



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**AVALIAÇÃO DO MANEJO DO RECÉM NASCIDO COM
SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE**

SIMONE PAES DE MELO

**FORTALEZA - CE
2008**

SIMONE PAES DE MELO

**AVALIAÇÃO DO MANEJO DO RECÉM NASCIDO COM
SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves

**Fortaleza-CE
2008**

SIMONE PAES DE MELO

**AVALIAÇÃO DO MANEJO DO RECÉM NASCIDO COM SÍFILIS
CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE**

Data de Aprovação: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves
Orientador - UNIFOR

Prof. Dr. Adauto José Gonçalves de Araújo
Membro Efetivo - ENSP/FIOCRUZ

Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo
Membro Efetivo - UNIFOR

Prof. Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Membro Suplente - UNIFOR

A meu esposo João Alfredo e meus filhos Ana Carolina, Kaily, João Pedro e Yasmin, pela compreensão e amor a mim dedicado durante este período em que estive tão ausente de suas vidas e à minha mãe Ana Maria (*in memorian*), que nos momentos de dificuldade estava sempre comigo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela capacidade pensar e de amar a vida incondicionalmente!

Agradeço a meu esposo pela compreensão, companheirismo e amor!

Agradeço aos meus filhos pelo carinho em superar a minha ausência!

Agradeço a meu orientador Professor Marcelo Gonçalves, pela paciência e sabedoria a mim transmitidas!

Agradeço à amiga Alix, pelo estímulo e encorajamento, que me servem de modelo!

Agradeço a Socorro Cavalcante, por ter me revelado a fragilidade do cuidado ao RN com sífilis congênita e me encorajado a vencer este desafio!

Agradeço ao corpo docente e funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva pelo incentivo e colaboração em todos os momentos difíceis!

Agradeço a todos os colaboradores, alunas pesquisadoras e funcionários dos Hospitais participantes da pesquisa, sem a participação dos quais a pesquisa teria se tornado inviável!

RESUMO

Há décadas a eliminação da sífilis continua impondo desafios aos organismos internacionais e nacionais responsáveis pelas políticas públicas de saúde. O Brasil, apesar do avanço relacionado à triagem no pré-natal a partir da década de 90, ainda apresenta uma alta frequência deste agravo. Quando ocorre a perda da oportunidade de detecção precoce da sífilis na gestante, a prevenção de algumas sequelas associadas à infecção é possível com o manejo adequado do recém-nascido. O objetivo deste trabalho foi avaliar o seguimento no Sistema Único de Saúde dos recém nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, em Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo, cuja coleta dos dados ocorreu a partir das notificações feitas ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Município e dos prontuários das mães e dos recém-nascidos identificados, nas sete maternidades públicas de Fortaleza. No período de janeiro a junho de 2006 foram notificados 123 casos de sífilis congênita em nascidos vivos residentes em Fortaleza. Apenas em 62,5% dos casos o diagnóstico da sífilis nas gestantes foi realizado antes do parto. Apenas cinco (5,4%) recém-nascidos tiveram a investigação e o tratamento considerados adequados segundo as Normas do Ministério da Saúde. Os dados demonstram deficiências importantes na atenção ao recém-nascidos tiveram a investigação e o tratamento considerados adequados segundo as normas do Ministério da Saúde. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam resultar em um melhor acompanhamento clínico do recém-nascidos com sífilis, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade relacionada a este agravo.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Assistência Pré-natal.

ABSTRACT

Control of congenital syphilis is defying international and national health care authorities. In spite of the improvement occurred in the screening of syphilis in pregnant women since the 90's, congenital syphilis still shows in incidence. When the opportunity to treat pregnant women is lost, it is possible to prevent some sequels among infected children if they are treated at birth. The aim of this retrospective study was to analyze the follow up of newborns, notified as cases of congenital syphilis to health care authorities in Fortaleza, Ceará, Brazil. There were 123 notifications of newborns with congenital syphilis between January and June 2006. Data were collected from the notification forms. All identified cases were reviewed through analysis of medical files from the pregnant women and her offspring, at the seven public maternities in the municipality. Diagnosis of syphilis has occurred during pregnancy in 62,5% cases. Only five (5.4%) newborns have received adequate follow up, and treatment for congenital syphilis according Brazilian Health Authority's recommendations. Data have shown severe deficiencies in the care of newborns with syphilis. We hope this study could help the improvement of health care provided to infected newborns, in order to reduce morbidity and mortality from congenital syphilis.

Key words: Syphilis; Congenital syphilis; Antenatal care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3 OBJETIVOS.....	24
4 METODOLOGIA.....	25
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÕES.....	44
8 REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	53
ANEXOS	58

1. INTRODUÇÃO

A eliminação da sífilis congênita vem impondo desafios aos organismos nacionais e internacionais responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Em países da América Latina, a sífilis em mulheres grávidas é responsável por causas de natimortalidade, mortalidade perinatal e neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e principalmente perdas fetais (ARAÚJO *et al.*, 2000; DE LORENZI *et al.*, 2001; LANSKY *et al.*, 2002; LIMA, 2002).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu uma política para eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública mundial, recomendando a adoção de quatro estratégias básicas a serem desenvolvidas pelos próprios países. Estas estratégias envolviam questões culturais, epidemiológicas e da atenção pré-natal a serem implantadas: empenho político e ações sustentáveis; melhoria do acesso e qualidade de serviços materno-infantis; garantia de tratamento adequado; diminuição das oportunidades perdidas de detecção precoce de mães e recém-nascidos (RN) (WHO, 2005).

Entretanto, a implantação da política de eliminação da sífilis congênita recomendada pela OMS não tem sido suficiente para reverter o quadro mundial deste agravo, apesar de estudo mostrar que os países, inclusive o Brasil, atenderem às recomendações estruturais e organizacionais recomendadas (HOSSAIN *et al.*, 2007). Esse fato deixa evidente que os esforços devem se concentrar também na melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

Estudos demonstram que a atenção dispensada ao controle de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a sífilis congênita, não recebe a mesma prioridade que o HIV/aids. Há mais RN infectados por sífilis congênita do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo pelo vírus HIV e tétano (LUMBIGANON *et al.*, 2002). Identifica-se tal situação quando avaliamos os avanços conquistados na prevenção da transmissão vertical do HIV. No Brasil, apesar de esforços anteriores para sua eliminação ainda não se obteve controle sobre a doença. Estudos mostram que a baixa qualidade da

assistência pré-natal, pode ser a causa, pois apesar da melhoria do acesso e do aumento da cobertura (DE LORENZI *et al.*, 2001; COUTINHO *et al.*, 2003; SARACENI *et al.*, 2007), são perdidas muitas oportunidades de realizar o diagnóstico e o tratamento adequado em gestantes com sífilis (DE LORENZI *et al.*, 2001).

Quando ocorre a perda de oportunidade de tratamento da gestante com sífilis no pré-natal, a redução das seqüelas associadas à infecção pode ainda ocorrer se houver o manejo adequado do RN exposto por ocasião do nascimento. A sífilis congênita pode ocasionar no RN quadros mórbidos perinatais, incluindo a neurosífilis, além de complicações tardias (PAHO, 1995).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que os RN nascidos de mães que apresentaram sífilis não tratada ou inadequadamente tratada na gravidez, mesmo que assintomáticos, devem realizar no período neonatal o exame sorológico para detecção da infecção, radiografia de ossos longos, hemograma e análise do líquido (BRASIL, 2007).

O manejo adequado do RN com sífilis requer atenção de maior complexidade, pois são recomendados procedimentos que exigem profissionais capacitados e infra-estrutura adequada (ROTTA, 2005). A decisão de tratar a criança baseia-se nos seguintes pressupostos: diagnóstico de sífilis na mãe; adequação do tratamento materno; evidência clínica, laboratorial ou radiológica de sífilis no RN (BRASIL, 2007).

São escassos na literatura científica os estudos que avaliam o manejo da criança com sífilis após o nascimento, geralmente se restringindo a avaliar a infecção sob o prisma materno. Conhecer como ocorre o manejo dos recém nascidos com sífilis congênita no Município de Fortaleza, Ceará, é importante para se avaliar a qualidade da assistência médica oferecida a este segmento populacional.

A experiência da autora como técnica da Coordenação Municipal de DST/aids do município facilitou a identificação, através do acompanhamento dos indicadores das maternidades públicas, do alto índice de gestantes com sífilis por ocasião do parto, além da falta de informações acerca do manejo e

seguimento dos RN dessas gestantes. A escassez de trabalhos científicos sobre o manejo e seguimento das crianças nascidas de mães infectadas estimulou a realização desse estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Breve Histórico da Sífilis

O agente etiológico da sífilis, a espiroqueta *Treponema pallidum*, foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann em 1905, em Berlim. Foi originalmente denominada de *Spirochaeta pallida* pela dificuldade de ser corada pelas técnicas disponíveis na época (ASSIS, 1925 *apud* ROTTA, 2005). Karl Landsteiner, médico austríaco, confirmou o achado, visualizando o microrganismo pela técnica de microscopia de campo escuro, por ele desenvolvida em 1906. Neste mesmo ano passou a ser denominada *Treponema pallidum*. Em 1907 foi desenvolvido por Wassermann o primeiro exame sorológico efetivo para o diagnóstico da sífilis, uma reação de fixação do complemento (RIVITTI, 1994; GUINSBURG, 2005 AVELLEIRA *et al.*, 2006).

