%
3-4	4	44,5%
>4	2	22,2%

Fonte: Elaboração própria

Fazendo uma análise das variáveis obstétricas citadas na Tabela 2, é perceptível que a maior parte deu à luz nascido vivo, com idade gestacional entre 37 a 42 semanas (à termo), realizou ao menos 1 consulta de pré-natal e tinha 3 a 4 gestações prévias à atual.

Nenhuma paciente tinha história prévia de aborto e apenas 1 (11,1%) paciente tinha história prévia de natimorto por sífilis.

Alguns fatores de risco foram identificados nessas 9 gestantes estudadas como: 1 (11,1%) era usuária de drogas ilícitas, 1 (11,1%) era promíscua e 1 (11,1%) apresentava uma DST diagnosticada na internação.

Nenhuma das pacientes estudadas apresentou teste rápido para HIV positivo no momento da internação.

Na Tabela 3 mostramos a distribuição das gestantes de acordo com as variáveis relacionadas à sífilis.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis relacionadas à sífilis

Variáveis	n	%
VDRL na gestação		
Reagente	6	66,7%
Não Reagente	2	22,2%
Não realizado	1	11,1%
VDRL no parto		
Reagente	4	44,5%
Não Reagente	5	55,5%

Fonte: Elaboração própria

Considerando as variáveis relacionadas à sífilis dispostas na Tabela 3, observamos que a maioria das pacientes (66,7%) estudadas apresentava resultado de VDRL reator na gestação, descoberto durante a realização do pré-natal. Já durante a internação hospitalar 55,5% dessas apresentaram resultado não reator. Apenas 1 (11,1%) paciente apresentou resultado de VDRL reator na gestação e na internação e 1 (11,1%) não realizou o exame de VDRL na gestação pois não realizou nenhuma consulta de pré-natal. Todas as gestantes (100%) que deram à luz no HSCMV realizaram o exame de VDRL durante a internação.

A Tabela 4 relaciona o percentual de adequação do tratamento das gestantes e os motivos de inadequação do tratamento recebido pela gestante

Tabela 4 - Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com a adequação do tratamento recebido

Variáveis	n	%
Tratamento da gestante		
Adequado	-	-
Não Adequado	5	55,5%
Não Realizado	4	44,5%
Motivos da inadequação do tratamento		
Gestante Não Tratada	4	44,5%
Parceiro Não Tratado	2	22,2 %
Ausência de controle de cura	3	33,3%

Fonte: Elaboração própria

Nenhuma das pacientes avaliadas apresentou tratamento adequado, a maioria por não ter recebido nenhum tratamento durante a gestação (44,5%) seguido pela ausência de controle de cura dessas pacientes (33,3%). O não tratamento do parceiro correspondeu a 22,2% dos casos.

Em relação aos produtos de concepção das 9 parturientes estudadas, teve-se 1 natimorto e 10 recém-nascidos, visto que uma gestante deu à luz trigêmeos. Portanto a amostra de RN estudados foi de 10. Nenhum apresentava sintomatologia para sífilis congênita. Foram 5 (50%) os RN triados para sífilis congênita com RX de ossos longos, VDRL do sangue periférico, hemograma completo e análise do líquido. Desse total apenas 1 (10%) apresentou como alteração um VDRL de sangue periférico reator de $\frac{1}{4}$. Os outros 5 RN não foram triados pois em 2 (40%) casos as mães tinham resultado de FTA-Abs da gestação negativo e em 3 (60%) casos a mãe tinha VDRL reator na gestação, foi tratada com 3 doses de Penicilina Benzatina, apresentou VDRL da internação não reator e o companheiro havia realizado o VDRL com resultado não reagente, sendo considerada, portanto, como falso-positivo.

Foram tratados 7 (70%) RN, sendo 3 com Penicilina cristalina por 10 dias e 4 com Penicilina Benzatina dose única. Como relatado acima 2 RN não foram tratados pois

as mães tinham resultado de FTA-Abs da gestação negativo e 1(um) teve o tratamento interrompido (Fez apenas 1 dia de penicilina cristalina) pois o resultado do FTA-Abs da internação da mãe foi negativo. Todos os RN tratados (7) foram notificados à Vigilância Epidemiológica como portadores de sífilis congênita.

