

**UNIVERSIDADE PAULISTA**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**MARINA DALLARI MESQUITA**

**A ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA E A REALIDADE DOS FATOS**

**CAMPINAS**

**2016**

**MARINA DALLARI MESQUITA**

**A ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA E A REALIDADE DOS FATOS**

**Trabalho de conclusão de curso para  
obtenção do título de Pós-graduação em  
Especialização em Enfermagem Obstétrica  
apresentado à Universidade Paulista – UNIP.**

**Orientadora: Profa. Dra. Raquel Machado  
Cavalca Coutinho**

**CAMPINAS**

**2016**

**MARINA DALLARI MESQUITA**

**A ERRADICAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA E A REALIDADE DOS FATOS**

**Trabalho de conclusão de curso para  
obtenção do título de Pós-graduação em  
Especialização em Enfermagem Obstétrica  
apresentado à Universidade Paulista – UNIP.**

**Orientadora: Profa. Dra. Raquel Machado  
Cavalca Coutinho**

**Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_**

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Profa.  
Universidade Paulista – UNIP

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Profa.  
Universidade Paulista – UNIP

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho à minha mãe e minha tia Zilda por todo apoio e ajuda financeira para que esse sonho tenha sido realizado. A minha amiga, mentora e incentivadora Gisely Rezende que despertou em mim a paixão pela obstetrícia e pela humanização do parto. E a meu filho Ian que é a razão do meu despertar a cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelo milagre da vida;

À minha orientadora, Dra. Raquel, por todo suporte, que fez além do necessário, ajudando-me em um momento tão difícil durante a concepção deste trabalho;

Ao meu namorado Gustavo por toda paciência e apoio nos momentos de ausência.

## **EPÍGRAFE**

**“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.”**

**(Abraham Lincoln)**

## RESUMO

Hoje se sabe que a sífilis é uma infecção sistêmica causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*. Mais de 80% das mulheres com Sífilis estão sob risco de transmissão vertical da doença onde pode ocorrer em todas as fases clínicas de manifestação. Este estudo tem como objetivo estudo comparativo entre as propostas do Ministério da Saúde e as informações divulgadas sobre a incidência da sífilis congênita divididas entre as macrorregiões brasileiras. Para a realização desse estudo utilizou-se uma abordagem metodológica quantitativa, com o objetivo exploratório do tipo descritivo, auxiliando na construção do conhecimento e melhora do conhecimento sobre o aumento de casos de transmissão vertical da sífilis congênita. A técnica de coleta de dados escolhida foi o levantamento bibliográfico, a fim de explorar a produção científica produzida a cerca do tema abordado. Como resultado observou-se um aumento gradativo dos casos notificados no decorrer dos anos e a estimativa das taxas de incidência para 2014 de 5,3 e 2015 de 5,9 no Brasil. A região Nordeste possui maior cobertura de assistência e a região Sudeste possui a menor, sendo que as duas macrorregiões possuem números parecidos de casos notificados. Conclui-se neste estudo que não é possível afirmar que uma cobertura maior de Estratégia da Saúde da Família significa obrigatoriamente um aumento da abrangência de gestantes atendidas, sendo esta questão diretamente ligada à qualidade da assistência prestada, na qual em alguns estudos específicos é citada como ineficaz. Estima-se que em 2015 o Ministério da Saúde não conseguirá atingir a meta estabelecida anteriormente.

**Palavras-chave:** Sífilis, Sífilis Congênita, Saúde da Família, Enfermeiro Obstetra.

## **ABSTRACT**

It is now known that syphilis is a systemic infection caused by a bacterium called *Treponema pallidum*. Over 80% of women with syphilis are at-risk of vertical transmission of the disease which can occur in all clinical phases of manifestation. This study has the objective comparative study between the proposals of the Ministry of Health and disclosures on the incidence of congenital syphilis divided between the Brazilian regions. To carry out this study we used a quantitative approach, with the aim of exploratory descriptive, assisting in the construction of knowledge and improvement of knowledge about the increase in cases of vertical transmission of congenital syphilis. The chosen data collection technique was the literature in order to explore the scientific production about the theme addressed. As a result there was a gradual increase of cases reported over the years and the estimated incidence rates for 2014 and 2015 from 5.3 to 5.9 in Brazil. The Northeast region has greater care coverage and the Southeast has the lowest, and the two macro regions have similar numbers of reported cases. It is concluded in this study that can not be said that greater coverage Strategy of the Family Health necessarily mean an increase in coverage of pregnant women enrolled, and this point is directly linked to quality of care, which in some specific studies are cited as ineffective. It is estimated that in 2015 the Ministry of Health can not reach the previously established goal.