O termo sífilis é derivado do poema *Syphilis sive morbus gallicus*, de Girolamo Fracastoro, médico e poeta italiano dos séculos XV e XVI. Anteriormente, a designação da doença havia passado por várias adjetivações com cunho pejorativo, tais como mal espanhol, mal francês e mal italiano, na dependência da desavença da ocasião entre países rivais.

Várias teorias tentam explicar a rápida expansão da treponematose no continente europeu, ocorrida a partir do final século XV. Atribui-se este fenômeno às grandes expedições marítimas, ou a possíveis mutações e adaptações ecológicas de espécies de treponemas endêmicos do continente africano (RIVITTI, 1994; AZULAY, 2004). Ao final do século XIX, já era um dos principais problemas de saúde pública no mundo.

As primeiras descrições da sífilis congênita são atribuídas a Lopez de Villa Lobos e Fracastoro. O médico suíço Filipe Von Hohenheim, mais conhecido como Paracelsus, parece ter sido o primeiro a levantar a hipótese da transmissão intra-útero. Posteriormente, no final do século XIX, Jonathan Hutchinson descreveu detalhadamente a sífilis congênita através da tríade que

leva seu nome, composta pela má formação dos dentes, ceratite intersticial e surdez neuro-sensorial (RIVITTI, 1999; AVELLEIRA *et al.*, 2006).

A evolução do tratamento da sífilis foi lenta, com a introdução de drogas progressivamente mais ativas a partir dos compostos mercuriais. Em 1910, Paul Ehrlich, médico alemão, trouxe para a prática clínica um composto arsenical conhecido como Salvarsan, ou composto 606. As pesquisas que se sucederam levaram ao desenvolvimento de outros arsenicais, destacando-se o composto 914 ou Neosalvarsan (RIVITTI, 1999; AZULAY, 2004).

Com a descoberta da penicilina em 1943, a mudança no panorama propiciada pela ação eficiente da droga diminuiu o interesse pelo estudo e controle da doença. A queda da sua incidência foi tão rápida que se chegou a pensar que no final do século XX a doença estaria erradicada (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

Com as mudanças comportamentais observadas nas últimas décadas, observou-se um recrudescimento na incidência de sífilis em mulheres na idade fértil e conseqüentemente um aumento do número de casos de sífilis congênita, tornando-se um problema de saúde pública desafiador (GUINSBURG *et al.*, 1992; RIVITTI, 1994)

Nos anos 70 a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida impulsionou os estudos acerca das doenças sexualmente transmissíveis (DST). A sífilis passou a ser considerada inclusive como um fator facilitador da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (PEELING *et al.*, 2004; AVELLEIRA *et al.*, 2006).

Em países pobres, onde a dificuldade de acesso à assistência à saúde é a regra, e onde as práticas de sexo seguro são raras, a sífilis e conseqüentemente a sífilis congênita nunca deixaram de ser um importante agravo à saúde pública (SARRACENI *et al.*, 2007).

História da Política de Saúde da Mulher no Brasil e da Assistência Pré-Natal

A dificuldade em controlar a sífilis gestacional tem uma relação direta com a história da saúde da mulher e as políticas públicas. No Brasil, as políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX eram limitadas às demandas relativas à gestação e ao parto. Os programas maternos infantis elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 traduziam uma visão reducionista da mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel pela criação, educação e cuidado com os filhos e demais familiares. Além da verticalidade das ações e a falta de integração com outros programas e ações propostas, a estratégia utilizada de proteção aos grupos de risco e situação de maior vulnerabilidade, como crianças e gestantes, dificultavam a adequada assistência integral à mulher na maior parte de sua vida, reduzindo a assistência à saúde da mulher a cuidados no período do ciclo gravídico-puerperal (OSIS, 1998; COSTA *et al.*, 2001).

A partir da década de 80 os enfoques de gênero e de integralidade serviram como princípio norteador na formação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), na busca de melhorar a atenção obstétrica, o planejamento familiar e o combate à violência doméstica e sexual (SERRUIA *et al.*, 2004). Apesar da implantação do PAISM, a qualidade da assistência à saúde da mulher não obteve a melhoria esperada. O reconhecimento da necessidade de estabelecer novas estratégias para seu acompanhamento no ciclo gravídico-puerperal estimulou o Ministério da Saúde a instituir o programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em junho de 2000 (BRASIL, 2001).

Dentre os objetivos do PHPN destaca-se a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com a ampliação do acesso à assistência pré-natal, do estabelecimento de critérios para melhoria da qualidade das consultas e ainda promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000).

Políticas de Controle de Sífilis

Subestimada tanto nacional como internacionalmente, a sífilis congênita é foco de menos atenção nas políticas públicas materno-infantis do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana ou o tétano, apesar de ser a infecção neonatal mais freqüente (LANSKY *et al.*, 2002; PAHO, 2004; RAMOS *et al.*, 2007).

De acordo com a OMS, aproximadamente 10 a 15% das gestantes nos países subdesenvolvidos têm sífilis. Em 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde lançou uma campanha para reduzir a taxa de sífilis congênita nas Américas para menos de 50 casos por 100.000 nascidos vivos (WHO, 1995). Atualmente o objetivo global é a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública, através de medidas que reduzam a prevalência de sífilis em gestantes e a sua transmissão vertical, como a detecção precoce da infecção nas gestantes e tratamento adequado (WHO, 2008).

A elaboração de um plano de eliminação de sífilis congênita faz parte de um compromisso que o Brasil assumiu junto a Organização Pan Americana de Saúde e países da América Latina e Caribe através da resolução CE116.R3, cuja meta é o registro de um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos ao ano (BRASIL, 2005).

No Brasil, em 1993, o Ministério da Saúde propôs a erradicação da sífilis congênita no país até o ano 2000, tendo em vista a possibilidade de prevenção e tratamento no pré-natal das gestantes infectadas (BRASIL, 1998; VASCONCELOS, 2000). De acordo com os indicadores atuais, as metas não foram atingidas, permanecendo em patamares muito elevados (DE LORENZI *et al.*, 2001; LANSKY *et al.*, 2002; SARRACENI *et al.*, 2003).

Apesar das bases de prevenção da sífilis congênita já estarem estabelecidas em muitos países, a persistência de altos índices da infecção atesta a ineficiência dos sistemas de saúde no enfrentamento do problema, verificada em todos os níveis gerenciais e operacionais de assistência (WHO, 2008).

Epidemiologia da Sífilis Congênita

Apesar de ser uma doença com agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, portanto passível de prevenção, continua a impor desafios aos gestores e aos profissionais de saúde. Quando não diagnosticada precocemente, e tratada com adequação, a sífilis gestacional pode ocasionar danos irreversíveis ao conceito. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão vertical.

A OMS estima que a cada ano nasçam no mundo 500 mil crianças com sífilis congênita, ocorrendo outros 500 mil casos de abortos e natimortos associados à sífilis (WHO, 2005). Apesar de ser uma doença de notificação compulsória no país, não se conhece a real magnitude do problema, já que a subnotificação de registros de casos de doenças é a regra (FAÇANHA, 2005; MARZIALLE, 2003). A subnotificação associada à baixa qualidade dos registros dos casos notificados dificultam a elaboração de estratégias de controle da doença (ARAUJO *et al.*, 2008).

No Brasil, no período de 1998 a 2004, foram notificados 24.448 casos da doença. Estes dados demonstram que as ações de controle do agravo são deficientes no país. (BRASIL, 2005). No ano de 2005 foram notificados e investigados 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil. O que pode se observar é que a taxa de incidência passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos no ano de 2000 para 1,9 casos por mil nascidos vivos em 2005, variando de acordo com a região: 0,8 para a Região Sul; 1,6 para a Região Norte; 1,6 para o Centro-Oeste; 2,2 para o Sudeste e 2,2 para o Nordeste (BRASIL, 2007). Em 1998, um estudo com abrangência nacional estimou as prevalências de 1,45, 1,37, 1,34, 0,89 e 0,29 casos para cada 1.000 nascidos, respectivamente nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste, Sul e Norte (BRASIL, 2004) .

Em 2004, a prevalência de sífilis em parturientes encontrada no estudo Sentinela-Parturiente realizado pelo Ministério da Saúde foi de 1,6 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, o que representou

aproximadamente 50.000 parturientes com sífilis ativa e uma estimativa de 15.000 crianças infectadas no período (BRASIL,2004)

No Nordeste do país, a prevalência de sífilis em gestantes admitidas para parto/curetagem foi de 1,9% no ano de 2006 (BRASIL, 2007). Em Fortaleza, a taxa de incidência da sífilis congênita para os anos de 2005 e 2006 foi de 6,3 e 8,0 para cada 1.000 nascidos vivos, respectivamente. Este aumento verificado no período de um ano pode estar relacionado a melhoria das notificações e não apenas ao crescimento do número de casos (SMS/ CEVEPI, 2006).