Em relação ao peso do RN, todos os 10 foram considerados adequados para a idade gestacional.

A Figura 2 mostra a distribuição dos RN estudados segundo sexo.

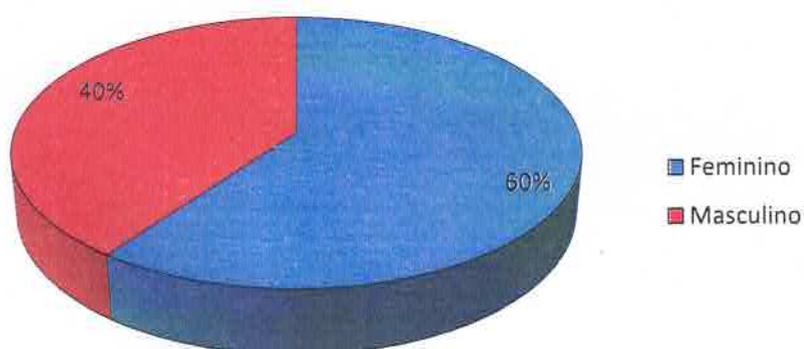


Figura 2 - Distribuição do número total de 10 recém-nascidos estudados segundo sexo, cujas mães tinham VDRL reator na gestação e/ou no momento do parto
Fonte: Elaboração própria

De acordo com a figura 2 é possível observar que a maioria dos recém-nascidos era do sexo feminino.

Em se tratando da realização de teste específico para sífilis, no caso o FTA-Abs, 3 (33,3%) gestantes tinham realizado o exame durante a gestação tendo resultado negativo e 3 (33,3%) realizaram o exame durante a internação, tendo também resultado negativo. As outras 3 (33,3%) não realizaram este exame e de acordo com a definição de caso de sífilis congênita, considera-se o agravo mesmo na ausência de teste confirmatório se este não for solicitado (BRASIL, 2006).

Portanto, das 9 pacientes estudadas, 6 (66,7%) foram consideradas falso-positivas e 3 (33,3%) como portadoras de sífilis. Como uma das pacientes portadoras de sífilis deu à luz um natimorto e duas deram à luz um RN cada, a incidência de sífilis congênita, incluindo nascidos vivos e natimortos, na maternidade do HSCMV foi de 0,3%.

5 DISCUSSÃO

A sífilis congênita é uma doença grave porém passível de efetiva prevenção através da identificação precoce da infecção pelo *Treponema pallidum* durante a gestação por meio de programas de triagem pré-natal, com tratamento das gestantes infectadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008; ALVES FILHO et al., 2006; BRASIL, 2007; VIEIRA, 2005; KAMB et al., 2010)

O rastreamento sorológico durante o pré-natal e/ou parto é a única forma de diagnóstico das formas primária e latente da sífilis (BRASIL, 2007; HENRIQUES, 2008). O exame de VDRL, de acordo com a Resolução SS nº 41 de 24/03/2005, deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre e na maternidade para admissão para o parto (SÃO PAULO, 2008; MILANEZ; AMARAL, 2008) e a sua realização reduz significativamente as altas taxas de letalidade, hospitalização e sequelas da doença (BRASIL, 2007).

O perfil sóciodemográfico das gestantes com VDRL reagente encontrado em nosso estudo, especialmente relacionadas à faixa etária e escolaridade, coincidiu com os estudos regionais realizados no Ceará (ARAÚJO M. et al., 2008), São Paulo (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007), Pernambuco (HENRIQUES, 2008) e Mato Grosso do Sul (FIGUEIRÓ FILHO et al., 2007). Além disso, também encontramos este mesmo perfil em 2 estudos de abrangência nacional (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008; RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004), o que segundo FIGUEIRÓ FILHO et al. (2007) traduz o perfil sócio-cultural do nosso país.

No presente trabalho 88,9% das gestantes atendidas eram solteiras, fato também observado por outros autores (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004; FIGUEIRÓ FILHO et al., 2007) e 66,7% relatavam ser trabalhadoras do lar, maioria também encontrada em outros estudos (FIGUEIRÓ FILHO et al., 2007; RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008; ALMEIDA; PEREIRA, 2007)

Todas as pacientes estudadas eram provenientes da Grande Vitória, sendo que 55,6% residiam em Vila Velha. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE 2009) Vila Velha representa a cidade mais populosa da Grande Vitória e do Estado do Espírito Santo. Por isso, um número de casos maior neste município pode ser encontrado.

