

Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle

Epidemiology of gestational syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: an uncontrolled disease

Ana Luiza de Araujo Campos ¹
 Maria Alix Leite Araújo ¹
 Simone Paes de Melo ¹
 Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves ¹

Abstract

This cross-sectional study investigated the epidemiological profile of pregnant women with positive VDRL in Fortaleza, Ceará State, Brazil, in 2008. The study verified the proportion of pregnant women with syphilis that was classified as treated incorrectly according to Brazilian Ministry of Health guidelines, and assessed the reasons for inadequate treatment. Fifty-eight women who had given birth at five public maternity hospitals were interviewed consecutively following delivery. Data were also recovered from medical files and pregnancy cards. Sociodemographic and obstetric data and information related to the diagnosis and treatment of syphilis in both pregnant women and their partners were analyzed. Only three (5.2%; 95%CI: 1.8%-14.1%) pregnant women had received adequate treatment. The main reason for inadequate treatment was lack of partner treatment (88% of cases; 95%CI: 76.2%-94.4%). Medical care as currently provided does not guarantee the control of gestational syphilis in this sample.

Congenital Syphilis; Pregnant Women; Prenatal Care

Introdução

A sífilis gestacional, apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda apresenta prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento ^{1,2,3}. O risco de transmissão vertical da sífilis varia de 30% a 100%, dependendo da fase clínica da doença na gestante. Em aproximadamente 40% das infecções intra-uterinas não tratadas ocorre o aborto espontâneo ou a morte perinatal ⁴.

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 ⁵. As estimativas apontam a sífilis congênita como responsável por mais de 500 mil mortes fetais por ano no mundo ³. Na região da América Latina e Caribe, a prevalência da sífilis nos recém-nascidos é de 3,1%, oscilando entre 1% no Peru e 6,2% no Paraguai ⁶. Na Bolívia, a prevalência de sífilis gestacional é de 7,2%, com taxa de transmissão vertical de 15,7% ⁷. Estima-se que no Brasil a prevalência média da sífilis em parturientes varie entre 1,4% e 2,8% ⁴, com uma taxa de transmissão vertical de 25% ¹.

Apesar da magnitude, esses números estão subestimados, pois a falta de notificação é uma realidade em muitos países. Na América Latina, estima-se a subnotificação de 34% no Peru, 32,2% na Argentina, 26% no Chile e 22,2% na Venezuela ⁵. No Brasil, apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação

¹ Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil.

Correspondência
 A. L. A. Campos
 Universidade de Fortaleza.
 Av. Washington Soares 1321,
 Fortaleza, CE 60811-905,
 Brasil.
 ninaacampos@yahoo.com.br

compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente⁸, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados^{1,8}. Esses dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços de assistência no período pré-natal e no parto^{8,9}.

Paradoxalmente, a sífilis é uma doença sexualmente transmissível que pode ser facilmente controlada, levando-se em consideração a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo¹. A ação mais consistente para controle da sífilis congênita está na garantia de uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil^{10,11}.

Os fundamentos centrais do controle da sífilis congênita estão baseados na triagem sorológica das gestantes por meio de testes não treponêmicos, principalmente o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), e o tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros sexuais^{10,11,12,13}.

Este estudo teve por objetivo verificar o percentual das gestantes com exame de VDRL reagente em qualquer período gestacional, ou na ocasião do parto, que não foram adequadamente tratadas, buscando identificar os motivos da não adequação do tratamento e apresentar o perfil sociodemográfico, obstétrico e epidemiológico destas gestantes.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado em cinco maternidades públicas localizadas no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil: (i) Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, (ii) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana, (iii) Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, (iv) Hospital Distrital Gonzaga Mota – José Walter e (v) Hospital Geral Dr. César Cals. Os quatro primeiros sob gestão municipal e o último, estadual.

Foram convidadas a participar desta pesquisa todas as gestantes admitidas nas cinco maternidades para a realização do parto entre os meses de maio e outubro de 2008, e que tiveram o exame sorológico de VDRL reagente por ocasião do parto. Também foram incluídas as que não fizeram o exame no momento do parto, mas que apresentaram VDRL reagente em qualquer momento do período gestacional, condição identificada no cartão da gestante.