As prevalências mais elevadas da sífilis encontram-se nos grupos sociais mais vulneráveis, com baixo nível sócio-econômico e acesso limitado à educação e a serviços de saúde de qualidade. As gestantes com baixo nível sócio-econômico, com acesso limitado a serviços de saúde de qualidade e sem parceiro fixo representam a parcela da população de gestantes mais vulnerável à sífilis (DE LORENZI *et al.*, 2001; BRASIL, 2005).

Neste sentido, o pré-natal tem um papel fundamental nas ações de controle deste agravo. No Brasil, cerca de 70% das mães de RN notificados como casos de sífilis congênita freqüentaram o pré-natal, e por diferentes motivos as oportunidades de realizar o diagnóstico e o tratamento adequado destas gestantes foram perdidas (PAZ *et al*, 2004).

Um importante indicador de condições de saúde da população é a taxa de mortalidade perinatal, pois revela informações valiosas acerca da qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (VARDANEGA *et al.*, 2002). Em 2005 foi observada uma taxa de mortalidade neonatal de 02 óbitos por 100.000 crianças menores de 01 ano causado pelo agravo, reforçando a informação sobre a ineficiência das ações de controle(BRASIL,2005).

A sífilis congênita ocupa um lugar de destaque dentre as causas básicas de óbitos infantis, além de ocasionar abortamentos e natimortalidade. Aproximadamente 50% dos casos de conceptos infectados morrem no período perinatal ou no primeiro ano de vida (MASCOLA *et al.*, 1984; HIRA *et al*, 1990; SARACENI *et al.*, 2005; VARDANEGA *et al.*, 2002; LIMA, 2004); A

importância da sífilis congênita como causa de mortalidade perinatal foi demonstrada por GUST *et al* (2002) nos Estados Unidos da América no período de 1992-1998, quando encontraram 760 natimortos entre 14.627 casos de sífilis congênita, e por WATSON *et al* (2002) na Tanzânia, onde 51,0% dos casos de natimortos foram relacionados à sífilis materna.

Aspectos Clínicos da Sífilis Congênita

A transmissão da sífilis pode ocorrer por via sexual, ou forma adquirida, e por transmissão vertical, ou forma congênita. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da infecção materna, porém é maior nos estágios iniciais da doença (CDC, 2004). Segundo estimativa da OMS, a transmissão vertical do treponema ocorre em aproximadamente 50% dos casos de infecção da gestante, podendo acarretar, além de perdas fetais e mortalidade perinatal, seqüelas físicas, sensoriais e alterações no desenvolvimento da criança (ARAUJO *et al*, 1999; BRASIL, 2005).

A taxa de transmissão vertical da infecção em gestante não tratada varia de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, com redução para 30% nas fases terciária e latente tardia da infecção. O diagnóstico da sífilis congênita depende da combinação de critérios clínicos, sorológicos e radiográficos (Centers for Disease Control and Prevention, 1998; BRASIL, 2005).

Aproximadamente 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com o surgimento dos primeiros sinais geralmente até os três primeiros meses de vida. Quando a sífilis se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada sífilis congênita precoce e, após esta idade, de sífilis congênita tardia. (Centers for Disease Control and Prevention, 1998)

Na sífilis congênita precoce, as lesões cutâneo-mucosas podem estar presentes desde o nascimento, e as mais comuns são exantema maculoso na face e extremidades, lesões bolhosas, *condiloma latum*, fissuras periorais e anais. Pode haver um quadro de sepse, icterícia, hidropsia fetal,

hepatoesplenomegalia, anemia, linfadenopatias generalizadas, rinite mucosanguinolenta, osteocondrite, periostite, osteíte, síndrome nefrótica, convulsões, lesões do sistema nervoso central e do aparelho respiratório, paralisia dos membros e pancreatite, na dependência da gravidade da infecção (GINSBURG, 2005).

Na sífilis congênita tardia podem ocorrer alterações em ossos longos, geralmente nas tíbias (tíbia em sabre), e em ossos da face (fronte olímpica e alterações mandibulares), na pirâmide nasal (nariz em sela), nos dentes incisivos superiores (dentes de Hutchinson) e nos molares. Pode haver ainda ceratites intersticiais, surdez neurológica, dificuldade de aprendizado e retardo mental (RIVITTI, 1994; AZULAY, 2004; BRASIL, 2005).

Diagnóstico da sífilis

As técnicas para o diagnóstico laboratorial variam de acordo com a fase de infecção. Na sífilis primária pode ser realizada a pesquisa direta do microrganismo em microscopia de campo escuro, técnica pouco utilizada no país devido às dificuldades operacionais.

O método diagnóstico mais utilizado para a detecção da infecção pelo *Treponema pallidum* baseia-se nas reações sorológicas. Estas podem ser classificadas em testes treponêmicos e testes não treponêmicos, na dependência do antígeno utilizado nas reações.

Entre os testes não treponêmicos destaca-se o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que utiliza um cardiolipina como antígeno. É o teste mais empregado na rede pública de saúde no Brasil. Por ser de baixo custo e de técnica simples é muito usado como triagem sorológica. Permite ainda titulação da reatividade, o que o torna apropriado para o controle de cura, pois os resultados tendem à negatificação com a terapêutica bem sucedida. Sua sensibilidade é considerada boa, variando de 78 a 100%, conforme a fase clínica da infecção (BARSANTI *et al.*, 1999). São, entretanto, menos específicos do que os testes treponêmicos, podendo

apresentar resultados falso-positivos em várias outras situações clínicas (ROTTA, 2005).

O teste treponêmico mais utilizado no país é o *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTA-Abs). Tem pouca correlação com a atividade da doença e é utilizado na confirmação da reatividade de testes não treponêmicos, em determinadas situações clínicas, já que sua especificidade é superior a dos testes não treponêmicos, variando entre 94 a 100% (BRASIL, 2007).

No diagnóstico da sífilis em gestantes, o Ministério da Saúde indica a testagem sorológica no primeiro trimestre gestacional e no início do terceiro. Na ausência de um teste treponêmico confirmatório, deve-se considerar infectada toda gestante com VDRL reagente em qualquer titulação, sem história de tratamento prévio adequado.

Manejo Clínico da Criança com Sífilis Congênita

O Ministério da Saúde preconiza uma série de rotinas diagnósticas e protocolos de atendimento a serem observados no seguimento de crianças nascidas de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, parto ou puerpério (BRASIL, 2005). A conduta a ser adotada baseia-se em quatro aspectos pressupostos:

- Diagnóstico de sífilis na gestante;
- Adequação do tratamento materno;
- Evidência clínica, laboratorial ou radiológica da sífilis no RN;
- Comparação da titulação do VDRL materno com a do VDRL do RN na ocasião do parto.

Conforme orientação do Ministério da Saúde, o tratamento da sífilis em gestante é considerado adequado se tiver sido completado, utilizado dose de penicilina adequada ao estágio da doença, finalizado pelo menos 30 dias antes

do parto e se o parceiro tiver sido tratado concomitantemente. (BRASIL,2007).

Tratamento inadequado é o realizado com qualquer medicamento que não seja penicilina, ou por tempo insuficiente ou inadequado para a fase clínica, ou ainda gestante que tenha sido tratada menos de um mês antes do parto, ou parceiro não tratado, ou ausência da queda ou elevação dos títulos da sorologia não treponêmica.

Excetuando-se os RN assintomáticos com VDRL não reagente, e nascidos de mãe adequadamente tratada, todos os demais RN de mães com diagnóstico de sífilis gestacional devem ser submetidos aos seguintes procedimentos na maternidade:

- a) VDRL no soro;
- b) Hemograma;
- c) Radiografia de ossos longos;
- d) Exame de líquido (celularidade, dosagem de proteínas e VDRL)
- e) Outros exames, quando clinicamente indicados.

As principais alterações radiológicas da sífilis congênita são associadas a osteocondrite, osteíte e periostite em diáfise e metáfise de ossos longos, tais como tíbia, úmero e fêmur. O hemograma pode revelar anemia e plaquetopenia. O exame do líquido cefalorraquidiano pode mostrar celularidade aumentada, aumento de proteínas e reatividade ao VDRL, conjunta ou isoladamente.

Em função da situação epidemiológica, clínica e laboratorial, estes RN podem ser classificados em quatro categorias, A1, A2, A3 e C1, com tratamentos distintos (BRASIL, 2007) .

O quadro I sintetiza o algoritmo para esta classificação.

Quadro 1: Algoritmo utilizado para classificação do quadro de sífilis congênita.

