

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA EM MARACANAÚ/CE, DE 1995 A 2008

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CONGENITAL SYPHILIS IN MARACANAÚ/CE, 1995 TO 2008

Cristiana Ferreira da Silva

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora adjunta da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Gerente do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Complexo Hospitalar de Maracanaú Dr. João Elísio de Holanda.

Ana Celina Norjosa

Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira assistencial da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza e do Hospital São José de Doenças Infecciosas do Governo do Estado do Ceará

Ana Valeska Siebra e Silva

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora do programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da UECE. Tutora do PET Vigilância à Saúde (CCS/UECE).

RESUMO

A transmissão vertical da sífilis permanece como importante problema de saúde pública, mesmo diante da oferta de diagnóstico e tratamento durante o pré-natal. Objetivou-se identificar as características socioeconômicas e clínicas maternas dos casos notificados de sífilis congênita em Maracanaú-CE, 1995 a 2008. Trata-se de um estudo descritivo. Foram analisados 79 casos de sífilis congênita notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação estadual de residentes em Maracanaú. Observou-se a tendência crescente dos coeficientes de incidência de sífilis congênita. A maioria das mães dos casos de sífilis congênita tinha entre 20 a 34 anos (valor $p=0,0004$), 87,8% realizou pré-natal (valor $p=0,000007$) e 47,2% foram diagnosticadas durante o pré-natal (valor $p=0,0669$), predomínio de tratamento inadequado em 52,7% e 24,3% das gestantes e mais da metade dos parceiros não foram tratados. É necessário repensar a qualidade do pré-natal, para reduzir falha no manejo do tratamento materno e assim a transmissão vertical da sífilis.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Vigilância epidemiológica. Sistemas de informação em saúde

ABSTRACT

Vertical transmission of syphilis remains an important public health problem, even with the provision of diagnosis and treatment during the prenatal period. The objective was to identify the socioeconomic and maternal clinics reported cases of congenital syphilis in Maracanaú-CE from 1995 to 2008. This is a descriptive study. We analyzed 79 cases of congenital syphilis reported in the National Notifiable Diseases Maracanaú state residents. We observed an increasing trend of incidence of congenital syphilis. Most mothers of cases of congenital syphilis were between 20 and 34 years ($p=0.0004$), 87.8% held antenatal care ($p=0.000007$) and 47.2% were diagnosed during the prenatal ($p=0.0669$), prevalence of inadequate treatment in 52.7% and 24.3% of pregnant women and more than half of the partners were not treated. It is necessary to rethink the quality of prenatal care, failure to reduce maternal treatment and management of well-child transmission of syphilis.

Keywords: Syphilis congenital. Epidemiologic surveillance. Health information systems

1 INTRODUÇÃO

A sífilis congênita resulta da infecção do feto pelo *Treponema pallidum* por via transplacentária, que pode ocorrer em qualquer momento da gestação. A gravidade da infecção está relacionada, principalmente, com o momento em que a mulher adquiriu a infecção e da carga treponêmica circulante no sangue materno. (AGUIAR, 2006).

Mais de 50% dos recém-nascidos são assintomáticos ao nascimento, manifestando os primeiros sintomas nos primeiros três meses de vida, assim, é muito importante a realização da triagem sorológica da mãe na maternidade. (SARACENI *et al.*, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, nos países da América Latina e Caribe, a prevalência de sífilis em gestantes encontra-se entre 10% a 15%. Enquanto no Brasil, estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras desta doença, existindo o risco de transmissão vertical do agente infeccioso em 50% a 85% dos casos, com evolução para morte neonatal em 40% dos casos, além de ser responsável por mais de meio milhão de natimortos e abortos anualmente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A ocorrência de sífilis congênita é considerada um evento sentinela da qualidade da assistência materno fetal, especialmente pela ampla disponibilidade diagnóstica oferecida pelos serviços de saúde durante o período gestacional e perinatal e pelo fácil manejo clínico e terapêutico no seu tratamento. (BRASIL, 2007a).

