

## Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita na Maternidade Ana Braga – Manaus, Amazonas

Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in the Maternity Ana Braga - Manaus, Amazonas

Perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en la Maternidad Ana Braga - Manaus, Amazonas

Moisés Castro Saback<sup>1</sup>, Jose Fernandes de Souza Viana<sup>1</sup>, Stefano dos Santos Adorno<sup>1</sup>, Mario Clodoaldo Batista da Costa<sup>1</sup>, Kleberon Adriano Silva Gomes<sup>1</sup>, Glauce Lenira Silva Belém<sup>1</sup>, Celília de Lima Borges<sup>1</sup>, Livia Laura dos Santos Rocha<sup>1</sup>, David Castro Saback<sup>1</sup>, Antonio José Ferreira da Rocha Júnior<sup>1</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita na maternidade Ana Braga – Manaus, Amazonas. **Métodos:** Este estudo foi desenvolvido na Maternidade Estadual, a amostra foi constituída por gestantes VDRL reagente em qualquer momento da gestação e/ou na ocasião do parto, usuárias dessa maternidade e por recém-nascidos com VDRL reagente. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários disponibilizados pela maternidade no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da referida maternidade e após aprovação foi dado início a coleta dos dados. **Resultados:** No período de 2015 – 2017 foi realizado um total de 25.150 partos na Maternidade Estadual Ana Braga e destes foram identificados um total de 376 casos de sífilis gestacional. Todos os recém-nascidos (n=376) nasceram vivos e sem anomalias 80 apresentaram soro não reagente (21,3%) no VDRL. Este estudo demonstrou que apesar de existir diagnóstico e tratamento eficaz para a sífilis gestacional e congênita, estas ainda persistem como um grave problema de saúde pública. **Conclusão:** Houve uma grande adesão ao pré-natal pelas gestantes que compuseram a amostra deste estudo, entretanto percebe-se que o atendimento no pré-natal ainda não é de qualidade e não é suficiente para garantir o controle da sífilis. Desta forma, destaca-se a necessidade de métodos de prevenção e controle mais eficazes.

**Palavras-chave:** Sífilis, sífilis gestacional, sífilis congênita.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To measure the epidemiological profile of gestational and congenital syphilis at Ana Braga Maternity State Hospital - Manaus, Amazonas. **Methods:** This study was developed at the Maternity State Hospital, the sample was formed by pregnant women VDRL test reagent at any gestational period and/or at the birth moment, by the women public obstetric service users and newborns babies with VDRL test reagent. The data were obtained from medical records available by the maternity hospital from November/2015 to January/2017. The project was submitted for the approval to the Research Ethics Committee with Human Beings from that hospital and, after their approval, began the data collection. **Results:** From November/2015 to January/2017, a total of 25.150 births at Ana Braga Maternity State Hospital were identified 376 gestational syphilis cases. All the newborns (n=376) were borned alive and without anomalies 80 shown VDRL negative reagent results (21,3%). This study proved that, although there is a diagnosis and effective treatment for gestational and congenital syphilis, this still being a severe public health problem. **Conclusions:** There were a huge adherence to prenatal care by the pregnant women who formed the sample of this study, meanwhile, it was noticed that prenatal care is not good and is not enough to ensure the syphilis control yet. This way, we emphasize the need of more effective prevent and better controls methods.

**Keywords:** Syphilis, gestational syphilis, congenital syphilis

---

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Amazonas (UEA), Manaus – AM. \* E-mail: [mcsaback@gmail.com](mailto:mcsaback@gmail.com)

## RESUMEN

**Objetivo:** Avaliar el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en la Maternidad Ana Braga - Manaus, Amazonas. **Métodos:** Este estudio fué realizado en la Maternidad Estadual, la muestra fue constituída por embarazadas con VDRL positivo a cualquier momento del embarazo y/o al momento del parto, usuárias de la maternidad y recién nacidos con VDRL positivo. Los datos fueron recolectados a partir de historias clínicas disponibilizadas por la maternidad en el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2017. El proyecto fue submetido a análisis por el comité de ética en investigación con seres humanos de la mencionada maternidad y después de su aprobación fué dado inicio a la colecta de datos. **Resultados:** En el periodo de 2015 – 2017 fué realizado un total de 25.150 partos en la Maternidad Estadual Ana Braga y de estos fueron identificados un total de 376 casos de sífilis gestacional. Todos los recién nacidos (n = 376) nacieron vivos y sin anomalías, 80 presentaron VDRL negativo (21.3%). Este estudio demostroque a pesar de existir un diagnóstico y tratamiento eficaz para la sífilis gestacional y congénita, todavía persisten como un grave problema de salud pública. **Conclusión:** Hubo una grande adherencia al acompañamiento pre-natal por las embarazadas que formaron parte de la muestra de este estudio, pero se puede observar que la atención en el control pre-natal todavía no es de calidad y no es suficiente para garantizar el control de la sífilis. De esta manera se destaca la necesidad de métodos de prevención y control mas eficaces.