Tratamento materno	Sinais clínicos	VDRL	Exames complementares	Classificação do RN
inadequado	presentes ou não	+ ou -	alterados (LCR normal)	A1
inadequado	presentes ou não	+ ou -	alterados (LCR alterado)	A2
inadequado	Ausentes	-	Normais	A3
adequado	presentes ou não	+ ou -	alterados (LCR normal)	A1
adequado	presentes	+ ou -	alterados (LCR alterado)	A2
adequado	Ausentes	+	alterados (LCR normal)	A1
adequado	Ausentes	+	alterados (LCR alterado)	A2
adequado	Ausentes	-	não necessários	C1

Adaptado de Protocolo para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. Ministério da Saúde, 2007

O tratamento do RN com diagnóstico de sífilis congênita varia em função da classificação, e é apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Tratamento do RN com sífilis congênita, de acordo com a classificação do quadro clínico.

classificação do RN	droga	posologia
A1	penicilina G cristalina	50.000 UI/Kg EV, de 12/12horas nos 7 primeiros dias, e de 8/8 horas do 8 ^o ao 10 ^o
	ou penicilina G procaína	50.000 UI/Kg IM, 1x ao dia, por 10 dias
A2	penicilina G cristalina	50.000 UI/Kg EV, 12/12horas nos 7 primeiros dias e após de 8/8 horas até o 10 ^o dia
A3	penicilina G benzatina	50.000UI/Kg, IM dose única
C1*	penicilina G benzatina	50.000UI/Kg, IM dose única

Adaptado de Protocolo para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis. Ministério da Saúde, 2007.

*Obs.: Caso haja garantia de seguimento do RN, pode ser indicado apenas seguimento clínico-laboratorial.

Os RN devem ser acompanhados clínica e laboratorialmente. O acompanhamento sorológico deve ser realizado com o VDRL aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida, interrompendo-se o seguimento com dois exames consecutivos negativos. Aos 12 e aos 18 meses, é recomendável a realização de um teste treponêmico.

O acompanhamento do RN deve incluir ainda avaliação neurológica, auditiva e oftalmológica semestrais, durante os dois primeiros anos de vida. Em casos com alterações líquóricas ao exame inicial, o líquido deve ser reexaminado a cada seis meses até a normalização.

3. OBJETIVOS

Geral

Avaliar o manejo do recém-nascido com o diagnóstico de sífilis congênita, em Fortaleza, Ceará.

Específicos:

1. Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das mães de RN com sífilis congênita;
2. Avaliar a assistência pré-natal recebida pelas mães dos RN com sífilis congênita;
3. Quantificar o percentual de RN com sífilis congênita com manejo clínico considerado inadequado, segundo as normas do Ministério da Saúde;
4. Identificar os fatores associados ao manejo inadequado dos RN com sífilis congênita.

4. METODOLOGIA

Desenho Geral do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo, do tipo descritivo, baseado em dados secundários, com o objetivo principal de avaliar o seguimento de nascidos vivos com diagnóstico de sífilis congênita notificados ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, CE, no período de estudo. A partir da identificação dos casos pelas fichas de notificação, foram visitadas as maternidades de ocorrência dos partos para verificação dos prontuários e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e posterior análise.

Locais e Fontes de Dados do Estudo

Os dados foram inicialmente coletados na Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, responsável pela coleta, consolidação, análise e divulgação dos dados de todos os agravos de doenças de notificação compulsória, bem como pelo lançamento dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Após identificação dos casos notificados, foram visitadas as sete maternidades públicas localizadas no município, a fim de serem coletadas informações diretamente dos prontuários das gestantes e, quando existente, dos prontuários dos RN. Foram visitadas as seguintes unidades de saúde: Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter, Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Geral César Cals, Hospital Geral de Fortaleza e Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Período de Estudo

Foram coletadas informações sobre os nascidos vivos de janeiro a junho do 2006, em Fortaleza, e que foram notificados como casos de sífilis congênita. Este período foi escolhido pela possibilidade de se obter informações sobre a situação sorológica dos RN decorridos os 18 meses de acompanhamento preconizados pelo Ministério da Saúde. Os dados foram coletados entre os meses de março a outubro de 2008.

Amostra de Estudo

Estimando-se uma frequência de RN com sífilis congênita com manejo adequado de 50%, com precisão de 10% e um nível de confiança de 95%, a amostra mínima necessária a ser avaliada neste estudo foi de 96 casos notificados. Neste trabalho foi utilizada uma amostra superior ao número amostral mínimo.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os RN cujas mães apresentaram VDRL reagente com qualquer titulação no momento do parto, ocorrido entre 01 de janeiro e 30 de junho de 2006, e notificados à Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza como caso de sífilis congênita, conforme os critérios do Ministério da Saúde.

Critério de Exclusão

Foram excluídos os RN com diagnóstico de sífilis congênita cujas mães não residiam em Fortaleza.

Coleta de Dados e Variáveis Estudadas

Os dados foram coletados por meio de um questionário, contemplando variáveis sociodemográficas, histórico obstétrico, histórias de sífilis e outras DST prévias e o acompanhamento clínico e laboratorial recebido pela criança no momento do parto e nos 18 meses subsequentes. Os dados referentes às variáveis sociodemográficas das parturientes foram coletados diretamente das fichas de notificação. Todos os demais dados foram coletados nos prontuários das gestantes e, quando existente, nos prontuários dos RN.

Análise de Dados

Os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). As variáveis categóricas foram submetidas à análise univariada por meio de distribuições de freqüências, e as variáveis numéricas à análise de medidas de tendência central e de dispersão.

Os dados coletados foram confrontados com as recomendações oficiais do Ministério da Saúde sobre o manejo clínico de RN com sífilis congênita. O hemograma do RN foi considerado alterado quando a contagem de plaquetas foi inferior a $130.000/\text{mm}^3$ de sangue, ou quando a hemoglobina total foi inferior a 14g/dl ou quando a contagem de leucócitos foi maior do que 14.000 leucócitos/ mm^3 de sangue. O líquido foi considerado alterado se a dosagem de proteínas foi superior a 150mg/dl, ou se a celularidade foi superior a 25 leucócitos/ mm^3 , ou se apresentou o VDRL reagente. A radiografia dos ossos longos foi considerada alterada quando houve registro no prontuário do laudo de osteocondrite, osteíte ou periostite em diáfise ou metáfise de ossos longos.

Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e aprovado com o número 04/08. Esta pesquisa não envolveu qualquer procedimento invasivo, tampouco ofereceu riscos aos participantes.

A autora assinou um termo de Fiel Depositário junto à Secretaria de Municipal de Saúde, para que a mesma pudesse ter acesso aos dados constantes nos prontuários médicos e nas fichas de notificação de casos. Foi assegurado o sigilo das informações coletadas em todas as fases do estudo por todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa. Todas as unidades de saúde envolvidas foram contatadas previamente pela pesquisadora antes da coleta de dados.

5. RESULTADOS

No período de janeiro a junho de 2006 foram notificados 123 casos de sífilis congênita, a partir do tratamento inadequado de 123 gestantes com sífilis. Não foi possível localizar o prontuário de 19 gestantes e de 29 RN. Nestes casos apenas os dados constantes da ficha de notificação foram avaliados.

A idade média das mães dos RN com diagnóstico de sífilis congênita foi de 25,3 anos (desvio padrão: 6,0) variando entre 16 e 43 anos. As variáveis sociodemográficas são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas das mães de RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Variáveis	n	%
Estado civil		
Solteira	93	75,6
Casada	14	11,4
Viúva	1	0,8
Ignorado	15	12,2
Total	123	100
Faixa etária		
≤20	31	25,2
21-30	68	55,3
> 30	24	19,5
Total	123	100,0
Escolaridade		
Nenhuma	10	8,1
1-3	22	17,9
4-7	49	39,8
8-11	33	26,8
≥12	1	0,8
Ignorado	8	6,5
Total	123	100,0

A tabela 2 mostra as variáveis relacionadas ao pré-natal das mães com RN notificados como casos de sífilis congênita, o momento do diagnóstico da sífilis no ciclo gravídico-puerperal e se havia relato de diagnóstico prévio de sífilis.

Tabela 2

Variáveis relacionadas à assistência pré-natal, momento do diagnóstico e história prévia de sífilis, das mães dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Variáveis	n	%
Realização de pré-natal		
Sim	104	84,6
Não	19	15,4
Total	123	100,0
Número de consultas realizadas no pré-natal		
0	19	15,4
1-4	39	31,8
≥5	45	36,6
Ignorado	20	16,2
Total	123	100,0
VDRL durante gestação		
Reagente	65	62,5
Não reagente	1	1,0
Ignorado	23	36,5
Total	104	100,0
Momento do diagnóstico		
Pré-natal	60	48,8
Parto	63	51,2
Total	123	123
Sífilis antes da gestação atual		
Sim	23	18,7
Não	48	39,0
Ignorado	52	42,3
Total	123	100,0

Observou-se que 50 gestantes realizaram apenas um VDRL durante o período de pré-natal, 11 gestantes dois VDRL e sete gestantes três exames.