Keywords: syphilis, congenital syphilis, Health and Nurse Midwife.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....</b>	<b>14</b>
<b>3. MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>15</b>
<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>16</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença antiga, com mais de 500 anos de existência. Relatos de sua presença na Europa logo após o descobrimento da América mesclam-se com a sua existência no Velho Continente antes de Cristóvão Colombo viajar ao novo mundo. A doença foi descrita na passagem do século XVI como pandemia, com um quadro clínico muito agudo, frequentemente fatal no estágio secundário. O agente etiológico da Sífilis foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905 e foi denominado *Spirochaeta pallida*. O primeiro teste sorológico da doença tornou-se disponível em 1906, utilizando uma técnica de fixação de complemento. O antígeno para sua reação foi preparado a partir do extrato hepático de um natimorto de uma mãe com sífilis.<sup>1</sup>

Hoje se sabe que a sífilis é uma infecção sistêmica causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*. Mais de 80% das mulheres com Sífilis estão em idade reprodutiva e, desta forma, sob risco de transmissão vertical da doença onde pode ocorrer em todas as fases clínicas de manifestação da sífilis.<sup>2</sup>

As primeiras definições de sífilis congênita são atribuídas a Lopez de Villalobos e Fracastoro. Paracelsus foi o primeiro a aventar a transmissão in útero.<sup>1</sup>

A transmissão vertical da sífilis primária e secundária ocorre em 50 a 100% dos casos não tratados; na fase latente recente, 40%; e nas formas latente tardia e terciária, em 10%. Dos fetos de gestantes com sífilis não tratada, de 70 a 100% serão infectados. O risco de transmissão vertical cai para 1 a 2 % em gestantes tratadas. Sabe-se que 30% dos conceitos de gestantes não tratadas evoluem para óbito fetal, 10% para óbito neonatal e 40% para retardo mental.<sup>2,3</sup>

O risco de transmissão vertical é dependente do estágio da infecção materna e da idade gestacional que ocorre a exposição fetal, sendo de 70 a 100% a taxa de transmissão vertical observada em gestantes com sífilis recente e 30 a 40% nos casos de sífilis tardia.<sup>4</sup>

Em 2011 o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 32.242 em que estabelece um fluxograma laboratorial da sífilis que tem como objetivo a eliminação da sífilis congênita até 2015 (< 0,5/1.000 nascidos vivos).<sup>5</sup>

Diante da realidade nacional e em consonância com o contexto global, a política de prevenção da morbimortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do

Ministério da Saúde (2006) incluiu metas de redução da transmissão vertical e da sífilis contidas no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015. Uma das prioridades descritas na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) é a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública até 2015.<sup>6</sup>

A qualidade da assistência à gestante e no parto tem papel fundamental na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e tem como fundamento a triagem sorológica e controle de tratamento de gestantes e parceiros.<sup>7</sup>

O tratamento é simples e consiste em administrar na gestante e ao parceiro uma dose de 2.400.000 UI de penicilina G benzatina para sífilis primária, 4.800.000 UI para sífilis secundária ou latente recente e 7.600.000 UI para sífilis terciária ou tardia, respeitando o intervalo de 7 dias entre as doses e só é considerado eficaz tanto para gestante, quanto para o feto, se realizado em até 30 dias antes do parto. Para gestantes alérgicas a penicilina deve-se indicar a dessensibilização, devido à penicilina ser a única droga que atravessa a barreira placentária. O tratamento das gestantes alérgicas com estearato de eritromicina é eficaz a gestante, porém não ao feto. O tratamento durante o pré-natal pode resultar em falha em até 14% dos casos e ainda há a possibilidade de reinfecção, caso o parceiro não tenha sido tratado simultaneamente. Por isso, o seguimento pós-tratamento deve ser realizado, segundo o Ministério da Saúde, com repetição da sorologia em três, seis, nove, doze e dezoito meses. Considera-se cura quando há queda de 3-4 diluições no VDRL em relação à titulação inicial no prazo de um ano. Com o diagnóstico e tratamento da gestante e do parceiro durante a consulta de pré-natal, é possível aumentar significativamente a chance de eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública.<sup>8,9</sup>

Alguns estudos apontam que a grande proporção de casos de sífilis congênita notificados teve o diagnóstico durante o pré-natal e apontam falha na qualidade do atendimento. A resistência à realização do tratamento da sífilis na rede básica tem sido justificada pela falta de condições técnicas para manejar casos de anafilaxia, mas a baixíssima incidência de reações letais após o uso da penicilina (1 a 2/100.000) não justificaria o imenso custo social que a dificuldade de acesso a esse medicamento representa.<sup>10</sup>

Um grande problema a ser abordado é que no Brasil, apesar da sífilis congênita e a sífilis na gestante serem agravos de notificação compulsória desde 1986 e 2005, respectivamente, apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados. Esses dados refletem deficiências importantes na qualidade dos serviços da assistência no período pré-natal e no parto e contribuem para que as estatísticas não consigam lidar com dados exatos.<sup>11</sup>