A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna com uma taxa de transmissão em mulheres não tratadas para o feto de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença e de 30% nas fases tardias da infecção materna (BRASIL, 2006). Aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal podem ocorrer em aproximadamente 40% dos casos de mães não tratadas (BRASIL, 2006; KOMKA; LAGO, 2007).

Das gestantes com VDRL reator, uma deu à luz um natimorto, correspondendo à 11,1% dos casos com VDRL reator e a 12,5 % do total de natimortos na maternidade do HSCMV. Segundo Taira et al.(2007) diante do percentual significativo de abortos, natimortos e mortes perinatais por sífilis congênita, levanta-se a necessidade de se implantar nas ações de vigilância epidemiológica a investigação e a análise específicas dos óbitos por sífilis congênita.

Alguns autores observaram que gestantes com VDRL reagente possuíam registro de aborto e de natimortos prévios, o que poderia sugerir a presença da doença como causa desses eventos adversos (ARAÚJO et al., 2008; SARACENI et al., 2005). De acordo com um estudo realizado por Saraceni et.al (2005) no Município do Rio de Janeiro, dos 22 óbitos neonatais precoces ocorridos por sífilis congênita em 2002, 70% tinham história de abortamento prévio. No nosso trabalho, observamos que uma paciente (11,1%) tinha história prévia de natimorto por sífilis congênita e nenhuma tinha história prévia de abortamento.

Araújo E. et al. (2006) relatam a falta de assistência pré-natal como um dos principais fatores responsáveis pela alta prevalência de sífilis congênita. No entanto, interessante registrarmos que encontramos no nosso estudo a realização de pré-natal em 88,9 % das pacientes estudadas. Esse resultado particularmente significativo também foi encontrado em vários outros estudos (ARAÚJO M. et al.,

2008; LIMA; GURGEL; MOREIRA, 2006; VIEIRA, 2005; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; HENRIQUES, 2008; RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008; RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004; DE LORENZI; MADI, 2001; FIGUEIRÓ FILHO et al., 2007; ARAÚJO E. et al., 1999; KOMKA; LAGO, 2007; CAMPOS et al., 2010). Esses resultados revelam a necessidade de uma reavaliação quanto à qualidade de programas de DST existentes, assim como a qualidade do serviço de pré-natal oferecida a essas gestantes (SALOOJEE et al., 2004).

Entre os principais fatores de risco relacionados ao aumento dos casos de sífilis congênita destacam-se a precocidade e promiscuidade sexual, o aumento de números de mães solteiras, uso de drogas, DST prévias e a inadequação da assistência pré-natal (ARAÚJO E. et al., 2006). No presente trabalho além da grande maioria de mães solteiras, observamos que 33,3 % apresentavam algum fator de risco, dentre eles promiscuidade (11,1%), DST prévia (11,1%) e uso de drogas ilícitas(11,1%).

De acordo com Signorini et al. (2007) as pessoas infectadas pelo HIV apresentam taxas mais altas de infecção por outras DST, principalmente a sífilis. Entretanto não houve correlação entre sífilis e HIV neste estudo, provavelmente pelo baixo número amostral.

Desde a descoberta da penicilina em 1940, tem-se observado uma tendência mundial à diminuição dos casos de sífilis congênita (FIGUEIRÓ FILHO et al., 2007). O tratamento da gestante com Penicilina Benzatina até trinta dias antes do parto, reduz significativamente as complicações provocadas pela infecção pelo *Treponema pallidum*, como prematuridade, natimortalidade, seqüela e óbito neonatais (SARACENI; LEAL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde, são consideradas inadequadamente tratadas todas as gestantes que realizaram o tratamento com outro medicamento sem ser a penicilina, que realizaram o tratamento com penicilina mas de forma incompleta, ou antes de 30 dias do parto ou inadequado para a fase clínica da doença, que não possuem uma documentação de tratamento, que não tiveram queda dos títulos de VDRL após tratamento adequado ou que não tiveram seu(s) parceiro(s) tratado(s) ,

tratado inadequadamente ou não se tem informações sobre o seu tratamento (BRASIL, 2005).