A tabela 3 mostra as variáveis relacionadas ao RN, incluindo a comparação entre o VDRL do RN com o da mãe no momento do parto e se havia a presença de sinais clínicos compatíveis com a sífilis congênita como: hidropsia, hepatoesplenomegalia, sepse, rinite serosanguinolenta, icterícia e lesões mucocutâneas .

Tabela 3:

Variáveis relacionadas a dados biológicos e à infecção dos RN notificados como casos de sífilis congênita, na ocasião do parto, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Variáveis	n	%
Idade Gestacional no momento do parto		
(em semanas)		
<37	22	17,9
37-42	100	81,3
>42	-	-
Ignorado	1	0,8
Total	123	100,0
Sexo RN		
Feminino	65	52,8
Masculino	58	47,2
Total	123	100,0
VDRL do RN		
Negativo	36	29,3
≤ título materno	71	57,7
> título materno	3	2,4
Ignorado	13	10,6
Total	123	100,0
Sinais de sífilis congênita		
Presentes	12	9,7
Ausentes	106	86,1
Ignorado	5	4,1
Total	123	100,0

A tabela 4 mostra os exames realizados no RN, para avaliação da sífilis congênita no período neonatal, ainda na maternidade. As tabelas 5, 6 e 7 mostram respectivamente os resultados dos exames radiográficos, hematológicos e líquóricos, entre os RN que realizaram tais exames. Todos esses exames complementares foram realizados enquanto os RN ainda se encontravam nas maternidades.

Tabela 4

Exames complementares realizados no período neonatal, dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Exames Complementares	n	%
Radiografia de ossos longos		
Realizou	42	34,1
Não realizou	49	39,8
Ignorado	32	26,0
Total	123	100,0
Hemograma		
Realizou	65	52,8
Não realizou	20	16,3
Ignorado	38	30,9
Total	123	100,0
Punção lombar		
Realizou	44	35,8
Não realizou	42	34,1
Ignorado	37	30,1
Total	123	100,0

Tabela 5

Laudo dos exames radiográficos de ossos longos realizados no período neonatal, dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Laudo Radiográfico do exame de osso longos	n	%
Normal	35	97,2
Alterado	1	2,8
Total	36	100,0

Tabela 6

Resultado do hemograma realizado no período neonatal, dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Resultado do Hemograma	n	%
Normal	54	85,7
Alterado	9	13,8
Total	63	100,0

Tabela 7

Resultado do exame líquórico realizado no período neonatal, dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Resultado do exame líquórico	n	%
Normal	13	72,2
Alterado	5	27,8
Total	18	100,0

Em seis casos os RN realizaram o exame radiográfico, mas o resultado não foi encontrado. Não foi possível determinar os tipos das lesões ósseas nem os ossos acometidos no RN que apresentou alterações ao exame radiográfico.

Em dois casos que realizaram o hemograma, não foi possível encontrar o resultado. Considerando-se os 63 RN que realizaram o hemograma e cujo resultado foi conhecido, a plaquetopenia foi a alteração mais freqüente, presente em sete (11,1%) RN, a leucocitose em três (4,8%) e anemia esteve presente em dois (3,2%) RN, isolada ou conjuntamente.

O resultado do exame líquórico de 26 RN não foi localizado, apesar de constar a realização do exame no prontuário materno ou no prontuário do RN. A tabela 8 mostra as alterações líquóricas, isolada ou concomitantemente, presentes nos RN que foram submetidos à punção lombar e que tinham o resultado conhecido.

Tabela 8

Resultado dos parâmetros líquóricos dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Parâmetro líquórico*	n	%
Dosagem de proteínas		
Normal	29	96,8
Aumentada	2	3,2
Total	31	100,0
Celularidade		
Normal	15	88,2
Aumentada	2	11,8
Total	17	100,0
VDRL		
Não reagente	45	95,4
Reagente	2	4,3
Total	47	100,0

* alterações presentes isolada ou concomitantemente

A tabela 9 e 10 mostram respectivamente a classificação da forma clínica de sífilis congênita e o tipo de tratamento recebido na maternidade pelos RN notificados como casos de sífilis congênita, de acordo com os critérios do Ministério da Saúde, quando foi possível determinar sua situação clínica em função dos resultados dos exames complementares e da presença de sinais de sífilis congênita.

Tabela 9

Classificação da forma clínica da sífilis congênita, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Classificação do RN	n	%
A1	11	8,9
A2	5	4,1
A3	1	0,8
A1 ou A2	62	50,4
A1 ou A3	1	0,8
A1 ou A2 ou A3	43	35,0
Total	123	100,0

Tabela 10

Classificação do tratamento realizado nos RN notificados como casos de sífilis congênita, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Tratamento realizado no RN	n	%
Adequado	5	5,6
Inadequado	85	99,4
Total	90	100,0

Em 33 (26,8%) casos não foi possível determinar se houve ou não adequação do tratamento do RN. A tabela 11 mostra o motivo da inadequação do tratamento do RN, nos 85 (69,1%) casos em que foi possível determinar a inadequação do tratamento.

Tabela 11

Motivo de inadequação do tratamento dos RN notificados como casos de sífilis congênita, Fortaleza, CE, janeiro a junho de 2006.

Motivo Inadequação do tratamento do RN*	n	%
Penicilina com duração errada	6	7,1
Penicilina com intervalo incorreto entre as doses	56	65,9
Penicilina com via incorreta de administração	74	87,1
Penicilina na apresentação incorreta	1	1,2
Tratamento não realizado	2	2,4
Total	85	100,0

* presentes isoladamente ou concomitantemente

Isoladamente o motivo mais freqüente para inadequação do tratamento dos RN foi a utilização da penicilina cristalina por via intramuscular, ao invés da via intravenosa, como recomendado pelo Ministério da Saúde.

Não foi possível avaliar o seguimento dos RN a partir da alta da maternidade. Não havia qualquer registro nos prontuários dos RN sobre seguimento clínico ou laboratorial.

6. DISCUSSÃO

Este estudo, por ser baseado em dados secundários, esteve sujeito à qualidade dos registros, deficiente em um número considerável de prontuários. Poucas informações disponíveis, letras ilegíveis e dificuldade dos serviços de documentação médica estatística(SAME) em localizar os prontuários dos RN e de suas mães impediram uma análise mais completa da qualidade de assistência da gestante e do RN com sífilis. Mesmo assim, com os dados disponíveis, foi possível verificar a baixa qualidade na atenção à saúde das mulheres e das crianças, com conseqüências previsíveis e potencialmente graves ao RN. Sob o aspecto administrativo, essa deficiência operacional acaba por onerar mais um sistema já pouco eficiente e dispendioso.

Uma dificuldade comum a vários hospitais foi a falta de um sistema informatizado de organização de prontuários, o que dificultou a coleta dos dados. Não foi possível localizar alguns prontuários, quando então as informações foram analisadas com base nas fichas de notificação. No total, foram recuperadas informações de 104 prontuários de mães com sorologia positiva no parto ou gestação e de 94 prontuários de crianças notificadas como casos de sífilis congênita.

Apesar de não terem sido encontrados os resultados dos exames complementares (exame liquorico, radiografias de ossos longos e exames sorológicos) em vários casos, não foi possível determinar se esses procedimentos foram realizados e não devidamente registrados nos prontuários. Foram observadas fichas de notificação incompletas e notificação inconsistente. Não foram encontradas informações acerca de encaminhamentos à rede de atenção básica para o seguimento ambulatorial das crianças tratadas.

As características das mães dos RN com sífilis congênita descritas neste estudo são semelhantes às encontradas em outros estudos realizados no Rio de Janeiro (SARACENI *et al*, 2005) e no Rio Grande do Sul (DE LORENZI *et al*, 2005) . São jovens mulheres em idade fértil, solteiras e com baixa

escolaridade. Houve um número considerável de gestantes classificadas como solteiras. Este fato pode ser devido à imprecisão da ficha de notificação, já que muitas mulheres vivem com o parceiro em união estável, categoria não presente no instrumento de notificação.

GAMA *et al* (2002) e SCHOEPS *et al* (2007) descreveram os fatores de risco encontrados em seus trabalhos para a infecção pelo *Treponema pallidum* por mulheres em idade fértil, salientando que a baixa renda e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde potencializam a exclusão social, portanto sua vulnerabilidade social. Este perfil sociodemográfico é comum a uma parcela considerável da população brasileira, não sendo de modo algum específico para a sífilis gestacional ou congênita, mas torna este seguimento populacional mais vulnerável a uma série de agravos, potencializados pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Leve-se em conta ainda as questões de gênero, onde a mulher é freqüentemente submissa à vontade do parceiro, dificultando a negociação do uso do preservativo, aumentando assim seu risco de exposição a uma DST.

Os conceitos, além de expostos a fatores de risco biológico, estão também sob a influência de outros fatores associados à dimensão socioeconômica e às condições de assistência pré-natal e parto (MORAIS, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2002). Deste modo, a mortalidade perinatal é sensível a melhorias na qualidade da assistência prestada à gestante e ao RN (ROUQUAYROL *et al.*, 1996; ARAUJO *et al.*, 2000). A falta de assistência pré-natal adequada reflete diretamente na mortalidade neonatal precoce, uma vez que perde oportunidades de detecção e tratamento de condições adversas ao conceito (MENEZES *et al.*, 1998; ALMEIDA *et al.*, 2002).