Os critérios utilizados para notificação da sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica são:

- Toda criança ou aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem que não tenha sido tratada ou recebido tratamento inadequado;

- Todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas: Titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores que os da mãe.<sup>12</sup>

A qualidade do preenchimento das fichas de investigação de agravos de notificação compulsória é determinante para o planejamento de intervenções. Para a sífilis em gestante, o processo de investigação se dá na atenção primária, uma vez que esse é o cenário em que o diagnóstico da doença e a assistência pré-natal se desenvolvem. Portanto, a atenção primária é o momento de ocorrência da notificação e investigação do caso. Da mesma forma que é o momento em que o cuidado pré-natal deve agir e evitar o caso de sífilis congênita.<sup>13</sup>

É importante abordar que alguns fatores contribuem para o insucesso no alcance das metas estabelecidas para a eliminação ou diminuição deste agravo e entre eles estão: obstáculos para o acesso pleno aos serviços de saúde, falta de solicitação de exame sorológico das gestantes conforme preconizado e não abordagem para o tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais de mulheres com o teste sorológico positivo.<sup>14</sup>

A promoção de saúde é, atualmente, responsabilidade de a enfermeira atuar de forma absolutamente autônoma. Neste contexto, a enfermeira obstetra possui

formação específica e tem um papel fundamental, uma vez que assume como profissional de saúde mais preparado para desenvolver atividades de educação para a saúde, suscetíveis a ajudar gestantes e familiares a viverem a gravidez e o nascimento de um filho de uma forma saudável e natural. A enfermeira obstetra que trabalha na atenção primária serve como referência para essas gestantes, criando laços de confiança que permitem um resultado mais eficaz quando se investe em promoção da saúde.<sup>15</sup>

O Ministério da Saúde visa com medidas sócias educativas à erradicação da sífilis congênita, tendo como objetivo 0,5 casos/1.000 nascidos vivos para 2015, porém há ainda uma grande barreira a ser vencida. Pelo rastreamento dos estudos sobre a qualidade da assistência e estatísticas de unidades de Estratégia de Saúde da Família, este estudo vem analisar se há possibilidade de atingir essa meta.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar dados epidemiológicos através das informações divulgadas pelo Ministério da Saúde sobre a situação atual de casos de Sífilis Congênita no Brasil.

### **2.2 Objetivo específico**

Realizar um estudo comparativo entre as propostas do Ministério da Saúde e as informações divulgadas sobre a incidência da Sífilis Congênita divididas entre as macrorregiões brasileiras.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

Para a realização desse estudo utilizou-se uma abordagem metodológica quantitativa, com o objetivo exploratório do tipo descritivo, auxiliando na construção do conhecimento e melhora do conhecimento sobre o aumento de casos de transmissão vertical da sífilis congênita. A técnica de coleta de dados escolhida foi o levantamento bibliográfico, a fim de explorar a produção científica produzida a cerca do tema abordado.

Realizada uma busca da produção científica sobre o tema por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), nas bases de dados eletrônicos de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e livros de Obstetrícia.

Foram utilizados os descritores: Sífilis, Sífilis Congênita, Saúde da Família e Enfermeiro Obstetra com resultado inicial de 60 documentos, ao aplicar os filtros: textos completos, do Brasil, em língua portuguesa chegou se a 55 . Aplicado o recorte temporal entre os anos de 2000 a 2015, reduziu a amostra a 50.

Durante a leitura dos artigos foram selecionados 30 que estavam de acordo com os objetivos do estudo e que foram utilizados para elaboração deste trabalho.

#### **Critérios de inclusão**

Artigos originais de pesquisa, revisão bibliográfica, relato de caso e dissertações dentro do recorte temporal entre os anos de 2000 a 2015 das bases de dados SCIELO, BNDF, LILACS produzidos no Brasil em língua portuguesa, que correspondem aos objetivos do estudo. Também serão utilizadas dissertações e cadernos para complementação teórica.

#### **Critérios de exclusão**

Artigos fora do intervalo de tempo escolhido, de língua estrangeira, fora do Brasil e que não correspondem aos objetivos do estudo.

### **Análise dos dados**

Análise mediante leitura e resenha crítica dos documentos encontrados e selecionados para construção e desenvolvimento dos resultados da pesquisa.

Para gerenciamento e análise das informações os dados coletados foram digitados e tabulados em planilha do Excel® e utilizados percentuais para representar estes dados na forma de tabelas e gráficos.

A fase de coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2015. Foram consultadas bibliografias nas áreas de enfermagem, medicina e estatística.