**Palabras clave:** Sífilis, sífilis gestacional, sífilis congénita.

---

## INTRODUÇÃO

Atualmente sabe-se que a sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de evolução crônica e abrangência mundial, que tem como agente etiológico o *T. pallidum*. A doença apresenta períodos clínicos diferenciados que estão relacionados à evolução da doença e divide-se nos estágios primário, secundário, latente e terciário (forma tardia) (GOMEZ et al., 2013).

A sífilis primária (10 a 20 dias) caracteriza-se por pequenas ulcerações nos órgãos genitais, denominada cancro duro. Se não houver tratamento a doença pode disseminar-se pelo organismo (sexta e oitava semana após o aparecimento do cancro duro) provocando lesões cutâneas em outras partes do corpo e alopecia. A terceira fase da doença apresenta sintomas que podem surgir em período variável (três ou mais anos de contágio) e com comprometimentos de órgãos e tecidos, principalmente sintomas cardíacos, neurológicos e ortopédicos (BRITO et al., 2016).

Os primeiros tratamentos para a sífilis incluíam mercúrio, arsênio, bismuto, iodetos, aumento da temperatura corporal através de banhos quentes de vapor ou inoculação de plasmódios (malarioterapia). Contudo, esses tratamentos apresentavam baixa eficácia e/ou toxicidade. Somente em 1943, a penicilina foi utilizada pela primeira vez para o tratamento de sífilis, apresentando eficácia e baixa toxicidade (VALDERRAMA et al, 2004).

A transmissão do *T. pallidum* pode ocorrer através do contato com as lesões ou transfusão sanguínea na fase inicial da doença, porém a sua principal forma de transmissão é por via sexual e vertical (GOMEZ et al., 2013).

Lopes de Villa Lobos e Fracastoro foram os primeiros a fazer uma descrição sobre a sífilis congênita (SC), e estes acreditavam que o contágio acontecia no parto, aleitamento materno ou cruzado. Posteriormente, Paracelsus apresentou a hipótese de contaminação intrauterina, mas este conceito foi abolido (RIVITTI, 1999).

A SC ocorre através da disseminação hematogênica pelo *T. pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada, e as principais consequências da contaminação da gestante incluem o nascimento da criança com sífilis e suas complicações ou ainda pode levar ao aborto, óbito fetal e neonatal (AVELLEIRA et al, 2006).

A transmissão da sífilis congênita ocorre em praticamente todos os casos de mães com sífilis primária ou secundária não tratada (70% a 100% e 90%, respectivamente), podendo ocorrer em qualquer fase da gravidez ou estágio da doença materna (FERNANDES et al, 2007).

Deve-se levar em consideração que o espectro de desfechos na SC torna-se variado, pois é necessário avaliar quando ocorreu o contágio da gestante, o período clínico em que a mesma se encontra e ainda deve-se ponderar o desenvolvimento imunológico fetal (WICHER; WICHER, 2001).

No Brasil a notificação compulsória de sífilis em gestantes e SC ocorre desde 1986 e foi observado nos últimos cinco anos um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida. Somente no ano de 2016, foram 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos (BRASIL, 2017).

Esse aumento nas taxas de detecção tem sido atribuído ao aumento da cobertura de testagem, ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Atualmente sabe-se que a sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de evolução crônica com períodos clínicos diferenciados, de abrangência mundial, que tem como agente etiológico o *T. pallidum*. A transmissão pode ocorrer através do contato com as lesões ou transfusão sanguínea, porém a principal forma de transmissão é por via sexual e vertical (GOMEZ *et al.*, 2013).