Entre as gestantes admitidas nas maternidades, 60 preencheram os critérios de inclusão e foram convidadas a participar do estudo, após esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa. Dessas, 58 aceitaram participar

e só foram incluídas no estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi aplicado às participantes um questionário com perguntas estruturadas, referentes a variáveis sociodemográficas, obstétricas e as relacionadas à infecção por *Treponema pallidum* e ao tratamento recebido. Os dados foram complementados com as informações disponíveis no cartão da gestante e no seu prontuário.

Foi considerado tratamento materno adequado todo tratamento completo e adequado à fase da doença, realizado com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro concomitantemente tratado, de acordo com as normas do Ministério da Saúde para prevenção da transmissão vertical da sífilis¹.

Considerando a ocorrência de 40 mil partos por ano no município (Departamento de Informática do SUS. Indicadores de dados básicos do Brasil. Indicadores de cobertura. <http://w3.datasus.gov.br>, acessado em 13/Out/2008), frequência estimada de 90% de gestantes não adequadamente tratadas¹, precisão de 10% e nível de 95% de confiança, a amostra mínima necessária a ser avaliada foi de 35 gestantes. Foram entrevistadas gestantes em quantidade superior ao número amostral mínimo. Os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). As variáveis foram submetidas à análise univariada por meio de distribuições de frequências ou, quando aplicável, de medidas de tendência central e de dispersão. Os intervalos de 95% de confiança foram calculados pelo método de Wilson. O cálculo amostral foi realizado com o auxílio do programa Epi Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza com o parecer número 059/2008, de acordo com a *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde. Assegurou-se o sigilo das informações em todas as etapas do estudo.

Resultados

No período de seis meses do estudo foram entrevistadas 58 gestantes com VDRL reagente no parto ou durante a assistência pré-natal. A média da idade foi de 23,8 anos, variando de 14 a 39 anos (DP: 5,8). A Tabela 1 mostra a distribuição das gestantes com VDRL reagente, de acordo com as variáveis sociodemográficas, além da situação e tempo de relacionamento com o pai do recém-nascido. A Tabela 2 apresenta a distribuição das gestantes de acordo com as variáveis obstétricas avaliadas, e a Tabela 3 mostra a distribuição das

Tabela 1

Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com as variáveis sociodemográficas, situação e tempo de relacionamento com o pai do recém-nascido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008 (n = 58).

Variáveis	Média (DP)	n	%
Faixa etária (em anos)	23,8 (5,8)		
11-20		20	34,5
21-30		31	53,4
31-40		7	12,1
Escolaridade (em anos)	6,2 (3,6)		
0		4	6,9
1-3		11	19,0
4-7		23	39,7
8-11		19	32,8
≥ 12		1	1,7
Estado civil			
Casada		6	10,3
União estável		33	56,9
Separada		2	3,4
Solteira		17	29,3
Renda familiar (em salários mínimos)	0,9 (0,7)		
< 1		37	63,8
1-2		19	32,8
3-4		2	3,4
Parceiro atual é o pai do recém-nascido			
Sim		52	89,7
Não		2	3,4
Ignorado		4	6,9
Tempo de relacionamento com o pai do recém-nascido (em anos)	3,1 (2,8)		
< 1		11	19,0
1-5		28	48,3
> 5		13	22,4
Sem relacionamento		6	10,3

gestantes de acordo com as variáveis relacionadas à sífilis. A Tabela 4 relaciona o percentual de adequação do tratamento das gestantes e dos parceiros, e os motivos conhecidos de inadequação do tratamento recebido pela gestante.

Em 14 (24,1%) casos as gestantes informaram que os parceiros foram tratados, em 38 (65,5%) não houve tratamento do parceiro e seis (10,3%) não souberam informar. Entre os 14 casos mencionados de tratamento do parceiro, em apenas seis (42,9%) foi relatado tratamento completo, correspondendo a 10,3% da amostra total.