As categorias foram agrupadas em áreas temáticas, através das quais foi realizada a discussão das informações obtidas. Para que o objetivo da pesquisa fosse atingido, foram realizadas as coletas de referencias bibliográficas necessárias, que deram subsídios para se responder o problema de pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A transmissão vertical da sífilis congênita se dá através do resultado da disseminação hematogênica *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito por via transplacentária. A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. Portanto, a transmissão será maior nas fases iniciais da doença, quando há mais espiroquetas na circulação.<sup>16</sup>

Sabe-se que 30% dos conceptos de gestantes não tratadas evoluem para óbito fetal, 10% para óbito neonatal e 40% para retardo mental. As pacientes com sífilis primária, secundária ou latente recente apresentam 66% de fetos com algum acometimento. Os achados mais frequentes são: alteração da função hepática, hepatomegalia, trombocitopenia, anemia, ascite e imunoglobulina M (IgM) antitreponema fetal presente. Tipicamente, a placenta apresenta-se aumentada e edematosa, com sinais evidentes de processo inflamatório.<sup>17</sup>

Em 2011, o Governo Federal lançou a “Rede Cegonha”, estratégia que visa assegurar a mulher e a criança o direito a atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, período pós-parto e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das suas estratégias é a implantação dos testes rápidos diagnóstico do HIV e triagem da sífilis no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades divididas entre os três níveis de gestão do SUS, no intuito de promover um diagnóstico precoce desses agravos nas gestantes e o início oportuno das ações de prevenção, com vistas a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como a redução de óbitos materno-infantis evitáveis. Com a expansão do diagnóstico por meio de testes rápidos de HIV e sífilis e da “Rede Cegonha”, observou-se elevação na taxa de detecção de sífilis em gestantes, decorrente da melhoria do diagnóstico e da vigilância epidemiológica.<sup>18</sup>

Em 2014, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno Infantil de HIV e

Sífilis para certificar países que alcancem taxas de incidência de sífilis congênita de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos.<sup>19</sup>

O diagnóstico da Sífilis é simples e disponível em toda rede básica de saúde. Em 2007 o Ministério da Saúde divulgou um “Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis”, onde estabelece que seja colhido o VDRL ao ser constatada a gravidez, repetida no terceiro trimestre da gestação e no momento do parto. A rede pública disponibiliza também o Teste Rápido para Sífilis (TRS). São exames treponêmicos bastante rápidos e de fácil execução e apontam resultados semelhantes aos testes treponêmicos (TPHA) usados como referencia para comparação e podem ser usados quando não houver o teste de triagem de VDRL. Este protocolo estabelece também garante estratégias para prevenção, controle e tratamento para evitar a transmissão vertical da sífilis congênita, bem como a importância da notificação dos casos confirmados.<sup>19</sup>

A notificação compulsória de uma doença visa acumular dados para permitir análises que leve a intervenções e medidas de prevenção e controle. No caso da sífilis congênita a pretensão clara é de reduzir sua incidência até conseguir sua eliminação.<sup>13</sup>

A Rede Cegonha criada em 2011, estabelece diretrizes de acompanhamento e controle de gestantes acolhidas nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia da Saúde da Família para que, através de medidas estratégicas, estimule a realização de exames de pré-natal preconizados pela atenção básica o mais precocemente possível, oferecendo inclusive apoio financeiro para o deslocamento destas gestantes para realização das consultas de pré-natal. Com o intuito de rastrear casos de sífilis materna, a Rede Cegonha condicionou o apoio financeiro mediante a apresentação do exame de reação de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) realizados no primeiro e no terceiro trimestre da gestação.<sup>20</sup>

Vidal et al revela em seu estudo que há uma falha no pré natal quando se observa um índice elevado de Sífilis congênita, sinalizando uma necessidade de maior empenho das ESF no acompanhamento das gestantes acometidas pela Sífilis para garantir o tratamento completo fornecido pelo SUS ao casal. Esse tratamento tem baixo custo e boa relação custo efetividade por caso evitado.<sup>21</sup>

O tratamento do parceiro é um fator consideravelmente importante para a prevenção de sífilis congênita, porém estudos recentes apontam que em média

apenas 11,5% dos parceiros são tratados no Brasil, sendo a meta estabelecida pela OMS de >80% de parceiros tratados.<sup>22</sup>

A persistência de alta incidência da sífilis congênita e de altas taxas de transmissão vertical, mesmo após o aumento considerável da cobertura de assistência pré-natal e do número médio de consultas com a instalação do SUS, indica que a qualidade da assistência é insatisfatória.<sup>23</sup>

Sabe-se que se deve investir cada vez mais em políticas de promoção da saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), através da prática de educação em saúde constituem como um “caminho integrador do cuidar, um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e culturais, populares, que promove o exercício democrático, capazes de provocar mudanças individuais, familiares e comunitárias e contribuir para a transformação social”.<sup>24</sup>

Mediante essa perspectiva foram levantados os dados divulgados pelo Ministério da Saúde dos casos Notificados entre 2010 a 2014, conforme Tabela 1.