Assim como observado por vários autores (LIMA; GURGEL; MOREIRA, 2006; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; DE LORENZI; MADI, 2001; CAMPOS et al., 2010), nosso estudo apontou um importante número de tratamentos inadequados. Nenhuma das pacientes estudadas por nós apresentou um tratamento adequado. Em 44,5% dos casos não houve tratamento algum dessas pacientes, 33,3% não tinham um controle de cura e 22,2% não tinham o parceiro tratado.

A questão social e de infidelidade ou até mesmo a dificuldade na abordagem das situações de sexualidade relacionadas com as DST pelos profissionais de saúde dificultam a aderência, principalmente dos parceiros, no tratamento da sífilis gestacional (FIGUEIRÓ FILHO et al., 2007).

Os recém-nascidos de mães com VDRL reator na gestação ou na ocasião do parto deverão ser triados com realização de teste não treponêmico (VDRL) colhido do sangue periférico, exames de líquido, radiografia de ossos longos e hemograma (SÃO PAULO, 2008). Apenas 1 (10%) RN estudado apresentou alteração nos exames de triagem que foi um VDRL de sangue periférico positivo. Em alguns estudos (VIEIRA, 2005; LIMA; GURGEL; MOREIRA, 2006; HENRIQUES, 2008; ALMEIDA; PEREIRA, 2007) esse resultado era positivo na maioria dos RN. Tal fato pode ser explicado pela transferência materna de anticorpos. O resultado positivo pode se manter até o sexto mês de vida (BRASIL, 2007).

Diante da desvantagem do exame de VDRL poder gerar resultados falso-positivos (QUATTORDIO; MILANI, H.; MILANI, P., 2004; SANTANA et al., 2006) exames específicos, como o FTA-Abs, são necessários para confirmar a infecção por sífilis. Este exame confirmatório não está disponível como rotina devido ao seu alto custo e de ser inadequado para avaliação da resposta terapêutica já que não pode ser titulável (SANTANA et al., 2006; NADAL; FRAMIL, 2007). Nesta pesquisa 33,3 % das pacientes estudadas realizaram o teste específico FTA-Abs durante a gestação e tiveram resultado negativo e 33,3% realizaram o exame durante a internação, cujo resultado também foi negativo. As demais não realizaram teste confirmatório e

tiveram os RN declarados como portadores de sífilis congênita já que pelo Ministério da Saúde, considera-se o agravo mesmo na ausência de teste confirmatório se este não for solicitado (BRASIL, 2006).

A incidência, então, de gestantes falso-positivas para sífilis foi de 0,7%. De acordo com um estudo realizado por Geusau et al. (2005) em um Hospital de Viena, 26% de 2799 pacientes com VDRL reator, dentre homens e mulheres, apresentavam resultado falso-positivo. Diante da grande quantidade de resultados falso-positivos, foi proposto pelos autores a realização de testes específicos como triagem ao invés de testes inespecíficos como o VDRL.

Diante da demora para a obtenção do resultado de FTA-Abs, cerca de 5 – 10 dias úteis, pois esse exame não é realizado pelo laboratório do HSCMV, optamos pelo tratamento precoce dos recém-nascidos com mães que tiveram resultado VDRL reator durante a gestação e/ou parto, a fim de não perder a chance, talvez a única, de evitar sequelas futuras dessas crianças.

A equipe de Neonatologia da maternidade do HSCMV adota as orientações do Ministério da Saúde para o tratamento dos recém-nascidos com provável sífilis congênita (ANEXO 2). Cabe a essa equipe também as notificações dos RN para a Vigilância Epidemiológica. Foram tratados e notificados 70% dos neonatos cujas mães apresentavam VDRL reator na gestação e/ou parto. Os 30% não tratados e não notificados eram de mães sabidamente falso-positivas.