Entre as 29 gestantes nas quais o diagnóstico de sífilis foi feito durante o pré-natal, nove (31%; IC95%: 17,3%-49,2%) tiveram o tratamento finalizado 30 dias ou mais antes do parto, em 11 (37,9%; IC95%: 22,7%-56,0%) o tratamento foi finalizado em menos de 30 dias da data do

parto, em um (3,4%; IC95%: 0,6%-17,2%) não foi realizado o tratamento e em oito (27,6%; IC95%: 14,7%-45,7%) não foi possível determinar a data do término do tratamento. Das 28 gestantes tratadas, sete (25%) relataram 2,4 milhões de UI de penicilina benzatina, cinco (17,9%) 4,8 milhões de UI, 15 (53,6%) 7,2 milhões de UI e uma (3,6%) gestante 9,6 milhões de UI de penicilina benzatina. Não foi possível verificar a fase da doença das 58 gestantes. Entre todas elas não há qualquer registro da realização de controle de cura.

Foram consideradas adequadamente tratadas apenas três (5,2%; IC95%: 1,8%-14,1%) gestantes, sendo que duas tiveram nove consultas de pré-natal e uma apenas quatro consultas. Duas dessas gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional e a terceira no segundo trimestre. Todas as três foram tratadas

Tabela 2

Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com variáveis obstétricas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008 (n = 58).

Variáveis	Média (DP)	n	%
Realização de pré-natal			
Sim		47	81,0
Não		11	19,0
Número de consultas de pré-natal	4,2 (3,0)		
0		11	19,0
1-5		23	39,6
≥ 6		24	41,4
Número de consultas de pré-natal com médico	2,9 (2,2)		
0		13	22,4
1		2	3,5
≥ 2		37	63,8
Ignorado		6	10,3
Início do pré-natal (n = 47)			
1ª trimestre gestacional		22	46,8
2ª trimestre gestacional		21	44,7
3ª trimestre gestacional		4	8,5
Idade gestacional no parto (em semanas)	36,7 (4,4)		
< 37		21	36,2
37-42		33	56,9
> 42		1	1,7
Ignorado		3	5,2
Primiparidade			
Sim		22	37,9
Não		36	62,1
Natimorto (gestação atual)			
Sim		1	1,7
Não		57	98,3
Número de abortos espontâneos			
0		42	72,4
1		14	24,1
2		2	3,5
Número de natimortos em gestações anteriores (n = 36)			
0		31	86,1
1		5	13,9
Cartão da gestante			
Devidamente preenchido		16	27,6
Não preenchido devidamente		23	39,7
Não possui		17	29,3
Ignorado		2	3,4

com penicilina benzatina na dose de 7,2 milhões de UI.

Das 32 gestantes que tiveram o VDRL reagente durante o período pré-natal, 30 (51,7%) tinham titulação conhecida, variando entre 1:2 e 1:128, com mediana e moda de 1:8. O VDRL foi reagen-

te na ocasião do parto em 55 (94,8%) gestantes. Nesse grupo, a titulação desse exame foi conhecida em 51 (87,9%) gestantes, variando entre 1:1 e 1:64, com mediana de 1:8 e moda de 1:16.

Foi possível realizar a comparação entre os títulos de VDRL realizado no pré-natal com

Tabela 3

Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo com variáveis relacionadas à sífilis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008 (n = 58).

Variáveis	n	%
Momento do diagnóstico da sífilis na gestação atual		
Durante o pré-natal	29	50,0
Parto/puerpério	23	39,6
Antes do pré-natal	3	5,2
Ignorado	3	5,2
VDRL no pré-natal		
Reagente	32	55,2
Não reagente	4	6,9
Não realizado	7	12,0
Ignorado	15	25,9
VDRL no parto		
Reagente	55	94,8
Não realizado	2	3,5
Ignorado	1	1,7

o exame realizado por ocasião do parto em 19 (32,7%) gestantes, considerando-se um tempo mínimo de um mês entre os dois exames. Em duas (10,5%) dessas 19 gestantes houve aumento dos títulos de VDRL em pelo menos quatro vezes ou duas diluições. Uma delas foi medicada com 2,4 milhões de UI de penicilina benzatina durante o pré-natal e informou que o parceiro recebeu igual tratamento. A outra gestante foi medicada com 4,8 milhões de UI de penicilina benzatina durante o pré-natal e informou que o parceiro não foi tratado.

Considerando-se as 58 gestantes, observou-se que quatro (6,9%) delas com VDRL não reagente no pré-natal apresentaram resultado reagente no momento do parto. Dentre as 47 gestantes que realizaram pré-natal, sete (14,9%) não realizaram o VDRL nesse período.