Tabela 1- Casos Notificados de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade (número e taxas de incidência por 1.000 nascidos vivos divididos por Macroregião 2010-2014)

Região	2010		2011		2012		2013		2014 Total	
	n°	taxas	n°	taxas	n°	taxas	n°	taxas	n°	n°
Norte	639	2,1	804	2,6	891	2,9	1064	3,5	494	3892
Nordeste	2295	2,7	3208	3,8	3766	4,5	4417	5,3	2215	15901
Sudeste	2985	2,7	4130	3,6	5247	4,6	5907	5,1	2902	21171
Sul	656	1,8	919	2,4	1165	3,1	1566	4,1	809	5115
Centro-oeste	341	1,5	398	1,8	540	2,3	751	3,3	373	2403
<b>Brasil</b>	<b>6916</b>	<b>2,4</b>	<b>9459</b>	<b>3,2</b>	<b>11609</b>	<b>4,0</b>	<b>13705</b>	<b>4,7</b>	<b>6793</b>	<b>48482</b>

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Nota:(1) Casos Notificados no SINAN até 30/06/2014

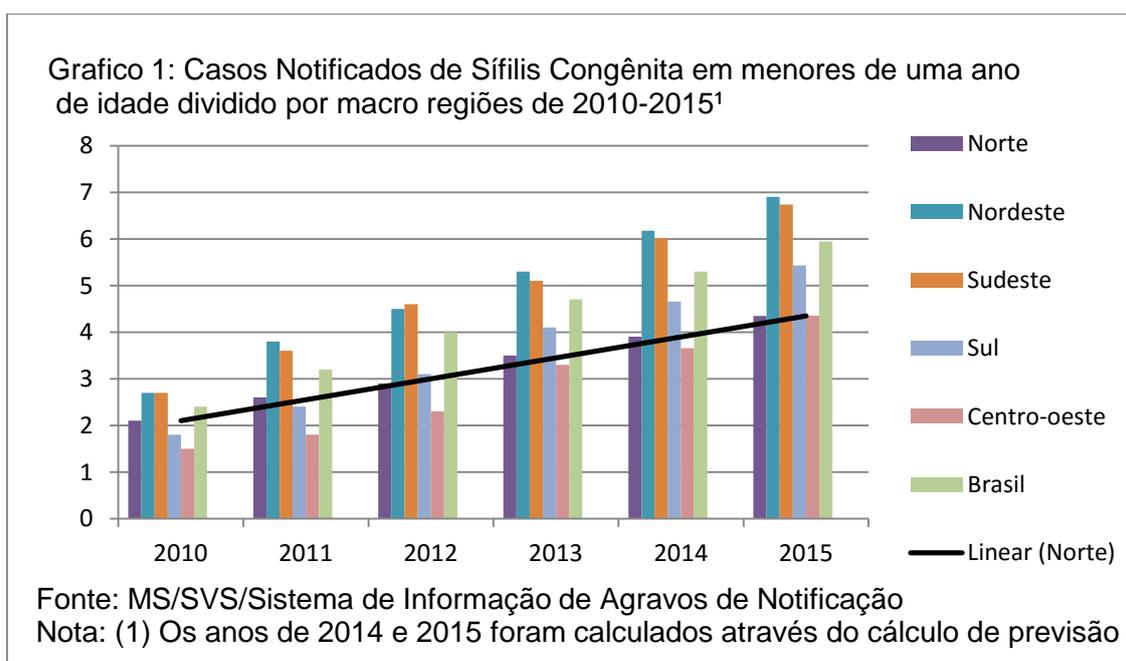
Partindo da estimativa do MS a tabela 2 mostra as taxas divulgadas até 2013 e cálculo de estimativa para os anos de 2014 e 2015 acompanhada pelo gráfico 1 com linha de tendência.

Tabela 2- Casos Notificados de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade (taxas de incidência por 1.000 nascidos vivos divididos por Macrorregião 2010-2015)<sup>1</sup>

Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	2,1	2,6	2,9	3,5	3,9	4,4
Nordeste	2,7	3,8	4,5	5,3	6,2	6,9
Sudeste	2,7	3,6	4,6	5,1	6,0	6,7
Sul	1,8	2,4	3,1	4,1	4,7	5,4
Centro-oeste	1,5	1,8	2,3	3,3	3,7	4,4
Brasil	2,4	3,2	4,0	4,7	5,2984	5,9

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Nota:(1) Os anos de 2014 e 2015 foram calculados através de cálculo de previsão



Segundos os dados levantados, observa-se um aumento gradativo dos casos notificados com o decorrer dos anos e a estimativa das taxas de incidência para 2014 de 5,3 para o Brasil e 2015 de 5,9.