Segundo dados do SINAN (2009), foram notificados 5340 casos de sífilis congênita no Brasil, sendo 104 (1,9%) casos no Estado do Espírito Santo. No município de Vitória foram notificados 25 casos (0,4% em relação ao Brasil e 24% em relação ao Espírito Santo). Neste estudo a porcentagem de notificações foi de 0,7%. Entretanto a real incidência foi de 0,3%. A supernotificação, portanto, foi algo presente neste trabalho. A melhora do sistema de busca e notificação de casos suspeitos provoca um aumento da incidência/prevalência de sífilis congênita. (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

6 CONCLUSÃO

Como vastamente demonstrado pela literatura médica, a sífilis é uma doença com sérias consequências na saúde pública. Entretanto, apesar da evidente gravidade, trata-se de uma doença de fácil triagem epidemiológica, além de tratamento simples e de baixo custo.

A adequada abordagem das gestantes durante o pré-natal é fundamental para se encontrar produtos sadios destas gestações. É importante frisar que a assistência pré-natal não pode ser avaliada apenas pelo número de consultas realizadas mas também pela qualidade do atendimento prestado.

Além da preocupação com a sífilis congênita, as medidas de prevenção da transmissão vertical da sífilis, através do uso regular de preservativos, o diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros, a realização de testes para sífilis em mulheres que manifestem intenção de engravidar e o tratamento imediato das mulheres e parceiros infectados são fundamentais para a diminuição da ocorrência da doença.

Há a necessidade das autoridades públicas, das escolas de medicina e a própria sociedade organizada se preocuparem em divulgar a importância dos adequados diagnósticos e tratamento da doença.

Não se pode admitir atualmente que os protocolos públicos de rastreamento sorológico da sífilis não sejam seguidos pela facilidade de realização dos exames e pelo bom número de exames de pré-natal realizados no Brasil.

O estudo realizado mostra que existe ainda muito no que avançar na abordagem desta doença, principalmente na abordagem das equipes profissionais que realizam pré-natal, enfatizando a necessidade de aprimorar seu rastreio e o seu tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. F. G.; PEREIRA S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3-4, p. 144 – 156, 2007.

ALVES FILHO, N. et al. **Perinatologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALVES, S. O. **Sífilis Congênita na maternidade do Hospital Universitário - UFSC**. 2009. 44 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ARAÚJO E. C. et al. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 2, p. 119 – 125, 1999.

_____. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, jan.-mar. 2006.

ARAÚJO M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista APS**, v. 11, n. 1, p. 4 – 9, jan.-mar. 2008.

AVELINO, M. M.; PIMENTEL, A. M.; GUSMÃO F. A. R. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Tratado de Pediatria**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2007. p. 1194 – 1197.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747 – 1755, set. 2010.

DONALÍSIO M. R.; FREIRE J. B.; MENDES E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v 16, n. 3, p. 165 – 173, jul.-set. 2007.

DE LORENZI S.; MADI J. M. Sífilis Congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 10, p. 647 – 652, 2001.

FIGUEIRÓ FILHO et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3 – 4, p. 139 – 143, nov. 2007.

GEUSAU A. et al. Biological false-positive tests comprise a high proportion of Venereal Disease Research Laboratory reactions in an analysis of 300,000 sera. **Internacional Journal of STD & AIDS**, v.16, p. 722 – 726, nov. 2005.

HENRIQUES, M. F. C. M. **Vulnerabilidade para sífilis congênita: estudo descritivo em maternidades com Projeto Nascer em Pernambuco**. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Instituto Materno Infantil Profº Fernando Figueira, Recife, 2008.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. 2009. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>. Acesso em: 15 nov. 2010.

KAMB M. L. et al. A Road Map for the Global Elimination of Congenital Syphilis. **Obstetrics and Gynecology International**, v . 2010.

KOMKA R.; LAGO E. G. Sífilis congenital: notificação e realidade. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 17, n.4, p. 205 – 211, out./dez. 2007.

LIMA, L. H. M.; GURGEL, M. F. C.; MOREIRA, S. F. S. Avaliação da sífilis congênita no estado do espírito Santo. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 18, n. 2, p. 113 – 116, 2006.

LUBCHENCO L. et al. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation. **Pediatrics**, v. 32, p. 793 – 800, 1963.

MILANEZ H.; AMARAL E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 7, p. 325 – 327, 2008.

NADAL S. R.; FRAMIL V. M. S. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 27, n. 4, p. 479 – 482, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção**. Jan., 2008.