Os fatores de risco mais importantes da mortalidade neonatal precoce, tais como o baixo peso ao nascer, gestações de pré-termo, intercorrências clínicas na gestação e distocias são mais facilmente encontrados em populações em situação de exclusão social. SCHOEPS *et al.* (2007), em estudo realizado em São Paulo, demonstrou que estes segmentos populacionais apresentam deficiências nas redes de suporte social: gestantes sem companheiro fixo, uniões de curta duração, presença de violência doméstica e inadequação ou ausência de assistência pré-natal.

Nos países em desenvolvimento observam-se ainda taxas de mortalidade neonatal precoce e perinatal elevadas por causas evitáveis (DE LORENZI *et al.*, 2001b.; LANSKY *et al.*, 2002; LEAL *et al.*, 2004). A sífilis congênita, apesar das tentativas de controle realizadas com a implantação do Sistema Único de Saúde, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, ainda apresenta prevalência semelhante à de décadas passadas, apenas em outro contexto sanitário e com características sociais diversas (COSTA *et al.*, 2004).

Observou-se uma precariedade no registro das informações sobre o pré-natal na ficha de notificação e no prontuário obstétrico, principalmente no que concerne às informações sobre a triagem sorológica para a sífilis e eventuais tratamentos realizados na gestante e parceiros. Esta baixa qualidade do registro pode ser reflexo de uma baixa qualidade da assistência pré-natal (LIMA, 2004, RODRIGUES *et al.*, 2004; ARAUJO *et al.*, 2008).

Este fato se observa em várias pesquisas sobre o assunto. No estudo sentinela sobre sífilis em parturientes (SZWARCOWALD *et al.*, 2007), um número grande de gestantes havia realizado pré-natal, porém o diagnóstico da sífilis foi feito neste período em pouco mais da metade dos casos. Estes números corroboram os encontrados no presente trabalho, onde 86,4% das mães de RN com sífilis congênita tinham recebido assistência pré-natal, e 36,6% receberam o número mínimo de consultas considerado adequado pelo Ministério da Saúde. Conclui-se que a simples observância de um número mínimo de consultas não garante a qualidade da assistência da gestante, perdendo-se conseqüentemente a oportunidade de se fazer o diagnóstico e o tratamento precoces da sífilis, fato já salientado por vários autores (VALDERRAMA *et al.*, 2004; SARACENI *et al.*, 2005; VIEIRA, 2005; SHETINI *et al.*, 2005).

As falhas na assistência pré-natal mostram que as práticas profissionais precisam ser reforçadas através de uma melhor capacitação da equipe de saúde, com ações de educação continuadas mais efetivas. É fundamental que também os gestores estejam sensibilizados para a magnitude do problema, promovendo as condições necessárias para o atendimento com qualidade da gestante e do RN. Destaca-se que a assistência pré-natal não pode ser

avaliada apenas através do número de consultas realizadas, mas principalmente pela qualidade da assistência, medida, entre outros indicadores, pela incidência de sífilis congênita (DE LORENZI *et al.*, 2001; DONALISIO *et al.*, 2007).

Vários autores mostram que medidas como a triagem das gestantes com os exames de VDRL é eficaz, de baixo custo e factível na prevenção da sífilis congênita (HIRA *et al.*, 1990; GUINSBURG *et al.*, 1992; WHO, 2008). Cabe ressaltar no presente estudo a fragilidade encontrada na assistência pré-natal em fazer o diagnóstico da sífilis ainda durante o período gestacional. Em aproximadamente metade dos casos a sífilis na gestante foi diagnosticada apenas no momento do parto, o que reflete a baixa qualidade do acompanhamento da gestante. Saliente-se que em 18,7% dos casos havia registro da doença anterior à gestação em questão, refletindo um acompanhamento médico deficiente também fora do período pré-natal.

O baixo percentual de realização de dois VDRL, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, reforça a constatação de que a triagem para detecção da sífilis é deficiente. Resultados semelhantes também foram encontrados no Rio de Janeiro e em São Paulo, (SZWARCOWALD *et al.*, 2006; DONALISIO *et al.*, 2007). Estes demonstraram que as recomendações de realização de dois testes sorológicos durante a gestação, o primeiro exame na primeira consulta de pré-natal e o segundo no terceiro trimestre de gestação, não são seguidas rotineiramente.

Baixa qualidade na assistência pré-natal leva à ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis, que por sua vez pode resultar em sífilis congênita. O diagnóstico e o tratamento de RN com sífilis congênita são consideravelmente mais complexos do que o diagnóstico e tratamento das gestantes infectadas (LAGO *et al.*, 2001; LIMA, 2004).

O tratamento atual para sífilis congênita implica em prolongamento da hospitalização e realização de exames mais invasivos e dispendiosos, acarretando além de danos individuais e familiares, despesas adicionais ao sistema de saúde.

Os RN nascidos de mães consideradas inadequadamente tratadas devem ser submetidos ao exame físico e ao VDRL, além de realizarem hemograma, estudo radiográfico de ossos longos e punção lombar para exame de líquido. De acordo com os dados clínicos e laboratoriais, o RN deve ser submetido a um esquema de tratamento, que varia desde uma aplicação em dose única de penicilina benzatina até esquemas com várias doses diárias de penicilina cristalina durante um período de dez dias (BRASIL,2007)

Observou-se falta de seguimento das recomendações do Ministério da Saúde para manejo do RN com sífilis congênita em um número considerável de casos. O hemograma foi realizado em 65 (52,8%) RN, a punção lombar em 44 (35,8%) e a avaliação radiográfica em 42 (34,1%) casos. Estes dados mostram o despreparo dos profissionais de saúde ou a falta de infra-estrutura da maternidade para a realização destes exames. Resultados semelhantes ao encontrado (ALMEIDA *et al.*, 2007), em Salvador.

Para que o exame liquórico seja considerado adequado na avaliação do RN com sífilis congênita, é necessário a realização da contagem de células, a dosagem de proteínas e a realização do VDRL no líquido. Observou-se pelas informações disponíveis nos prontuários médicos que o exame liquórico, quando realizado, foi incompleto em um grande número de casos. Estes dados podem refletir omissão no registro médico ou no manejo clínico do RN. Tanto uma situação como a outra atesta a baixa qualidade neste atendimento, com repercussões no seguimento dos pacientes. Neste estudo, o VDRL liquórico do RN foi não reagente em 45 (95,4%) dos casos, resultado semelhante aos encontrados por DONALISIO *et al.* (2007) na micro-região paulista de Sumaré.

Cabe a mesma interpretação a respeito do hemograma, onde foi possível avaliar apenas parcialmente os principais parâmetros deste exame utilizado para classificar a infecção do RN e conseqüentemente o seu tratamento. O estudo radiográfico dos ossos longos, utilizado para a detecção de periostites e osteocondrites, foi o exame complementar realizado com menor frequência. Houve apenas um (2,4%) registro de alteração radiográfica entre os 42 RN que foram submetidos ao exame, embora sem registro do tipo de alteração. DONALISIO *et al.* (2007), no estudo em São Paulo, não encontraram registro

de alterações radiográficas nos 43 RN notificados como casos de sífilis congênita. Esta baixa frequência de encontro das lesões ósseas pode ser consequência de falhas na detecção das lesões.

Utilizando-se os critérios de classificação do RN com sífilis congênita preconizados pelo Ministério da Saúde, foi possível classificar diretamente 17 (13,8%) RN. Os demais foram classificados em mais de uma categoria, na dependência da disponibilidade dos resultados dos exames. Mesmo considerando-se esta situação, foi possível avaliar se houve adequação do tratamento do RN em 90 casos. Verificou-se que 85 (99,4%) RN deste grupo foram inadequadamente tratados, seja pela apresentação farmacológica da penicilina utilizada, pela via de administração, intervalo entre as doses do antibiótico ou duração do tratamento. Estes dados são consideravelmente diferentes dos encontrados em São Paulo, onde foi verificado que 39 (88,6%) dos RN com exposição à infecção intra-útero pelo *Treponema pallidum* receberam tratamento completo (DONALISIO *et al*, 2007). Pode-se explicar esta diferença por diversidade no critério de avaliação do tratamento, os quais foram muito rigorosos no presente estudo, sendo considerado na avaliação da adequação até mesmo o intervalo entre as doses de penicilina.

Observou-se que dois (2,4%) RN não receberam qualquer tratamento, ambos com o VDRL não reagente, realizado em sangue periférico. Estes dados corroboram a constatação da falta de preparo da equipe médica em relação às recomendações oficiais, e, possivelmente, demonstram falha na comunicação entre a equipe obstétrica e pediátrica (GUINSBURG, 2005). Percebem-se igualmente deficiências nas ações dos Núcleos de Vigilâncias Epidemiológica das maternidades, responsáveis pelo monitoramento das informações e integração das ações pertinentes à sífilis congênita nas unidades de saúde.