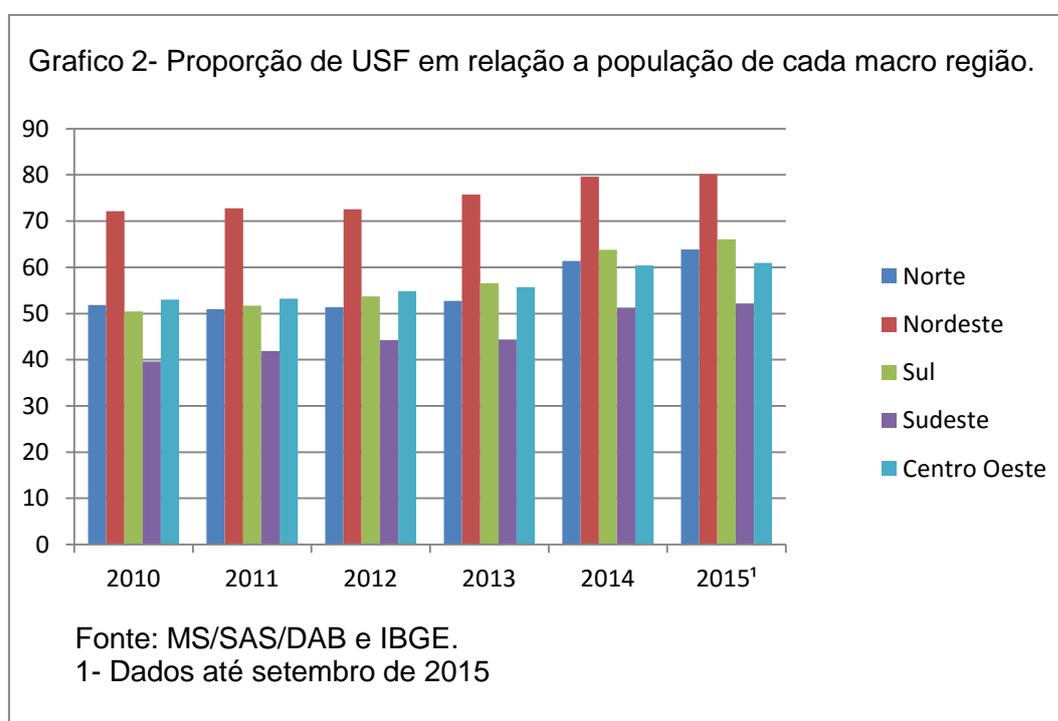
Na tabela 3 e gráfico 2 observa-se a proporção da população com cobertura de USF nas macrorregiões.

Tabela 3. Proporção de USF em relação a população de cada macro região.

Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015 <sup>1</sup>
Norte	51,81	50,9	51,35	52,75	61,39	63,83
Nordeste	72,18	72,74	72,55	75,76	79,65	80,2
Sul	50,42	51,72	53,69	56,53	63,79	66,08
Sudeste	39,59	41,88	44,24	44,34	51,27	52,18
Centro Oeste	53,04	53,2	54,78	55,73	60,38	60,98

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

1- Dados até setembro de 2015



É possível constatar que a região Nordeste é a que possui maior cobertura de assistência e a região Sudeste possui a menor, sendo que as duas macrorregiões possuem números parecidos de casos notificados.

Os dados mostram que não há como afirmar que a quantidade de unidades de saúde da família é o suficiente para prestar um atendimento de qualidade a população assistida embora seja imprescindível garantir a realização de consultas de pré-natais de acordo com o recomendado, em relação à precocidade, mas é também necessário que elas sejam de boa qualidade no que diz respeito ao

conteúdo, sendo necessário ser realizado o acolhimento, aconselhamento, e diagnóstico laboratorial da infecção, aspecto que tem sido negligenciado.<sup>25,26</sup>

Um dos melhores indicadores prognósticos dos resultados obstétricos e neonatais da gestação é uma boa assistência pré-natal, na qual deve ser realizada a promoção da saúde da gestante e do feto. Essa assistência, considerada prioridade em saúde pública, tem como objetivo central diminuir a morbidade e mortalidade materna e infantil caracterizando-se tanto pelo desenvolvimento de ações preventivas e educativas, quanto pela identificação de situações de risco para gestantes e fetos com intervenção precoce e oportuna nos problemas que afetam a gravidez.<sup>27</sup>

A qualidade da assistência prestada é responsabilidade de toda equipe multidisciplinar que compõe as Unidades de Saúde da Família e é de suma importância que cada profissional exerça de forma satisfatória o seu papel que varia de acordo com a sua formação. As atribuições das equipes de Saúde da Família incluem a busca ativa das gestantes faltosas (pelo agente comunitário de saúde), a identificação de vulnerabilidade e situações de risco (pelo técnico de enfermagem), a realização de consulta de pré-natal das gestantes de baixo risco (função intercalada entre médico e enfermeiro) e o desenvolvimento de atividades educativas, esta sob responsabilidade de toda equipe.<sup>28</sup>