No Brasil, mais de 70% das mães de bebês notificados como casos de sífilis congênita realizaram pré-natal, e, por diferentes motivos, entretanto, foram perdidas as oportunidades do diagnóstico e tratamento adequado dessas mulheres. (PAZ *et al.*, 2004; BRASIL, 2006a).

É considerado tratamento adequado da sífilis em gestantes aquele realizado precocemente, de forma completa e de acordo com o estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitante

(BRASIL, 2006b, 2007b).

Em Maracanaú/CE, os coeficientes de incidência de sífilis congênita de 2007 (5,65/1000 nascidos vivos) e 2008 (6,32/1000 nascidos vivos) foram superiores aos valores registrados para o Estado do Ceará, respectivamente 3,4 e 4,2/1000 nascidos vivos. (CEARÁ, 2010). Diante da magnitude dessa doença como problema de saúde pública e da necessidade emergente de controle, objetivou-se identificar as características socioeconômicas e clínicas maternas dos casos notificados de sífilis congênita em Maracanaú/CE, de 1995 a 2008.

2 METODOLOGIA

Estudo epidemiológico descritivo, exploratório, de natureza quantitativa. Foram analisadas 79 fichas de notificações e investigação de sífilis congênita disponíveis no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) entre 1995 e 2008. Optou-se pela utilização da base de dados estadual do SINAN, contemplando casos diagnosticados em outros municípios do Estado, de mães residentes em Maracanaú/CE. Realizou-se a rotina de verificação de duplos registros de notificação, análise de consistência dos dados e completude das informações. Não foram localizados casos duplicados.

As variáveis selecionadas foram: idade materna (<15, 15-19, 20-34, 35 e mais); escolaridade materna em anos de estudo (analfabeta, 1-7, 8-11, 12 a mais, superior); tempo para o diagnóstico de sífilis congênita em relação à data de nascimento do recém-nascido (primeiras 24h, 1º dia de vida, 6º mês e 11º mês); oportunidade de notificação dos casos de sífilis congênita (até 7º dia de vida, após 7º de vida); oportunidade de investigação dos casos de sífilis congênita (até 2º dia da notificação, após o 2º dia notificação); sexo do recém-nascido; realização de pré-natal; município de realização do pré-natal; diagnóstico de sífilis materna (antes, durante ou depois do parto); esquema de tratamento materno (adequado, inadequa-

do, não realizado); município de nascimento; evolução dos casos (vivo, óbito por sífilis congênita e óbito por outras causas); tratamento concomitante do parceiro.

As informações sobre idade e escolaridade materna, realização de pré-natal, município de realização de pré-natal, diagnóstico de sífilis materna, classificação do tratamento materno e tratamento concomitante do parceiro não constavam na ficha de investigação de sífilis congênita entre 1995 a 1999. Essas variáveis durante o período estudado constavam em 74 casos de sífilis congênita, totalizando uma perda de informação em 05 (15,8%) casos em relação aos 79 casos notificados para o mesmo período.

Os dados foram analisados utilizando-se a ferramenta Tabwin e o *software* Epi Info versão 6.04 e os resultados foram apresentados em formatos tabular e gráfico, com frequências absolutas e relativas, calculado o teste qui quadrado para comparação de valores percentuais e os coeficientes de incidência dos anos analisados, utilizando-se as populações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Obteve-se parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (nº 165/2009).