Discussão

O perfil sociodemográfico das gestantes neste estudo indica que a sífilis está ocorrendo em jovens, com algum grau de escolaridade, renda familiar menor do que um salário mínimo e com parceria sexual fixa, resultados semelhantes aos de diversos autores^{14,15,16,17,18,19}. Observou-se um número elevado de adolescentes com sífilis gestacional, provavelmente refletindo o perfil das gestantes do município. Explicação seme-

lhante pode ser aventada para a observação de que aproximadamente dois terços das gestantes com sífilis tinham renda familiar menor do que um salário mínimo.

Eram casadas ou mantinham união estável com o parceiro 39 (67,2%) das gestantes, sendo que 52 (89,7%) referiram o parceiro como pai do recém-nascido. A sífilis, nesse contexto, pode ser consequência de relacionamentos extraconjugais ou ter como fonte de infecção parceiros sexuais anteriores, já que 39 (67,3%) gestantes referiram tempo de relacionamento com o atual parceiro igual ou inferior a cinco anos. Apesar da transmissibilidade da sífilis por contato sexual estar relacionada à fase da infecção, e declinar ao longo do tempo, é possível ocorrer infecção mesmo alguns anos após a lesão primária, o que teoricamente poderia justificar a presença de infecção entre parceiros monogâmicos.

A assistência pré-natal é fundamental à saúde materno-infantil. Nesse período, devem ser desenvolvidas atividades relacionadas à promoção da saúde e identificação de riscos para a gestante e o conceito, permitindo assim a prevenção de inúmeras complicações, além de reduzir ou eliminar fatores e comportamentos de risco associados a vários agravos à saúde^{20,21,22}. O Ministério da Saúde preconiza assistência de pré-natal com no mínimo seis consultas com profissionais de saúde, sendo pelo menos duas delas realizadas por médico. Aconselha ainda o início do atendimento no primeiro trimestre gestacional²³. Os dados oficiais apontam alta cobertura de pré-natal no Brasil, onde quase 90% das gestantes são atendidas por profissionais qualificados²³. Contudo, é importante salientar que ainda assim os resultados são insuficientes para o controle de vários agravos à saúde relacionados à gestação, não havendo redução significativa dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal^{24,25}.

À semelhança de outros estudos^{10,15,22,26}, a maior parte das gestantes (81%) relatou a realização do acompanhamento pré-natal, e com início no primeiro trimestre de gestação em 46,8% dos casos. As duas consultas realizadas com o médico durante o pré-natal não asseguraram um desfecho mais favorável; 37 (63,8%) das gestantes tiveram pelo menos duas consultas com este profissional durante o período pré-natal. Verificou-se, com base nos dados deste estudo e nos realizados por outros autores^{10,15}, que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para assegurar um atendimento de qualidade à gestante, o que torna as metas para o controle da sífilis congênita inalcançáveis com as práticas atuais.

Entre as gestantes que realizaram pré-natal, 22 (46,8%) fizeram a primeira consulta no primei-

Tabela 4

Distribuição das gestantes com VDRL reagente na gestação e/ou no momento do parto, de acordo a adequação do tratamento recebido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2008 (n = 58).

Variáveis	n	%	IC95%
Tratamento da gestante			
Adequado	3	5,2	1,8-14,1
Não adequado\Não realizado	50	86,2	76,1-93,5
Ignorado	5	8,6	3,7-18,6
Adequação do tratamento do parceiro			
Sim	6	10,3	4,8-20,8
Não	46	79,4	67,2-87,7
Ignorado	6	10,3	4,8-20,8
Motivos da inadequação do tratamento (n = 50) *			
Não tratamento da gestante	10	20,0	11,2-33,0
Tratamento finalizado < 30 dias do parto	23	46,0	33,0-59,6
Tratamento finalizado em prazo ignorado	11	22,0	12,8-35,2
Parceiro não adequadamente tratado	44	88,0	76,2-94,4
Parceiro com tratamento ignorado	4	8,0	3,2-18,8

* Houve gestantes com mais de um motivo de inadequação do tratamento.

ro trimestre de gestação, 21 (44,7%) no segundo trimestre e 4 (8,5%) no terceiro, resultado semelhante ao encontrado por Araújo et al.²⁷, Silveira et al.²⁸ e Trevisan et al.²⁹. É de vital importância a utilização de marcadores da qualidade desse atendimento no planejamento, na gestão e na elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde materno-infantil.