A atenção dispensada pelo enfermeiro à gestante durante o pré-natal é uma das ações recomendadas no Programa Saúde da Mulher, garantido por meio de políticas públicas de saúde. Na consulta de enfermagem o enfermeiro consegue estabelecer um ambiente de confiança com a gestante, dando valor a suas queixas, assim possibilitando a oportunidade de fornecer informações importantes quanto à prevenção e tratamento da sífilis e outras doenças gestacionais.<sup>29</sup>

Todo profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, deve participar ativamente na realização de atividades de educação em saúde que abordem e incentivem formas de prevenção da doença; promovendo assim a melhoria dessa realidade, obedecendo ao fluxo de ações preconizado pelo Ministério da Saúde, possibilitando o diagnóstico precoce da sífilis em mulheres em idade reprodutiva até a notificação de todos os casos de sífilis congênita. Cabe ressaltar a importância de investir em capacitação desses profissionais para que possam contribuir na promoção de mudanças, visto tratar-se da porta de entrada do sistema de saúde,

possibilitando maior proximidade entre os profissionais e os usuários, especialmente os parceiros de gestantes infectadas, para conseguir sua adesão ao tratamento.<sup>30, 31</sup>

## 5 CONCLUSÃO

A Sífilis na gestante é uma doença grave causadora de um grande número de óbitos fetal entre outras consequências para o binômio. O diagnóstico e tratamento são simples e disponíveis na rede pública de saúde. Contudo o Ministério da Saúde tem encontrado dificuldade em cumprir as metas estabelecidas para a erradicação desta doença.

Observa-se a cada ano um aumento gradativo dos casos notificados e através deste estudo observamos que a tendência é que haja um aumento nos anos de 2014 e 2015. Um pouco deste aumento se deve através da melhoria na qualidade das notificações e por outro lado mostra a deficiência no diagnóstico precoce.

Neste estudo foi possível estabelecer um comparativo entre os casos notificados e a cobertura de USF nas macrorregiões brasileiras observando que na região Nordeste há a maior cobertura de USF e também há o maior número de casos notificados, enquanto a região Sudeste possui o menor número de cobertura e mantém o índice de casos notificados muito próximo a região Nordeste.

É importante ressaltar que o aumento da cobertura de USF é proporcional ao aumento de notificações da sífilis congênita.

Conclui-se neste estudo que não é possível afirmar que a maior cobertura de Estratégia da Saúde da Família significa obrigatoriamente um aumento da abrangência de gestantes atendidas, sendo esta questão diretamente ligada à qualidade da assistência prestada, na qual em alguns estudos específicos é citada como ineficaz.

Embora a sífilis congênita seja totalmente passível de prevenção, sua eliminação, com meta estabelecida de 0,5 casos a cada 1.000 nascidos vivos, é uma questão complexa, que envolve diferentes tipos de estratégias para sua consecução. Os dados obtidos neste estudo reiteram a importância da notificação compulsória da sífilis na gestação como base dados para indicadores de saúde.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É prioritário estabelecer condições de capacitação para as equipes do ESF, as quais, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro da doença, pela proximidades de seus agentes são capazes junto aos possíveis usuários dos serviços de saúde, especialmente os parceiros das gestantes infectadas, para conseguir adesão ao tratamento.

Como sugestão a novos estudos a realização de um estudo avaliativo dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal, buscando uma melhor compreensão dos fatores determinantes de tantas oportunidades perdidas na abordagem da sífilis na gestação, seja por problemas no diagnóstico, seja pelo tratamento oferecido à gestante e parceiro.

Pelos dados pesquisados estima-se que em 2015 o Ministério da Saúde não conseguirá atingir a meta estabelecida anteriormente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saraceni Valéria, Leal Maria do Carmo, Hartz Zulmira Maria de Araújo. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2005 Sep [cit 2015 Dec 21] ; 5(3): 263-273. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a02v5n3.pdf>.
2. Zugaib, Marcelo. Obstetrícia. 2ª edição. Barueri: Manole, 2012. Capítulo 58 p.1038.
3. Succi Regina Célia de Menezes, Figueiredo Elisabeth Niglio, Zanatta Letícia de Carvalho, Peixe Marina Biffani, Rossi Marina Bertelli, Vianna Lucila Amaral Carneiro. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 Dez [citado 2016 Jan 08] ; 16( 6 ): 986-992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000600008&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600008&lng=pt)
4. Nascimento MID, Cunha ADA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRDSM, Villas Boas EL. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(2):56-62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003)
5. Brasil. Portaria nº- 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Diário Oficial da União Nº 1 de 02 de janeiro de 2012, seção 1 págs. 50 a 52. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242\\_30\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Sífilis. Agosto/2015. Ano IV nº 1. 1-32. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2015>.

7. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1109-1120, jun, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>.
8. Hildebrand, Virna Liza Pereira Chaves, Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros, Rio de Janeiro; s.n; 2010. xi,73 p. tab, ilus. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=586440&indexSearch=ID#refine>
9. Costa Mariana Carvalho, Demarch Eduardo Bornhausen, Azulay David Rubem, Périssé André Reynaldo Santos, Dias Maria Fernanda Reis Gavazzoni, Nery José Augusto da Costa. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2010 Dec [cited 2016 Jan 08] ; 85( 6 ): 767-785. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962010000600002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962010000600002&lng=en)
10. Araújo Cinthia Lociks de, Shimizu Helena Eri, Sousa Artur Iuri Alves de, Hamann Edgar Merchán. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Jan 05] ; 46( 3 ): 479-486. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=pt&nrm=iso)
11. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MSP. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(9):1747-1755, set, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>.
12. Brasil. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Incidência de Sífilis Congênita. Brasília, 2006. D.1.11 Disponível : [http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com\\_D0111.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_D0111.pdf)
13. Saraceni V, Miranda AE, Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(3):490-496, mar, 2012. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009).

14. França ISX, Batista JDL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação de sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. Rev Rene 2015 maio-jun; 16[3]:374-81. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2008>
15. Martins Maria de Fátima da Silva Vieira, Remoaldo Paula Cristina Almeida Cadima. Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Jan 08]; 67(3): 360-365. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000300360&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300360&lng=pt).
16. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>
17. Zugaib, Marcelo. Obstetrícia. 2ª edição. Barueri: Manole, 2012. Capítulo 58 p.1043.
18. Araujo Maria Alix Leite, Barros Valéria Lima de, Moura Heber José de, Rocha Ana Fátima Braga, Guanabara Marilene Alves Oliveira. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. Cad. saúde colet. [Internet]. 2014 Set [citado 2016 Jan 08]; 22(3): 300-306. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000300300&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300300&lng=pt)
19. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis, Brasília, 2007. P 3-178. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_verticalhivsifilis\\_manualbolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Prático para Implementação da rede Cegonha. Brasília, 2011. P 1-45. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062)

21. Vidal SA, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA . Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2011;45(3):467-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000300004&script=sci_arttext).
22. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev Saúde Pública 2014;48(5):766-774. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt\\_0034-8910-rsp-48-5-0766.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0766.pdf)
23. Domingues RMSM, Saracemi V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública 2013;47(1):147-57. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019).
24. Cunha Regina Ribeiro, Pereira Luciléia da Silva, Gonçalves Ana Sofia Resque, Santos Evangelia Kotzias Atherino dos, Radünz Vera, Heidemann Ivonete Teresinha Schülter Buss. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Jan 05] ; 18( 1 ): 170-176. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000100021&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100021&lng=pt)
25. Lima Bruno Gil de Carvalho, Costa Maria da Conceição Nascimento, Dourado Maria Inês Costa. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. Epidemiol. Serv. Saúde [periódico na Internet]. 2008 Jun [citado 2011 Jul 15] ; 17( 2 ): 125-127. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742008000200007&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000200007&lng=pt).
26. Brasil. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 Ago [citado 2016 Jan 08] ; 45(4):812-815. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400026&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400026&lng=pt).

27. Succi Regina Célia de Menezes, Figueiredo Elisabeth Niglio, Zanatta Letícia de Carvalho, Peixe Marina Biffani, Rossi Marina Bertelli, Vianna Lucila Amaral Carneiro. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 Dez [citado 2016 Jan 08] ; 16( 6 ): 986-992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000600008&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600008&lng=pt)
28. Carvalho Isaiane da Silva, Brito Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Jan 08] ; 23( 2 ): 287-294. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000200287&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200287&lng=pt).
29. Duarte, Sebastião Junior Henrique, and Sônia Maria Oliveira de Andrade. Revisão Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 10.1 (2006): 121-125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a16.pdf>
30. Costa Camila Chaves da, Freitas Lydia Vieira, Sousa Deise Maria do Nascimento, Oliveira Lara Leite de, Chagas Ana Carolina Maria Araújo, Lopes Marcos Venícios de Oliveira et al . Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Fev [citado 2016 Jan 05] ; 47( 1 ): 152-159. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=pt).
31. Domingues Rosa Maria Soares Madeira, Lauria Lilian de Mello, Saraceni Valeria, Leal Maria do Carmo. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Maio [citado 2016 Jan 05] ; 18( 5 ): 1341-1351. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=pt).

## ANEXO DECLARAÇÃO

Eu, Marina Dallari Mesquita, portadora do documento de identidade RG 29.103.425-0, CPF 264.611.6855, aluna regularmente matriculada no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UNIVERDIDADE PAULISTA - UNIP, sob o nº 06099229/0058-47 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: **“A erradicação da sífilis congênita do Brasil e a realidade dos fatos”**, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em Campinas, 29 de janeiro de 2016.

---

Assinatura da aluna

---

Assinatura da orientadora