O RN deve ser acompanhado por pelo menos 18 meses, conforme o protocolo do Ministério da Saúde sobre acompanhamento da sífilis congênita. O RN deve ser avaliado periodicamente, inclusive com acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiométrico. Nos casos com alteração líquórica, o exame deve ser repetido a cada seis meses até a normalização do mesmo. Após os 18 meses de idade o RN deve ser submetido a um teste

sorológico treponêmico, para confirmação diagnóstica. Não foi possível avaliar o seguimento dos RN após a alta da maternidade.

A redução da prevalência da sífilis em gestantes e a prevenção da sua transmissão vertical são objetivos que integram as políticas públicas para eliminação da sífilis congênita. Entretanto, pode-se perceber nessas unidades que as recomendações do Ministério da Saúde para a eliminação da sífilis congênita não são realizadas a contento, apesar das bases para prevenção da sífilis congênita já existirem.(HOSSAIN *et al.*,2007; WHO, 2008).

7. CONCLUSÕES

A quantidade de informações ignoradas sobre a assistência pré-natal e do manejo do RN demonstram a negligência no registro das informações no cartão da gestante e no prontuário. Este fato prejudica a comunicação entre as equipes de saúde envolvidas no acompanhamento dos RN infectados, dificultando o funcionamento de um sistema de referência e contra-referência, gerando insegurança nos pacientes e nos profissionais de saúde.

O manejo dos RN com diagnóstico de sífilis congênita no período neonatal não está sendo realizado de forma adequada em Fortaleza, Ceará, segundo as normas do Ministério da Saúde. Considerando-se apenas os 90 RN nos quais foi possível avaliar a adequação do manejo clínico, apenas cinco (5,6%) foram considerados adequadamente tratados.

Entre os principais pontos frágeis observados na assistência pré-natal e no controle da sífilis gestacional, tendo como resultado a sífilis congênita, cabe destacar a triagem sorológica inadequada na gestação.

As informações coletadas sobre o pré-natal das mães dos RN com sífilis congênita confirmam a baixa qualidade do pré-natal e as conseqüências decorrentes do não tratamento da sífilis na gestação (LUMBIGANON et al., 2002; LAGO et al, 2000; DUARTE; 1999).

O perfil médio das mães dos RN com sífilis congênita foi o de uma jovem, solteira e com baixa escolaridade. Os principais motivos detectados de inadequação do manejo foram a falta de exames complementares necessários para classificação dos casos e o uso de esquemas terapêuticos em desacordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Estes dados demonstram que a falta de decisão política dos órgãos competentes responsáveis pela execução da política de eliminação da sífilis congênita contribui para a continuidade da doença.

Os resultados oriundos desta pesquisa podem resultar em um melhor acompanhamento clínico de crianças com sífilis congênita, contribuindo para a diminuição da morbidade e da mortalidade relacionadas a este agravo.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F.; NOVAES H.N.D.; ALENCAR, G.P.; RODRIGUES L.C. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v.5(1):93-107, 2002.

ALMEIDA, M.F.G.; PEREIRA, S. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.19(3-4):144-156, 2007.

ARAÚJO, E.C.; MOURA, E.F.A.; RAMOS, F.L.P.; HOLANDA, V.G.D.A. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75(2): 119-125, 1999.

ARAÚJO, B.F.; BOZZETTI, M.C.; TANAKA, A.C.A. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. **Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro**, v.76(3):200-6, 2000.

ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, D.M.A.S.; SILVA, R.M.; GONÇALVES, M.L.C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.11(1):4-9, 2008.

AVELLEIRA, J. C. R; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais do Congresso Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, 81:11-26, 2006.

AZULAY, M. M. Treponematoses. In: Azulay e Azulay. **Dermatologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p. 240-51.

BARSANTI, C.; VALDETARO, F.; DINIZ, E.M.A.; SUCCI, R.C.M. Diagnóstico de Sífilis Congênita: Comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém nascido. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.32(6): 605-611, 1999.

_____. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. **Manual de assistência e vigilância epidemiológica**, Brasília: MS; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde **Programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN)**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: definição de casos 2004. **Boletim Epidemiológico AIDS**; 1:12-17, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Análise do banco de dados nacional de sífilis congênita, 1996 a 2006. **Boletim Epidemiológico de AIDS-DST** (Rio de Janeiro); 3(1):9-10, 2006

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

Centers for Disease Control and Prevention, **Guidelines for the prevention and control of syphilis**.MMWR;47(RR-1) 29-49, 1998

Centers for Disease Control and Prevention ,**Guidelines for the Sexually transmitted disease surveillance**, 2004

COSTA, M. C. N; AZI, P. A; PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. Mortalidade Infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(3): 555-567, 2001.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S.; *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG, **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.25(10):717-24, 2003.

DE LORENZI, D. R. S.; TANAKA, A.C.; BOZZETI, M.C.; *et al.* A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17(1):141-6. 2001.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.23(10):647-652, 2001

DE LORENZI D. R. S; ARAUJO, B.F.; GRAZZIOTIM, L.; BASSO, E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul/RS no período de 1998-2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.17(1):5-9, 2005.

DONALISIO, 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(3):165-174, 2007.

DUARTE G. Sífilis e gestação. In: Cunha S.P.C.& Duarte G.,(Ed). **Gestação de Alto Risco**. 1ª ed. São Paulo: Editora Médica e Científica; 1999.p. 277-88

FAÇANHA, M. C.; Tuberculose: Subnotificação de casos que evoluíram para óbito em Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.8(1):25-30, 2005.

GAMA S. N. G.; SZWRCWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puerperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro,18(1): 153-61. 2002.

GUINSBURG, R. Departamento Científico de Neonatologia- Medidas para erradicação da sífilis congênita **Documento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2005.

GUINSBURG, R.; SANTOS A.M.N.; LEAL, D.V. Sorologia positiva para sífilis no período neonatal: prevalência em maternidade de nível secundário; associação com fatores de risco maternos e com sorologia positiva para HIV-1. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.39 (2):100-41, 1992.

GUST, D. A. LEVINE, W.C.; ST LOUIS, M.E. BRAXTON, J.; BERMAN, S.M. Mortality associated with congenital syphilis in the United States, 1992-1998. **Pediatrics**, 109:E79, 2002.

HIRA, S.K; BHART, G; CHIKAMATA, D.M.; *et al.* A. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. **Genitourinary Medicine**, 66(3):159-64, 1990.

HOSSAIN, M.; BROUTET, N.; HAWKES, S. *et al.* The Elimination of Congenital Syphilis: A Comparison of the Proposed World Health Organization Action Plan for the Elimination of Congenital Syphilis With Existing National Maternal and Congenital Syphilis Policies. **Sexually Transmitted Diseases**, July, Suppl. v.34(7):S22-S30, 2007.

LAGO, E.G.; GARCIA, P.C.R. Sífilis congênita: uma emergência emergente também no Brasil. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.76(6):461-5, 2000

LAGO, E.G.; RICARDI, C.; HARTER, K.; *et al.* Causas de falha na prevenção da sífilis congênita. **Revista Médica PUCRS**, Porto Alegre, v.11(1):14-21, 2001.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LAL, M.C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura- **Revista de Saúde Pública**. v.36(6):1-18 São Paulo, Dezembro 2002

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.C. GARBAYO, L.C.; BRASIL, C.L.P., *et al.* Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, suppl. 1 (20):S20-33, 2004.

LIMA, B.C.G. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. **Jornal Brasileiro Patologia Médica**, Rio de Janeiro, 38(4):267-271, 2002.

LIMA, B.C.G. Abordagem as Sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 28(1): 9-18, 2004.

LUMBIGANON, P; PIAGGIO G.; VILLAR, J; *et al.* The epidemiology of syphilis in pregnancy. **International Journal of STD AIDS**, 13(7): 486-494, 2002.

MARZIALE, M.H.P. Subnotificação de acidentes perfurocortantes na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v.56(2):164-168, 2003.

MASCOLA, L; PELOSI, R; ALEXANDRE, C.E. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.1 (50):945-947, 1984

MENEZES, A.M.B.; BARROS, F.G.; VICTORA, C.G.; *et al.* Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32 (3):209-16, 1998

MIRANDA, A. E.; ALVES, M.C; NETO, R.L.; AREAL, K.R.; GERBASE, A. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in womens at their first visit to public antenatal clinics in Vitoria, Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**. v.28(12):710-3, 2001.

OSIS, M.J.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v.14 suppl.1 Rio de Janeiro 1998 .

Pan-American Health Organization (PAHO). Plan of action for the elimination of congenital syphilis in the Americas: Area of family and Community Health HIV/Aids unit.July, 2004

Pan-American Health Organization (PAHO). Elimination of congenital syphilis. *Bul Pan American Health Organization*.29: 364-8, 1995.