Realizaram pelo menos as seis consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde 41,4% das gestantes pesquisadas, número próximo aos 46% encontrados por Saraceni & Leal³⁰ no Município do Rio de Janeiro. Por outro lado, de acordo com os dados de Almeida & Pereira¹⁹, ao avaliar o perfil epidemiológico da sífilis congênita em Salvador (Bahia), apenas 12% dos casos notificados realizaram mais de seis consultas de pré-natal. Essa diferença pode ser explicada pelas coberturas de pré-natal entre esses municípios avaliados. Outra explicação possível para essa discrepância pode estar relacionada ao tipo de estratificação realizada no número de consultas, maior de seis na pesquisa da Bahia, e seis ou mais neste estudo e no do Rio de Janeiro.

Quando a sífilis nas gestantes não é tratada, ou é inadequadamente tratada, pode ocasionar abortamentos, prematuridade e natimortalidade. Quando ocorre a infecção do concepto a partir de mães não tratadas, em aproximadamente 40% dos casos acontecem aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal⁴. Neste estudo, 21 (36,2%) recém-nascidos foram considerados

prematureos (nascimento antes de 37 semanas de idade gestacional), valores ainda maiores que os encontrados por De Lorenzi & Madi¹⁶, em Caxias do Sul (Rio Grande do Sul), onde ocorreu prematuridade em 29,6% dos casos de sífilis gestacional.

Neste trabalho houve a ocorrência de um (1,7%) caso de natimortalidade; embora provável, não foi possível determinar se a causa do óbito estava relacionada à sífilis congênita. Houve histórico de abortamento espontâneo prévio em 16 (27,6%) gestantes. Esses números guardam grande proximidade com os encontrados por Saraceni et al.⁹ e Almeida & Pereira¹⁹. Entre as 39 (67,2%) gestantes multigestas, oito (20,5%) referiram sífilis em gestação anterior, o que pode refletir tratamento inadequado naquela ocasião ou ainda uma reinfecção posterior.

Neste estudo foi observado que em 23 (39,7%) gestantes o cartão não trazia as informações necessárias, e que em 17 (29,3%) casos a gestante não possuía o cartão. Araújo et al.²⁷ e Lima³¹ também evidenciam a falta de informações contidas em prontuários e cartões da gestante. Esse fato pode estar relacionado à falta de qualidade no atendimento pré-natal. O correto preenchimento do cartão da gestante é fundamental para que os profissionais de saúde possam realizar com segurança o seguimento do tratamento da sífilis na gestante.

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, o exame de VDRL deve ser realizado

logo no início da assistência pré-natal, repetido no terceiro trimestre gestacional e no momento do parto. Os dois primeiros exames visam a garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança³². Apesar dessa recomendação, somente 32 (55,2%) gestantes tiveram o diagnóstico ainda no período pré-natal. Não houve registro da realização do segundo VDRL nas gestantes. É importante ressaltar a necessidade da realização desse segundo exame por volta da 28ª semana de gestação, conforme preconizado. Houve quatro (6,9%) gestantes que apresentaram o único VDRL realizado no período pré-natal não reagente, tendo perdido a oportunidade de serem adequadamente tratadas caso o exame tivesse sido repetido no terceiro trimestre. Esses números demonstram a fragilidade do atendimento pré-natal, fato igualmente verificado por outros autores^{18,29,30,33}.

Para que a gestante com sífilis seja considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção do conceito, deve ser medicada com penicilina G benzatina, nas doses apropriadas à fase da infecção, ter finalizado o tratamento pelo menos 30 dias antes do parto, e ter o parceiro concomitantemente tratado com o mesmo esquema terapêutico da gestante^{12,23}. Com as informações disponíveis neste estudo não foi possível estabelecer a fase clínica da infecção das gestantes. Dessa forma, a avaliação

da adequação do tratamento foi feita mediante a data de finalização do esquema terapêutico utilizado e a realização do tratamento completo do parceiro. Considerando-se esses critérios, apenas três (5,2%; IC95%: 1,8%-14,1%) gestantes foram consideradas adequadamente tratadas. A principal causa de inadequação do tratamento foi a falta de tratamento do parceiro. Esses foram considerados devidamente tratados em apenas seis (10,6%; IC95%: 4,8%-20,8%) casos. Esses números estão bastante próximos dos encontrados em outros estudos em diferentes regiões do país^{16,18,29,34}.