QUATTORDIO L. E.; MILANI P. L.; MILANI H. L. Diagnóstico serológico de sífilis: Correlación de resultados según técnicas disponibles em el laboratorio. **Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana**, La Plata, v. 38, n. 3, p. 301 – 306, jul./set. 2004.

RODRIGUES, C. S. **Sífilis na gestação e puerpério: oportunidades estratégicas para a sua prevenção e controle, Brasil, 2000**. 2005. 207 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

RODRIGUES C. S.; GUIMARÃES M. D. C.; CÉSAR C. C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 851 – 858, 2008.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES M. D. C, GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 3, p. 168 – 175, set. 2004.

ROUQUARYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SALOOJEE H. et al. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 6, 2004.

SANTANA L. R. et al. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 38, n. 2, p. 71 – 73, 2006.

SARACENI V.; LEAL M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999 – 2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341 – 1349, set.-out. 2003.

SARACENI V. A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita. 2005. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/dstaid_sifilis_e_gravidez.pdf. Acesso em 16 out. 2010.

SARACENI V. et al. Mortalidade por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, jul./ago. 2005.

_____. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 419 – 424, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS- SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768 – 772, 2008.

SIGNORINI D. J. H. P. et al. Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 3, p. 282 – 285, mai. - jun. 2007.

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 10 out. 2010.

TAYRA A. et al. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3-4, p. 111 – 119, 2007.

VIEIRA A. A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no Município de Carapicuíba – SP: ainda uma realidade em 2002. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 1, p. 10 – 17, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita em um Hospital Filantrópico em Vitória, Espírito Santo, Brasil

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não participará da pesquisa e não será penalizado de forma alguma.

1) Natureza da pesquisa: Esta pesquisa tem como finalidades: conhecer a prevalência dos casos de sífilis congênita na maternidade do hospital escola Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no estado do Espírito Santo, com o intuito de avaliar a incidência na população local, a qualidade da assistência pré-natal geral e as possíveis complicações em mãe e recém-nascido.

2) Participantes da pesquisa: Participarão da pesquisa todas as gestantes que derem entrada na maternidade em trabalho de parto, inclusive abortamentos e natimortos, que tiverem o resultado do teste de VDRL positivo, realizado no laboratório do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

3) Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo você contribui para a avaliação e melhora das ações de controle da sífilis congênita. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do coordenador do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

4) Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF. Esta pesquisa não oferece riscos, bem como não tem por finalidade trazer constrangimentos pessoais. Você não terá o nome divulgado, e o(s) recém-nascido(s) não serão expostos.

5) Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, sendo que todas as informações obtidas individualmente serão mantidas em sigilo. Os dados da voluntária serão identificados com um código, e não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade.

6) Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos importantes à literatura, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

7) Custos: A participação na pesquisa não implicará em ônus ou bônus de qualquer natureza por parte do entrevistado. Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação.

8) Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalizastes.

ANEXO 1 – (Continuação)

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com:

*** Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos(CEP):**

Prédio Central, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória-ES CEP:29.045-402

Fone: (27) 3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

Funcionamento: 2ª a 6ª feiras de 7:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00 h

***Coordenador da Pesquisa:**

Dr. Márcio de Oliveira Almeida

Rua Ferreira Coelho, nº 330, ed. Eldorado Center, sala 302, Praia do Suá, Vitória-ES. CEP: 29.052-280

Tel: 3325-8265

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG (ou Prontuário) nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientada para entrar em contato com o CEP, caso me sinta lesada ou prejudicada. Foi-me garantido que não sou obrigada a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.

Vitória , ____ de _____ de 20__

Assinatura do sujeito.

ANEXO 2 - Manejo clínico da criança com sífilis congênita no período neonatal

A - Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados. De acordo com a avaliação clínica e de exames complementares:

A 1 - se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias;

A 2 - se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina 6, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias;

A 3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina 7 por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/Kg. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento (ver seguimento, adiante). Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B - Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR:

B 1 - se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1;

B 2 - se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2;

ANEXO 2- (Continuação)

C – Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido:

C.1 - se for assintomático e o VDRL não for reagente proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento 8 deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.

C.2 - se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente (ver Seguimento). Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1(sem alterações de LCR) ou A2 (se houver alterações no LCR).

Fonte: Ministério da Saúde (2005, p. 37)