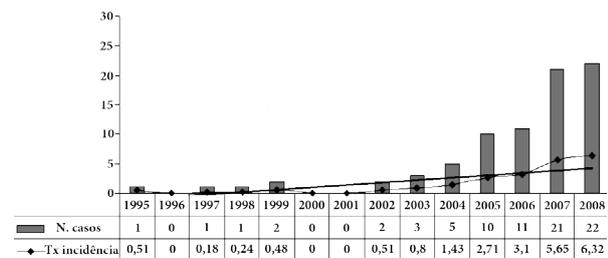
3 RESULTADOS

Entre 1995 e 2008 foram notificados 79 casos de sífilis congênita de Maracanaú/CE. Não houve registro de casos nos anos de 1996, 2000 e 2001. Em relação à taxa de incidência de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos, observou-se menor coeficiente de 0,24/1.000 nascidos vivos referente ao ano de 1998 e a maior taxa da ordem de 6,32/1.000 nascidos vivos referente ao ano de 2008. A linha de tendência linear da taxa de incidência mostrou aumento a partir do ano de 2004 e o valor do coeficiente de determinação R² foi de 0,6762 (Gráfico 1).

Em relação ao município de ocorrência do nascimento dos casos de sífilis congênita, Maracanaú registrou 34 (45,94%) e a cidade de

Fortaleza 34 (45,94%), não existindo diferença estatística (valor p=1,000000). Do total de casos de sífilis congênita do período compreendido entre 1995 e 2008, observou-se a ausência de informação quanto à variável município de ocorrência de nascimento em 06 (8,10%) casos. Ressaltamos que entre os anos de 1995 a 1999, a variável município de ocorrência não constava na ficha de investigação de casos de sífilis congênita, justificando, portanto, a redução do número absoluto de casos referente a essa variável em relação ao total de casos apresentado no Gráfico 1.

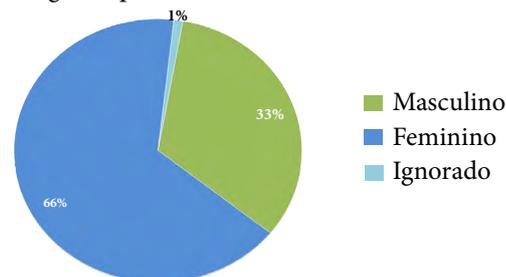
Gráfico 1 - Número de casos, taxa de incidência, linha de tendência linear da taxa de incidência de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos. Maracanaú-CE, 1995 a 2008



Fonte: CEARÁ, 2010.

Observou-se predomínio dos casos e significância estatística entre o percentual de recém-nascidos do sexo feminino 52 (65,83%) casos e 26 (32,91%) casos de sífilis congênita pertenciam ao sexo masculino ($\chi^2=6,63$; valor p =0,010006). No período analisado, houve 01 (1,26%) caso notificado de sífilis congênita cuja informação sobre o sexo do recém-nascido foi ignorada (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita por sexo 1995 a 2008. Maracanaú/CE.



Fonte: CEARÁ, 2010.

Analisando os casos de sífilis congênita em relação a data de nascimento e ao tempo de diagnóstico da doença, percebeu-se um predomínio de diagnóstico no primeiro dia de vida correspondendo a 34 (43,03%) casos, além de 20 (25,31%) casos de sífilis congênita terem sido identificados, muito precocemente, nas primeiras 24 horas após o nascimento. Identificou-se também a ocorrência de sífilis congênita em lactentes até o 6º mês de vida. A maior idade verificada entre a data do nascimento e o tempo de diagnóstico dos casos estudados de sífilis congênita correspondeu a 01 (1,26%) lactente diagnosticado aos 11 meses de vida.

Observou-se que dos 79 casos, 42 (53,16%) foram oportunamente notificados em comparação a 37 (46,84%), não apresentando diferença estatística entre os percentuais (valor $p=0,568098$). Em relação à oportunidade de investigação, observou-se que 51 (68,91%) casos foram oportunamente investigados quando comparados a 28 (31,09%), alcançado valor significativo (valor $p=0,001792$) entre os percentuais.

Verificou-se que 64 (86,48%) dos casos evoluíram vivos, 03 (4,05%) evoluíram para óbito por sífilis congênita e outros 03 (4,05%) evoluíram para óbito por outras causas. Em 04 (5,40%) casos, a informação referente a essa variável encontrava-se em branco e em 05 (6,32%) não constava na ficha de investigação da doença.