Este estudo evidenciou que a quantidade de consultas realizadas pela gestante em seu atendimento pré-natal não é suficiente para garantir o controle da sífilis. A diminuição significativa da sua incidência no período gestacional e a conseqüente diminuição de casos de sífilis congênita só poderá ser efetiva quando as medidas de prevenção e controle forem satisfatoriamente aplicadas^{10,33}. Para isso, é necessário que tanto os profissionais da saúde quanto os gestores estejam seriamente comprometidos com a qualidade dos serviços prestados na assistência pré-natal. Considerando a importância dos registros referentes ao acompanhamento da gestante, cabe ressaltar a necessidade de melhoria nas informações registradas nos prontuários e nos cartões das gestantes.

Resumo

O objetivo deste estudo transversal foi conhecer o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL reagente, em Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2008. Foi verificado o percentual das gestantes com sífilis que foram consideradas inadequadamente tratadas e os motivos da inadequação, de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Foram entrevistadas 58 gestantes no pós-parto imediato, internadas em cinco maternidades públicas do município, e consultadas as informações do prontuário e do cartão das gestantes. Foram avaliados dados sociodemográficos, obstétricos e variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento da gestante

e do parceiro. Apenas três (5,2%; IC95%: 1,8%-14,1%) gestantes foram consideradas adequadamente tratadas. O principal motivo da inadequação do tratamento foi a falta ou inadequação do tratamento do parceiro (88% dos casos; IC95%: 76,2%-94,4%). Foi possível constatar a necessidade de um segundo VDRL no terceiro trimestre de gestação. Os dados evidenciaram que o atendimento recebido pela gestante não foi suficiente para garantir o controle da sífilis congênita.

Sífilis Congênita; Gestantes; Cuidado Pré-Natal

Colaboradores

A. L. A. Campos, M. A. L. Araújo e M. L. C. Gonçalves participaram da concepção, análise, redação e revisão final do artigo. S. P. Melo participou da concepção, análise e redação do manuscrito.

Referências

1. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Pires O, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19:162-5.
3. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ* 2004; 82:402-9.
4. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19:166-72.
6. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16:211-7.
7. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, Garcia SG, Zegarra L, Díaz-Olaviarreta C, et al. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. *Salud Pública Méx* 2007; 49:422-8.
8. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1244-50.
10. Wolf T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 150:710-6.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis – United States, 2003-2008. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep* 2010; 59:413-7.
12. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita – manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* 2004; 82:433-8.

14. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade Escola – UFRJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2001; 13:6-8.
15. Lima BGC, Costa MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17:123-7.
16. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23:647-52.
17. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico – AIDS e DST*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
18. Figueiró-Filho EA, Gardenal RVC, Assunção LA, Costa GR, Periotto CRL, Vedovatte CA, et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no Município de Campo Grande – MS. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19:139-43.
19. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. *DST J Bras Doenças Sex Transm* 2007; 19:144-56.
20. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. *Implantação do programa de humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
21. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto na área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:35-45.
22. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:303-10.
23. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Plano estratégico – Programa Nacional de DST e AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
24. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da Cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 Suppl 1:523-32.
25. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1281-9.
26. Lima LHM, Viana MC. Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, hepatitis B, hepatitis C, and HTLV-I/II infection in low-income postpartum and pregnant women in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:668-76.
27. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS* 2008; 11:4-9.
28. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:131-9.
29. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Khaddoun E. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24:293-9.
30. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1341-9.
31. Lima BGC. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública* 2004; 28:9-18.
32. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
33. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:851-8.
34. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à gestante e ao recém nascido. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16:165-73.

Recebido em 11/Dez/2009

Versão final reapresentada em 19/Jul/2010

Aprovado em 26/Jul/2010