O *T. pallidum* é uma espiroqueta móvel (movimentos semelhantes a “saca-rolha”) e microaerófila que mede cerca de 5 a 10 por 0,1 a 0,23 µm, sendo classificada na ordem Spirochaetales, família Spirochaetaceae e gênero *Treponema* (WILSON, 2002).

Diversos fatores são relacionados à virulência do *T. pallidum*: a) Capacidade em invadir o organismo do hospedeiro e viajar através das mucosas; b) A sua mobilidade “saca-rolha” facilita a travessia entre as camadas de tecido; c) Competência em atravessar a placenta (BURGOS, 2010).

A sífilis apresenta uma série de quatro estágios referidos como sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente e sífilis terciária. Cada estágio apresenta sintomas, manifestações clínicas e nível de infectividade diferenciado (GOLDEN; 2003; KINGHORN, 2004; KENT; ROMANELLI, 2008).

### Estágios da Sífilis

**Sífilis primária:** A principal característica desse estágio é o surgimento de lesão (geralmente única) denominada de cancro da sífilis que se desenvolve no local de entrada do *T. pallidum*, após 10 - 90 dias de contágio (SINGH *et al.* 1999).

**Sífilis secundária:** Os sintomas da sífilis secundária iniciam geralmente entre 6 semanas a 6 meses do surgimento e cicatrização do cancro. Este estágio tem como característica a erupção de manchas rosadas ou avermelhadas na região das palmas, solas e braços, sendo tipicamente não pruriginoso, inicialmente simétrico e que podem progredir para uma mácula papular ou pustulosa. Se não houver o tratamento as erupções podem desaparecer dentro de algumas semanas sem presença de cicatrizes (ROMPALO, *et al.* 2001)

**Sífilis latente:** É um estágio no qual os pacientes são sororeativos, mas assintomáticos. Esta fase pode ser dividida em **sífilis latente recente** (menos de dois anos de infecção) e **sífilis latente tardia** (mais de dois anos de infecção). Este estágio ocorre entre o desaparecimento dos sintomas da sífilis secundária e início de manifestações de sífilis terciária ou cura terapêutica (CDCP, 2006; BRASIL, 2018)

**Sífilis terciária:** O início da sífilis terciária pode ocorrer entre 2 a 40 anos após a infecção, caracterizando-se por complicações em longo prazo da doença (BRASIL, 2018).

Durante esse estágio a sífilis não é transmissível e tem como característica a presença de lesões cutâneas mais agressivas, sendo denominadas de gomos. Estas lesões comprometem inicialmente o tecido gorduroso e sequencialmente atingem outros tecidos até exteriorizar-se na pele (TRAMONT, 2005).

## Sífilis congênita

A sífilis congênita ainda é considerada globalmente como uma das principais causas de mortalidade fetal e neonatal apesar da ampla compreensão da doença, ótimas estratégias preventivas e da existência de tratamento eficaz (NEWMAN *et al.*, 2013).

A transmissão pode ocorrer por via transplacentária (espiroquetomia materna) e intraparto por contato com as lesões genitais maternas (HOLLIER *et al.*, 2001). Deve-se levar em consideração que o risco de transmissão vertical aumenta de forma proporcional ao avanço da gestação, estando relacionado diretamente ao estágio da sífilis materna (COOPER; SÁNCHEZ, 2018).

Parto prematuro, aborto espontâneo, natimorto, hidropisia fetal não imune, morte perinatal são possíveis desfechos de gravidezes em que há presença da sífilis. Crianças nascidas de mães que não receberam o tratamento para a sífilis podem inicialmente não apresentar condições clínicas ou laboratoriais que evidenciem a infecção, entretanto, essa criança pode desenvolver a doença tardiamente se não forem tratados (COOPER; SANCHEZ, 2018).

A sífilis congênita apresenta duas características:

**Sífilis congênita precoce:** refere-se a manifestações clínicas que surgem nos dois primeiros anos de idade da criança. Tendo como principais características hepatomegalia, prematuridade, pênfigo, baixo peso ao nascer, osteíte, rinite, icterícia, anemia e fissura peribucal, lesões mucocutâneas (40-60%) e descamação principalmente nas palmas e solas.