PAZ, L.C.; PEREIRA, G.F.; MATHIDA, L.H.; *et al.* Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: definição de casos. **Boletim Epidemiológico- Aids e DST**, Brasília, v.18(1):10-15, 2004.

PEELING, R.W; Ye, H. Diagnostic tools for preveting and managing maternal and congenital syphilis: an overview. **Bull World Health Organization** ,82(6):439-446,2004.

RAMOS, J.A.N.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; *et al.* Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 3, 2007

RIVITTI, E.A. Sífilis Adquirida. *In*: Walter Belda Júnior. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 9-21

RIVITTI, E.A. Sífilis. *In*: Machado-Pinto J. **Doenças infecciosas com manifestações dermatológicas**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

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 Publica**, v.16:168-175, 2004.

ROTTA, O. Diagnóstico sorológico da sífilis – **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.80(3), 2005.(versão impressa ISSN 0365-0596)

ROUQUEIROL, M.Z.; CORREIA, L.L.; BARBOSA L.M.M .*et al.* Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso – controle. **Jornal de Pediatria** , Rio de Janeiro,72(6):374-8, 1996.

SCHOEPS, D.; ALMEIDA M.F.; ALENCAR, G.P. *et al.* Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 41(6)1013-22, 2007.

SARACENI, V.; DOMINGUES, R.M.S.M.; VELLOZO, V. *et al.* Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.16(2):103-111, 2007.

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(5):1341-1349,2003

SARACENI, V.; GUIMARAES, M.H.F.S.; THEME FILHA, M.M; *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21(4):1244-1250, 2005.

SCHETINI, J.; FERREIRA, D.C.; PASSOS, M.R.L.; *et al.* Estudo de prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói/RJ. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.17(1):18-23, 2005.

SERRUYA, S.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4(3):269-279, 2004.

SZWARCWALD, C.L.; MENDONÇA, M.H.L.; ANDRADE, C.L.T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11(3):643-655, 2006.

SZWARCWALD, C.L.; JUNIOR, A.B.; MIRANDA, A.E. et al. Resultados do Estudo Sentinela-parturiente, 2006: Desafios para o controle da sífilis Congênita no Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.19, (34): 128-133, 2007.

VALDERRAMA, J.; ZACARIAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congênita en América: un problema grave de solución sencilla. **Revista Panamericana de la Salud Pública**, v.16(3): 211-217, 2004.

VARDANEGA, K; DE LORENZI, D.R.S.; SPIANDORELLO, W., et al. Fatores de Risco para natimortalidade em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia**. Rio de Janeiro, v.24 (9):617-622, 2002.

VIEIRA, A. A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba/ SP: ainda uma realidade em 2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 17(1):10-7. 2005

WATSON, J.D.; CHANGALUGA, J.; GUMODOKA, B. et al. Syphilis in Pregnancy in Tanzania. I .Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. **Journal Infectology Diseases**, v.186(7):940-947, 2002.

WENDEL JR, G.D.; SHEFFIELD, J.S.; HOLLIER, L.M., et al. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. **Clinical Infectious Diseases**. v.35(Suppl 2):S200-9, 2002

World Health Organization. Action for the Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy. Geneva: WHO Department of Reproductive Health and Research; 1995.

World Health Organization. Action for the Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy. Geneva: **WHO** Department of Reproductive Health and Research; 2005.

World Health Organization. Congenital Syphilis Strategy Action for the Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy. Geneva: **WHO** Department of Reproductive Health and Research; 2008.
http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/congenital_syphilis_advocacy.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Coleta de dados: 1ª parte

AVALIAÇÃO DO MANEJO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE

Data da coleta de dados: ____/____/____

identificação da gestante

- 1) nome: _____
- 2) data de nascimento da mãe: ____/____/____
- 3) idade mãe na ocasião do nascimento da criança: _____
- 4) endereço: _____
- 5) estado civil:
 - () casada () solteira () viúva () união estável
 - () outros _____
- 6) escolaridade em anos de estudo concluídos:
 - () nenhum () de 1 a 3 () de 4 a 7 () de 8 a 11
 - () 12 ou mais () ignorado () outros _____

histórico da assistência pré-natal:

- 7) realizou pré- natal nesta gestação
 - () sim () não () ignorado
- 8) local da realização do pré natal
- 9) nome da unidade/hospital: _____ SER: _____
- 10) nº de consultas realizadas no pré natal
 - () 1-2 () 3-4 () 5-6 () 7 ou mais () nenhuma
- 11) nº de VDRL realizados no pré -natal
 - () 1 () 2 () 3 () nenhum
- 12) idade gestacional da realização do 1º VDRL: _____
- 13) VDRL 1º trimestre
 - () reagente titulação _____
 - () não reagente
 - () não realizado
- 14) VDRL 2º trimestre :
 - () reagente titulação _____
 - () não reagente
 - () não realizado
- 15) VDRL 3º trimestre

reagente titulação_____

não reagente

não realizado

16) sífilis diagnosticada durante a gravidez?

sim não ignorado

17) esquema de tratamento da gestante:

adequado inadequado não realizado

18) sífilis diagnosticada no parto?

sim não ignorado

19) VDRL no parto

reagente - titulação_____ não reagente não realizado

antecedentes obstétricos:

20) Gesta_____ Para _____

21) aborto (gestações anteriores)?

sim, quantos_____ não ignorado

22) natimorto (gestações anteriores)?

sim não ignorado

23) óbito neonatal (gestações anteriores)?

sim não ignorado

data do óbito : ____/____/____

idade do filho: _____

24) Refere sífilis anteriormente a gestação? sim não ignorado

25) Se sim ,há quanto tempo?_____

26) Refere tratamento? sim não ignorado()

situação do parceiro:

27) parceiro foi tratado concomitantemente

sim não ignorado

28) esquema de tratamento do parceiro:

adequado inadequado não realizado

Instrumento de Coleta de dados: 2ª parte

AVALIAÇÃO DO MANEJO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE

29) Nome da criança: _____

30) Sexo: () masculino () feminino

31) Data de nascimento: ____/____/____

32) Local de nascimento: _____

33) Idade gestacional ao nascer: _____ semanas

34) Peso ao nascer: _____ Kg

dados clínicos e laboratoriais da criança ao nascer:

35) Sinais de clínicos de sífilis congênita: () sim () não () ign

36) Se sim, quais sinais?

() erupções bolhosas

() lesões mucocutâneas (rash maculopapular no tronco, palmas e plantas)

() condilomas planos anogenitais () fissuras periorificiais

() rinites sanguinolentas

() lesões palmo plantares

() sepse

() icterícia

() hemorragia

() anemia

() hepatoesplenomegalia

() hidropsia fetal

() linfadenopatia

() osteocondrite ou periostite

() convulsões

() paralisia dos membros

() pancreatite

() nefrite

() outros: _____

Exames realizados ao nascer:

37) VDRL sangue periférico: () reagente () Não reagente -
Titulação _____

38) Hemograma: () sim () não data: ____/____/____

() normal () alterado

tipo de alteração do hemograma: _____

39) Radiografia de osso longos: () sim () não data: ____/____/____

laudo da radiografia

() normal () alterado

local e tipo de alteração radiográfica: _____

40) Punção lombar: () sim () não data: ____/____/____

exame do LCR:

() normal () alterado

VDRL () não reagente () reagente titulação _____

Proteína no LCR em mg/% _____

Nº de leucócitos /ml_____

Esquema de tratamento do RN Instituído:

() PenicilinaG cristalina 50.000UI/Kg/dose EV de 12/12 horas nos 07 primeiros e após, ou de 08 /08 até completar 10 dias ou penicilina G procaína 50.000UI/Kg/dose IM uma vez ao dia por 10 dias.

() Penicilina G cristalina 50.000UI/Kg/dose EV de 12/12 horas nos 07 primeiros dias e a cada 08 horas até completar 10 dias.

() Penici. G Benzatina 50.000UI/Kg/ IM dose única.

() outros:_____

APÊNDICE II

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

AVALIAÇÃO DO MANEJO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE

Autor: Simone Paes de Melo – Enfermeira da Coordenação Municipal de DST/AIDS/CAB/SMS de Fortaleza.

Mestranda em Saúde Coletiva/UNIFOR

Objetivo Geral:

Avaliar o seguimento das crianças filhas de mães com VDRL reagente nascidas em Fortaleza/CE, no período de janeiro a junho de 2006.

Objetivos Específicos:

Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das mães de crianças com sífilis congênita;

Quantificar o percentual de crianças que tiveram o seguimento considerado adequado segundo as normas do Ministério da Saúde;

Identificar os fatores que resultaram na falta do seguimento da criança.

Na qualidade de pesquisadora responsável pelo presente estudo, comprometo-me a garantir o sigilo das informações coletadas nas fichas de notificação e nos prontuários. Os dados serão utilizados apenas com a finalidade já proposta para este estudo, mantendo o anonimato dos pacientes.

Fortaleza, ___ de _____ de 2008.

Simone Paes de Melo

Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR - telefone (85) 3477-3280

UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE

CEP: 60811-905

ANEXO