A variação da idade materna dos casos de sífilis congênita distribuiu-se entre a idade mínima de 13 anos e máximo de 41 anos de idade. Observou-se que em 06 (8,10%) casos de sífilis congênita, as mães eram adolescentes (com idade < 20 anos) e em 03 (4,05%) casos entre mães com 35 anos e mais. A faixa etária materna entre 20 e 34 anos concentrou o maior número 65 (63,6%; valor $p=0,0004$) de casos de sífilis congênita (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número de casos notificados de sífilis congênita segundo a faixa etária materna 1995 a 2008. Maracanaú/CE, Brasil.

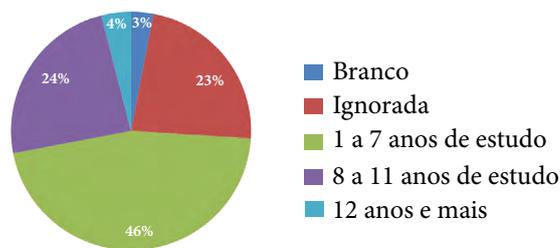
*	Período							Total
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
>15	-	-	-	1 (10%)	4 (36,3%)	-	1 (4,5%)	6 (8,1%)
15/ 19	2 (100%)	2 (75,5%)	1 (20%)	1 (10%)	7 (63,7%)	5 (23,9%)	-	18 (24,3%)
20/ 34	-	1 (25%)	3 (60%)	8 (80%)	-	16 (76,15)	19 (86,5%)	47 (63,6%)
34<	-	-	1 (20%)	-	-	-	2 (9%)	3 (4%)

*Faixa etária materna (em anos).

Fonte: CEARÁ, 2010.

A variável escolaridade da mãe (anos de estudo) não foi preenchida em 02 (2,70%) casos e ignorada em 17 (22,97%) dos casos. A distribuição de casos de sífilis congênita em relação à escolaridade da mãe indicou que 46,40% dos casos de sífilis congênita pertenciam à categoria de 1 a 7 anos de estudo, 24,32% tinham de 8 a 11 anos de estudo e 4,05% com 12 anos a mais de estudo. Não houve nenhuma mãe dos recém-nascidos com sífilis congênita declarada analfabeta e com escolaridade superior concluído ou em andamento (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição percentual da escolaridade materna em anos de estudo dos casos notificados de sífilis congênita 1995 a 2008. Maracanaú/CE.



Fonte: CEARÁ, 2010.

Em relação à realização de pré-natal, houve 01 (1,35%) caso cujo campo encontrava-se ignorado. O percentual de casos de sífilis congênita cujas mães realizaram pré-natal foi de 65 (87,83%) casos de sífilis congênita, enquanto em 08 (10,81%) casos as mães não realizaram acompanhamento pré-natal (valor $p=0,000007$).

Do total de casos de sífilis congênita analisados no período entre 2002 a 2008, verificou-se que em 43 (58,10%) casos, as mães

informaram realização de pré-natal no município de Maracanaú, enquanto em outros 16 (21,62%) casos realizaram o acompanhamento pré-natal no município de Fortaleza (valor $p=0,007067$). Durante a análise dessa variável, observou-se que em 15 (20,27%) casos de sífilis congênita encontrava-se com o campo de preenchimento em branco.

Em relação ao momento do diagnóstico de sífilis materna, em 05 (6,75%) casos de sífilis congênita notificados, essa informação foi considerada ignorada. A fase de diagnóstico de sífilis materna durante a realização de pré-natal predominou durante todo o período analisado, alcançando 35 (47,29%) casos do total. No momento do parto, a proporção de gestantes diagnosticadas foi de 20 (27,02%) casos e 12 (16,21%) casos foram identificados somente após o momento do parto. Há que se ressaltar que em 02 (2,70%) dos casos de sífilis congênita, as mães não realizaram exame laboratorial para o diagnóstico de sífilis (VDRL) em nenhum dos três momentos acima descritos, portanto não foram diagnosticadas portadoras de sífilis.