**Sífilis congênita tardia:** refere-se a manifestações clínicas que surgem após dois anos de idade da criança. Tíbia em lâmina de sabre, fronte olímpica, dentes incisivos superiores deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, surdez, dificuldade no aprendizado. As crianças que apresentam sífilis congênita tardia não são infectantes (COOPER; SANCHEZ, 2018).

O acometimento do sistema nervoso central ocorre em pelo menos 50% das crianças diagnosticadas de forma clínica, laboratorial ou de forma radiográfica. Os sinais clínicos são raros no período neonatal, mas têm sido relatadas disfunção da glândula pituitária com hipoglicemia e diabetes insípido (COOPER; SANCHEZ, 2018).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que tem por finalidade investigar determinada doença em grupos de casos antigos e novos, sendo um estudo dinâmico, pois oscila ao decorrer do tempo e em diferentes espaços (BORDALO, 2006) e de coleta retrospectiva dos dados.

A população foi constituída por gestantes VDRL reagente em qualquer momento da gestação e/ou na ocasião do parto, usuárias dessa maternidade e por recém-nascidos com VDRL reagente.

Foram coletados os dados dos prontuários no SAME da Maternidade que são arquivados e fixados utilizando o número do arquivo e lote por dia. Em primeiro momento a busca foi realizada utilizando o código de procedimento para o tratamento de infecções de transmissão predominantemente sexual referente ao período de 01 de janeiro de 2015 a 01 de janeiro de 2017. Posteriormente realizada a seleção apenas de pacientes com sífilis gestacional e congênita, com posterior busca nos prontuários dos recém-nascidos para localizar os prontuários das mães.

Após localização e seleção dos prontuários, houve divergência entre as informações, desta forma, adotou-se a busca através da base DNV (Declaração de Nascidos Vivos) com anotações do prontuário das mães (como medida de compensar as faltas parciais e até mesmo informações pessoais e do parto que estavam incompletas). Alguns pacientes não foram localizados neste processo.

As informações obtidas foram organizadas em formulários previamente estabelecidos posteriormente realizada a organização destas em frequência de gestantes e neonatos com sífilis; perfil Epidemiológico

social, gestacional e neonatal. de gestantes com sífilis; periodicidade do diagnóstico da sífilis materna e aspectos clínicos e laboratoriais dos recém-nascidos afetados.

O estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Amazonas sob número CEP: 3.084.240 e CAAE: 04045418.6.0000.5016 e após aprovação foi dado início a coleta de dados.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos durante os meses de janeiro a dezembro em relação aos casos de sífilis congênita segundo as características maternas, ao analisar a tabela 1 nota-se que o percentual de maior incidência foi no mês de novembro chegando a quantidade total de 48 gestantes cujo o percentual chegou a 12,8%.

A distribuição de casos durante os anos foi de 78 em 2015, 159 em 2016 e 139 em 2017, totalizando 376 casos. O perfil sociodemográfico das gestantes neste estudo indica que a sífilis está ocorrendo em mulheres jovens entre 21 – 30 anos conforme a (tabela 1) com baixo grau de escolaridade (ensino fundamental), sem profissão externa (em grande parte apenas cuidam da casa) e 75% afirmaram ser solteiras. Esses dados corroboram com de Cardoso et al. (2018) quanto a baixa escolaridade e a raça que na maioria dos casos não eram brancas, no caso deste estudo a raça de prevalência foi a parda.

Entretanto, os dados referentes à escolaridade diferiram dos dados de Campos et al. (2010) em que houve um número elevado de adolescentes com sífilis, com algum grau de escolaridade e ao menos 69,2% conforme a tabela 1 das gestantes estavam casadas. Neste estudo, outra observação a ser feita é com relação à localização em que as gestantes moram em Manaus, sendo a zona leste a mais citada (75,5%), conforme relata a tabela 1.

A assistência pré-natal é fundamental, pois nesse período são desenvolvidas atividades relacionadas à promoção da saúde (TOMASI et al., 2017). O Ministério da Saúde (2017) preconiza o mínimo de seis consultas de assistência de pré-natal, sendo pelo menos duas realizadas por médico e com início no primeiro trimestre gestacional.

Neste estudo houve adesão de 83,5% das gestantes ao pré-natal e 37,8% conforme a tabela 2 realizaram de 4-6 consultas, em estudos realizados por Saraceni e Leal (2003) no Rio de Janeiro 46% das gestantes realizaram as seis consultas, Campos et al. (2010) relata que 41,4% realizaram as consultas e em estudo realizado em Salvador por Almeida e Pereira (2007) apenas 12% realizaram as seis consultas recomendadas. A diferença na taxa de adesão e cumprimento das recomendações de seis consultas pode ser explicada possivelmente através da cobertura de pré-natal entre os municípios avaliados.

O início das consultas não foi anotado no prontuário de 106 gestantes (28,19%), mas 33,77% (n=127) iniciaram o pré-natal de acordo com a tabela 2 no primeiro trimestre da gestação, 30,31% (n=114) no segundo trimestre e 7,71% (n=29) no terceiro semestre, estes dados corroboram com os de Araújo et al. (2008), Silveira et al. (2001) e Trevisan et al. (2002).

É de extrema importância que seja realizado o diagnóstico precoce da sífilis gestacional, e o Ministério da Saúde preconiza que o exame deve ser realizado assim que seja iniciado o pré-natal, repetido no terceiro trimestre e no momento de admissão para o parto. Desta forma, foi realizado o levantamento dos dados referentes ao período em que as gestantes receberam o diagnóstico de sífilis e HIV. Um fator de grande relevância neste aspecto, é que apesar da grande adesão ao pré-natal, 52,7% das gestantes não realizaram o VDRL como mostra a tabela 2 e 67,8% receberam o diagnóstico apenas na admissão para o parto. Estes dados corroboram com os dados de Campos et al. (2010) em que apenas 32 (55,2%) gestantes tiveram o diagnóstico ainda no período pré-natal e não houve registro da realização do segundo VDRL nas gestantes.

**Tabela 1.** Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita segundo as características maternas.

Mês	Ano/Gestantes (n)						Total	
	2015		2016		2017			
Janeiro	1	1,3%	2	1,3%	10	7,2%	13	3,5%
Fevereiro	1	1,3%	7	4,4%	7	5,0%	15	4,0%
Março	3	3,9%	21	13,2%	11	7,9%	35	9,3%
Abril	4	5,2%	10	6,3%	5	3,6%	19	5,1%
Maiο	5	6,5%	17	10,7%	11	7,9%	33	8,8%
Junho	8	10,4%	18	11,3%	9	6,5%	36	9,6%
Julho	6	7,8%	15	9,4%	18	12,9%	39	10,4%
Agosto	8	10,4%	14	8,8%	2	1,4%	24	6,4%
Setembro	5	6,5%	16	10,1%	10	7,2%	31	8,2%
Outubro	9	11,7%	13	8,2%	15	10,8%	37	9,8%
Novembro	15	19,5%	9	5,7%	24	17,3%	48	12,8%
Dezembro	12	15,6%	17	10,7%	17	12,2%	46	12,2%
<b>(n)</b>	<b>78</b>		<b>159</b>		<b>139</b>		<b>376</b>	
<b>Idade</b>								
10 - 15	2	2,6%	9	5,7%	6	4,3%	17	4,5%
16 – 20	22	28,2%	63	39,6%	37	26,6%	122	32,4%
21 – 30	43	55,1%	67	42,1%	68	48,9%	178	47,3%
31 – 40	11	14,1%	18	11,3%	28	20,1%	57	15,2%
>41	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%	2	0,5%
<b>Estado civil</b>								
Solteira	62	79,5%	119	74,8%	101	72,7%	282	75,0%
Casada	8	10,3%	13	8,2%	11	7,9%	32	8,5%
União estável	7	9,0%	7	4,4%	17	12,2%	31	8,2%
Divorciada	0	0,0%	1	0,6%	2	1,4%	3	0,8%
Viúva	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,3%
Ignorado	1	1,3%	18	11,3%	8	5,8%	27	7,2%
<b>Raça</b>								
Branca	0	0	1	0,6%	1	0,7%	2	0,5%
Negra	0	0,0%	5	3,1%	3	2,2%	8	2,1%
Amarela	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Parda	78	100,0%	145	91,2%	129	92,8%	352	93,6%
Indígena	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ignorado	0	0,0%	8	5,0%	6	4,3%	14	3,7%
<b>Escolaridade</b>								
Sem escolaridade	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,3%
E. Primário	5	6,4%	4	2,5%	14	10,1%	23	6,1%
E. Fundamental	34	43,6%	64	40,3%	47	33,8%	145	38,6%
E. Médio	24	30,8%	40	25,2%	45	32,4%	109	29,0%
Superior incompleto	2	2,6%	3	1,9%	1	0,7%	6	1,6%
Superior Completo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ignorado	13	16,7%	47	29,6%	32	23,0%	92	24,5%
<b>Profissão</b>								
Estudante							32	8,5%
Universitária							3	0,8%
Do lar							226	60,1%
Outros							39	10,4%
Ignorado							76	20,2%
<b>Zona de habitação</b>								
Norte	13	18,3%	16	11,3%	19	15,6%	48	14,3%
Sul	2	2,8%	23	16,2%	4	3,3%	29	8,7%
Leste	53	74,6%	102	71,8%	98	80,3%	253	75,5%
Oeste	3	4,2%	1	0,7%	1	0,8%	5	1,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 2.** Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita segundo as características maternas e pré-natal