Quanto ao esquema de tratamento da sífilis materna, houve predominância de tratamentos inadequados em 39 (52,70%) casos. Em 18 (24,32%) casos de sífilis congênita, o tratamento materno para sífilis não foi realizado e em apenas 05 (6,75%) casos, o tratamento foi considerado adequado. Em 12 (16,21%) casos notificados de sífilis congênita, a variável relacionada à classificação em relação ao tratamento materno foi considerada ignorada.

Analisando-se a variável que corresponde ao tratamento do parceiro, identificou-se que em 48 (64,86%) casos de sífilis congênita, o parceiro não realizou tratamento para sífilis concomitantemente à gestante. Em apenas 12 (16,21%) casos observou-se que o tratamento do parceiro foi realizado concomitantemente ao tratamento da gestante, apresentado significância estatística (valor $p=0,002843$). Em 13 (17,56%) casos essa variável foi ignorada.

4 DISCUSSÃO

Esse estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários provenientes das fichas de notificação e investigação. Houve tratamento inadequado ou inexistente das gestantes e de seus parceiros e falta de algumas variáveis das fichas de notificação e investigação, indicando falhas na qualidade de preenchimento.

Desde 1995 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) juntamente com o Brasil e outros seis países da América Latina incluindo o Caribe assumiram o compromisso para a elaboração de um plano de ação visando à eliminação da sífilis congênita das Américas até o ano 2000 tomando como referência a definição de caso do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 1988. (TORRES *et al.*, 2001). Em consequência, o Ministério da Saúde considerou como parâmetro para a eliminação da sífilis congênita no país a ocorrência de até um caso de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos. (BRASIL, 2007a; TORRES *et al.*, 2001).

Nesse estudo, observou-se a evolução crescente dos coeficientes de incidência de sífilis congênita a partir do ano de 2004 (1,43/1.000 nascidos vivos), registrando-se em 2005 um coeficiente de incidência da ordem de 2,71 para cada 1.000 nascidos vivos. Nos anos de 2006 (3,1/1.000 nascidos vivos), 2007 (5,65/1.000 nascidos vivos) e 2008 (6,32/1.000 nascidos vivos), o coeficiente de incidência permanece com tendência crescente, verificando-se no último ano da casuística o maior coeficiente de incidência do período, com um significado de ocorrência seis vezes maior de casos de sífilis congênita em relação à meta estabelecida. (TORRES *et al.*, 2001).

Vários fatores podem ter contribuído para o aumento no número de notificações de sífilis congênita em Maracanaú, destacando-se de uma forma geral, a elaboração de uma definição de caso de sífilis congênita, a partir do ano de 2004, objetivando a seleção de critérios para a identificação de indivíduos que apresentassem sífilis congênita, tornando compa-

ráveis os critérios de notificação de caso de sífilis congênita no sistema de informação no âmbito nacional. (BRASIL, 2007a, 2007b; PAZ *et al.*, 2004; 2005). Nesse mesmo ano foi elaborado um instrumento próprio de investigação para os casos de sífilis em gestante, possibilitando o diagnóstico e tratamento precoces. (BRASIL, 2007a).

Acrescenta-se que a implantação de uma estratégia que visava incentivar financeiramente a qualidade da assistência pré-natal, através da vinculação entre a autorização para o pagamento da Autorização de Internação Hospitalar do parto (AIH parto) com base na realização do VDRL durante o pré-natal/parto, com o resultado registrado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), pode ter contribuído para o aumento da detecção de casos de sífilis congênita. (BRASIL, 2009).

Os elevados coeficientes de incidência de sífilis congênita podem estar ainda relacionados ao fato de que quanto mais tardio for o diagnóstico e o tratamento da infecção materna, maior será a dificuldade em concluir o tratamento no tempo necessário. (LAGO; RICARDI; HARTER, 2001).