Qtd. De Gestações	Ano/Gestantes (n)						Total	
	2015		2016		2017			
1	19	24,4%	47	29,6%	36	25,9%	102	27,1%
2	18	23,1%	46	28,9%	37	26,6%	101	26,9%
3	14	17,9%	22	13,8%	30	21,6%	66	17,6%
>4	27	34,6%	44	27,7%	36	25,9%	107	28,5%
	<b>78</b>		<b>159</b>		<b>139</b>		<b>376</b>	
<b>Pré-natal</b>								
Sim	68	87,2%	134	84,3%	112	80,6%	314	83,5%
Não	10	12,8%	25	15,7%	27	19,4%	62	16,5%
<b>Nº de Consultas</b>								
< 4	18	23,1%	28	17,6%	21	15,1%	67	17,8%
4 – 6	29	37,2%	60	37,7%	53	38,1%	142	37,8%
> 6	21	26,9%	38	23,9%	28	20,1%	87	23,1%
Ignorado	10	12,8%	33	20,8%	37	26,6%	80	21,3%
<b>Mês de início</b>								
1º	4	5,1%	5	3,1%	8	5,8%	17	4,5%
2º	10	12,8%	17	10,7%	14	10,1%	41	10,9%
3º	12	15,4%	39	24,5%	18	12,9%	69	18,4%
4º	11	14,1%	17	10,7%	33	23,7%	61	16,2%
5º	10	12,8%	16	10,1%	9	6,5%	35	9,3%
6º	6	7,7%	7	4,4%	5	3,6%	18	4,8%
7º	5	6,4%	11	6,9%	3	2,2%	19	5,1%
8º	5	6,4%	3	1,9%	2	1,4%	10	2,7%
9º	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ignorado	15	19,2%	44	27,7%	47	33,8%	106	28,2%
<b>VDRL</b>								
Sim	38	48,7%	71	44,7%	69	49,6%	178	47,3%
Não	40	51,3%	88	55,3%	70	50,4%	198	52,7%
<b>Diagnóstico</b>								
1º trimestre	2	2,6%	2	1,3%	3	2,2%	7	1,9%
2º trimestre	6	7,7%	22	13,8%	18	12,9%	46	12,2%
3º trimestre	8	10,3%	35	22,0%	25	18,0%	68	18,1%
Admissão	62	79,5%	100	62,9%	93	66,9%	255	67,8%
<b>VDRL/Mãe</b>								
T1:1	1	1,3%	0	0,0%	3	2,2%	4	1,1%
T1:2	20	25,6%	33	21,3%	43	31,4%	96	25,9%
T1:4	14	17,9%	31	20,0%	24	17,5%	69	18,6%
T1:8	13	16,7%	17	11,0%	22	16,1%	52	14,1%
T1:16	8	10,3%	34	21,9%	14	10,2%	56	15,1%
T1:32	5	6,4%	20	12,9%	9	6,6%	34	9,2%
T1:64	1	1,3%	7	4,5%	1	0,7%	9	2,4%
T1:128	2	2,6%	3	1,9%	3	2,2%	8	2,2%
T1:256	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
Teste rápido	7	9,0%	6	3,7%	14	10,2%	27	7,2%
Ignorado	6	7,7%	10	6,5%	4	2,9%	20	5,4%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Neste estudo todos os recém-nascidos nasceram vivos e sem anomalias, sendo realizado o VDRL destes, conforme a **tabela 3** 21,3%apresentaram soro não reagente, 102 apresentaram resultado T1/2 (27,1%) e 14 apresentaram resultado >T1:32 (3,8%). Além disso, somente 9 RN necessitam da UTI. Estes dados diferem dos apresentados por Campos et al. (2010) em que houve a ocorrência de um (1,7%) caso de natimortalidade (não confirmado a causa), abortamento espontâneo prévio em 16 (27,6%) gestantes. Esses números apresentam grande proximidade com os encontrados por Saraceni e Leal (2003) e Almeida e Pereira (2007).