Nesse estudo verificou-se que o predomínio dos óbitos entre os recém-nascidos com sífilis congênita mesmo que a causa básica do óbito considerada não tenha sido sífilis congênita ocorreu dentro do período neonatal. Os elevados coeficientes de mortalidade por sífilis congênita retratam a dificuldade enfrentada quanto ao diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis congênita. A rapidez com que a sífilis congênita leva ao desfecho fatal após o nascimento é preocupante, pois ocasiona a morte de grande parte dos neonatos logo no primeiro dia de vida e de quase todos ao fim do primeiro ano de vida. (LIMA, 2002).

Quanto à escolaridade materna dos casos de sífilis congênita analisados nesse estudo, quase a metade estavam inseridos nos segmentos mais empobrecidos da população, em decorrência da possível associação existente entre o analfabetismo ou baixo nível de escolaridade, pobreza e infecção por sífilis. A relação entre a incidência da sífilis gestacional e mulheres com baixo nível de educação

e possivelmente com baixa renda econômica está descrita na literatura, demonstrando que a positividade sorológica para sífilis esteve associada ao analfabetismo e ao baixo nível socioeconômico das mulheres infectadas. (SARACENI; LEAL, 2003).

As mulheres com recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita em Maracanaú apresentaram elevado percentual de realização do pré-natal e verificou-se que em quase a metade dos casos, o diagnóstico da infecção materna foi obtido durante este acompanhamento. Dados brasileiros revelam que, somente 53% das gestantes com acompanhamento pré-natal tiveram o diagnóstico de sífilis feito durante a gestação. Esses dados indicam que embora haja elevada cobertura pré-natal no município de Maracanaú a falta de qualidade da assistência pré-natal oferecida possa revelar a possível perda de oportunidade de tratamento adequado da sífilis ainda durante a gravidez, e consequente redução de transmissão vertical. (LORENZI; MADI, 2001).

O diagnóstico precoce da infecção materna ainda é a melhor forma de prevenção da sífilis congênita, sendo a sorologia para sífilis de relevante importância para o diagnóstico da infecção na gestante. A recomendação da OMS para redução das taxas de sífilis congênita por meio da solicitação rotineira de testes não-treponêmicos (VDRL) no 1º e 3º trimestre de gestação e, se possível, no momento do parto é de incontestável importância. (BRASIL, 2007a). Em muitas regiões do país ainda há dificuldade de acesso da população aos serviços de pré-natal e exames laboratoriais. A ausência e/ou dificuldade de acesso à assistência pré-natal pode revelar-se como um dos principais fatores contribuintes para a manutenção das elevadas taxas de incidência de sífilis congênita. (XIMENES *et al.*, 2008).

No município de Maracanaú, a sorologia para sífilis consta na lista de exames disponíveis à população em geral, e em especial, às gestantes que estão em acompanhamento pré-natal, ressaltando também a garantia de realização desse exame no momento do parto da gestante que procura assistência obstétrica nas maternidades do município.

A falta de tratamento adequado das gestantes dos casos estudados, além daquelas que não realizaram o tratamento materno para sífilis e apesar de haver uma elevada cobertura de realização pré-natal e de que o diagnóstico de sífilis materna ocorreu com predominância ainda durante o período pré-natal, sugerem a baixa qualidade do atendimento oferecido à gestante durante o período gestacional. Se o acesso ao serviço de saúde não é limitado, o mesmo não se pode dizer da garantia de condutas médicas e de enfermagem adequadas frente a um caso diagnosticado de sífilis na gestação, respeitando o protocolo de condutas de tratamento do Ministério da Saúde. (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

Outros possíveis motivos para a não adesão ao tratamento por parte das gestantes pode estar relacionado às atividades de educação em saúde voltadas para esse público, sobre a realização do aconselhamento pré e pós-teste tanto quando se solicita o teste anti-HIV quanto para o teste VDRL, a informação para a gestante da garantia da distribuição gratuita do medicamento necessário ao seu tratamento, com abordagem sobre a eficácia, a duração e os benefícios do tratamento ainda no período gestacional e por último a realização da terapia supervisionada da administração da medicação. Tais considerações reforçam a idéia que a atenção dispensada durante o pré-natal não pode e não deve ser avaliada apenas em termos de número de consultas médicas e de enfermagem, devendo-se considerar de modo particular a qualidade da assistência prestada a gestante.

O não tratamento dos parceiros foi um dos critérios acrescentados à definição de caso de sífilis congênita pelo Ministério da Saúde, em 2004. O Ministério da Saúde com base nas orientações do CDC tem salientado a importância do tratamento rotineiro no pré-natal do parceiro nos casos de gestantes portadoras de sífilis na gestação. Como foi possível observar entre os casos de sífilis congênita estudados, mais da metade dos parceiros sexuais das gestantes não se submeteram a quaisquer formas de tratamento. Dados nacionais do Ministério da Saúde mostram que entre as gestantes com

diagnóstico de sífilis na gestação somente 53% tiveram seus parceiros tratados. (TORRES *et al.*, 2001; BRASIL, 2007c). Ressalta-se, que em um estudo sobre a compreensão dos riscos de exposição à DST/Aids foi identificado que os participantes casados são os que mais se acham livre do risco de contrair alguma doença, tendo em vista que não fazem uso habitual de preservativo, considerando seguro o fato de terem parceiro fixo. (RODRIGUES; GUIMARÃES; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA, 2004).

Por isso, recomenda-se a abordagem interdisciplinar das famílias, através da estratégia saúde da família atualmente presente em todas as unidades básicas de saúde do município em estudo, na tentativa de garantir o seguimento dos casos, adesão ao tratamento e, por conseguinte, o controle da doença.

5 CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo reafirmam a importância da utilização dos coeficientes de incidência de sífilis congênita como evento sentinela da qualidade da assistência perinatal, visto que a transmissão dessa doença pode ser evitada por meio de uma assistência pré-natal qualificada e reforçam a importância da notificação compulsória dos casos de sífilis congênita, direcionando a formulação de políticas públicas visando à redução da transmissão vertical.

A constatação do elevado percentual de neonatos infectados, apesar de suas mães terem relatado acompanhamento pré-natal, reflete a necessidade de repensar sobre a qualidade da assistência pré-natal ofertada às mulheres, a fim de se reduzir as falhas no manejo do tratamento materno, reduzindo a possibilidade de transmissão vertical da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Sífilis congênita. In: AGUIAR, Z.N.; RIBEIRO, M.C.S. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. São Paulo: Martinari; 2006. p. 295-307.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e**

- humanizada**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde no Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Avaliação da notificação da sífilis congênita no Brasil, 2000 a 2003. **Boletim eletrônico epidemiológico**, Brasília, ano 7, n. 7, p. 1-5, 2007c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano07_n07_aval_notif_sifilis_cong_br.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica: sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. **Informe epidemiológico da sífilis congênita**. Fortaleza: Núcleo de Epidemiologia, 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, 2007.
- LAGO, E. G.; RICARDI, C.; HARTEK, K. Causas de falha na prevenção da sífilis congênita. **Revista de Medicina da PUCRS**. Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 14-21, 2001.
- LIMA, B. G. C. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 267-271, 2002.
- LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.647-652, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: 2008.
- PAZ, L. C. *et al.* Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos, 2004. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, ano 1, n. 1, p.12-17, jan./jun. 2004.
- PAZ L. C. *et al.* Nova definição de caso de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. **Revista Brasileira Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 486-487, 2005.
- RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 3, p. 168-175, 2004.
- SARACENI, V.; LEAL M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, 2003.
- SARACENI, V. *et al.* 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**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 419-424, 2005.
- TORRES, R. A. *et al.* Incidência de sífilis na cidade de Posadas (estado de Misiones, Argentina), 1997-2000. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 253-259, 2001.
- XIMENES, I. P. E. *et al.* Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 9, n. 3, p. 74-80, 2008.