Por fim foi analisado o preenchimento dos prontuários e percebeu-se que 265 estavam completos (70,5%), 60 estavam parcialmente completos (16%) e 51 estavam incompletos (13,6%). Estes dados também diferiram dos dados apresentados por Campos et al. (2010), Araújo et al. (2008) e Lima (2004) que relataram a falta de informações no cartão da gestante e nos prontuários. O que demonstra a necessidade da melhoria do atendimento pré-natal.

**Tabela 3.** Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita segundo as características relativas aos recém-nascidos (RN).

Sexo RN	Ano/RN (n)						Total	
	2015		2016		2017			
Masculino	<b>35</b>	44,9%	<b>78</b>	49,1%	<b>80</b>	57,6%	<b>193</b>	51,3%
Feminino	<b>43</b>	55,1%	<b>81</b>	50,9%	<b>59</b>	42,4%	<b>183</b>	48,7%
<b>Peso do RN</b>								
< P3	<b>9</b>	11,5%	<b>23</b>	14,5%	<b>11</b>	7,9%	<b>43</b>	11,4%
P3 -10	<b>11</b>	14,1%	<b>18</b>	11,3%	<b>17</b>	12,2%	<b>46</b>	12,2%
P10 – 25	<b>16</b>	20,5%	<b>25</b>	15,7%	<b>13</b>	9,4%	<b>54</b>	14,4%
P25 – 50	<b>9</b>	11,5%	<b>27</b>	17,0%	<b>39</b>	28,1%	<b>75</b>	19,9%
P50 – 75	<b>11</b>	14,1%	<b>28</b>	17,6%	<b>23</b>	16,5%	<b>62</b>	16,5%
P75 - 90	<b>5</b>	6,4%	<b>15</b>	9,4%	<b>14</b>	10,1%	<b>34</b>	9,0%
> P90	<b>10</b>	12,8%	<b>17</b>	10,7%	<b>8</b>	5,8%	<b>35</b>	9,3%
Ignorado	<b>7</b>	9,0%	<b>6</b>	3,8%	<b>14</b>	10,1%	<b>27</b>	7,2%
<b>APGAR</b>								
5 – 7	<b>1</b>	1,3%	<b>3</b>	1,9%	<b>1</b>	0,7%	<b>5</b>	1,3%
8 – 9	<b>10</b>	12,8%	<b>13</b>	8,2%	<b>15</b>	10,8%	<b>38</b>	10,1%
9 – 10	<b>54</b>	69,2%	<b>123</b>	77,4%	<b>103</b>	74,1%	<b>280</b>	74,5%
Ignorado	<b>13</b>	16,7%	<b>20</b>	12,6%	<b>20</b>	14,4%	<b>53</b>	14,1%
<b>VDRL/RN</b>								
T 1:1	<b>1</b>	1,3%	<b>0</b>	0,0%	<b>4</b>	2,9%	<b>5</b>	1,3%
T 1:2	<b>28</b>	35,9%	<b>31</b>	19,5%	<b>43</b>	30,9%	<b>102</b>	27,1%
T 1:4	<b>10</b>	12,8%	<b>29</b>	18,2%	<b>18</b>	12,9%	<b>57</b>	15,2%
T 1:8	<b>10</b>	12,8%	<b>25</b>	15,7%	<b>12</b>	8,6%	<b>47</b>	12,5%
T 1:16	<b>3</b>	3,8%	<b>17</b>	10,7%	<b>10</b>	7,2%	<b>30</b>	8,0%
T 1:32	<b>1</b>	1,3%	<b>4</b>	2,5%	<b>2</b>	1,4%	<b>7</b>	1,9%
T 1:64	<b>1</b>	1,3%	<b>1</b>	0,6%	<b>5</b>	3,6%	<b>7</b>	1,9%
T 1:128	<b>0</b>	0,0%	<b>0</b>	0,0%	<b>0</b>	0,0%	<b>0</b>	0,0%
Teste rápido	<b>9</b>	11,5%	<b>2</b>	1,3%	<b>11</b>	7,9%	<b>22</b>	5,9%
SNR	<b>8</b>	10,3%	<b>44</b>	27,7%	<b>28</b>	20,1%	<b>80</b>	21,3%
Ignorado	<b>7</b>	9,0%	<b>6</b>	3,8%	<b>6</b>	4,3%	<b>19</b>	5,1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.



## CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que apesar de existir diagnóstico e tratamento eficaz para a sífilis gestacional e congênita, estas ainda persistem como um grave problema de saúde pública. Houve grande adesão ao pré-natal pelas gestantes que compuseram a amostra do estudo, entretanto percebe-se que o atendimento no pré-natal ainda não é de qualidade e não é suficiente para garantir o controle da sífilis. É cabível ressaltar que é de extrema importância que todos os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento das gestantes e recém-nascidos saibam da importância do completo registro médico dos mesmos, visando facilitar o atendimento e controle destes.

## REFERENCIAS

1. ALMEIDA MFG, PEREIRA SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. DST – J bras Doenças Sex Transm, v. 19, p. 144-156. 2007.
2. ARAÚJO MAL. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de vdrl reagente. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 4-9. 2008.
3. AVELLEIRA JC, BOTTINO G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiro de Dermatologia, v. 81, p.11-26. 2006.
4. BORDALO AA. Estudo Transversal e longitudinal. Ver. Para. Med. v. 20, n. 4. 2006.
5. BRASIL, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. ISSN online 2358-9450. 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. BURGOS P, EMMA, L. *Treponema pallidum*: estructura y antigenicidad. Univ. Cienc. Soc, v. 1, n. 2. 2010.
9. BRITO, et al. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. Epidemiol Serv Saude. 2016 jun; 23(2):287-94.
10. CAMPOS ALA, et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública [online]. v. 26, n. 9, p. 1747-1755. 2010.
11. CARDOSO ARP, et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. v. 23, n. 2, p.563-574. 2018.
12. COOPER SÁNCHEZ, 2018. Congenital syphilis. Seminars in perinatology V.42 176 – 184, 2018.
13. FERNANDES RCSC, et al. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de campos, RJ. J Bras Doenças Sex Transm., v. 19, p. 3-4. 2007.
14. GOLDEN MR, et al Update on syphilis: resurgem ceofanold problem. JAMA,v. 290. 2003.
15. GOMEZ GB, et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic re-view and meta analysis. Bull World Health Organ. 2013;91(3):217- 26.
16. HOLLIER, et al. Fetal Syphilis: Clinical and Laboratory Characteristics. Departments of Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, and Radiology, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas. VOL. 97, NO. 6, June 2001
17. LIMA BGC. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. Rev. Baiana de Saúde Pública, v. 28, n. 1, p. 9-18, 2004.
18. NEWMAN L, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. PLoS Med, v. 10, n. 2. 2013.
19. RIVITTI EA. Sífilis adquirida. In: Júnior, W B. Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 9-21.
20. ROMPALO AM, et al. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study. Sex Transm Dis, v. 28, p. 158-65. 2001.
21. SARACENI V, LEAL MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad. Saúde Pública [online]. v. 19, n. 5, p.1341-1349. 2003.
22. SILVEIRA DS da, et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.294.RBGO-v.24, nº 5, 2002.
23. SINGH AE.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Ver, v. 12, p. 187-209. 1999.
24. TOMASI E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública [online]. v. 33, n. 3. 2017.
25. TRAMONT EC. *Treponema pallidum* (syphilis). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Orlando, FL: Churchill Livingstone. 2005.
26. TREVISAN MR. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.294.RBGO -v.24, nº 5, 2002.
27. VALDERRAMA J, et al. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de soluções em cilla. Rev Panam Salud Publica, v.16, n. 3, p. 211-17. 2004.
28. WICHER V, WICHER K. Pathogenesis of maternal fetal syphilis revisited. Clin Infectious Diseases, v. 33, p. 354-63. 2001.
29. WILSON W. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas. Ed El Manual Moderno, p. 771-783. 2002.