



# Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

## ORIGINAL ARTICLE

### SYPHILIS SEROPREVALENCE OF WOMEN IN PUERPERIUM AND VULNERABILITY IN PRENATAL CARE

### SOROPREVALÊNCIA PARA SÍFILIS NO PUERPÉRIO E AS VULNERABILIDADES DO PRÉ-NATAL

### LA SEROPREVALENCIA DE SÍFILIS EN EL PUERPERIO Y LA VULNERABILIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Celia Regina Maganha Melo<sup>1</sup>, Bruna Alves<sup>2</sup>

#### ABSTRACT

**Objectives:** to determine the seroprevalence rate of maternal syphilis in a Maternity Hospital in the city of São Paulo and to present women's epidemiological and social demographic profile. **Methodology:** this is a descriptive, prospective study with randomized cases of maternal syphilis. The sample with 400 puerperal mothers was carried out from January to April 2009. Data collection consisted of interviews with puerperal women complemented with secondary data contained in medical records and in the prenatal care file. This research was approved by the Ethics Committee of the School of Nursing, University of São Paulo, under the nr 770/2008/CEP-EEUSP, CAAE n.3385.0.000.196-08. **Results:** most seropositive mothers had ages ranging from 26 years or more, were of mixed ethnicity, incomplete high-school, and were in a stable union. The multiparous women started prenatal care with 16 weeks of gestation or less, had six or more prenatal visits, did not contract other infections from sexual contact other than syphilis, maintained unprotected sexual contact during pregnancy and had vaginal delivery as a result of pregnancy. Of the 400 interviewed mothers, 3.25% presented positive serum samples in the first quarter and were treated. Of these, 2.75% remained seropositive in the second quarter and were identified, and 1.25% of them remained positive on hospital admission screening. All partners were treated. **Conclusion:** This study showed that even with an adequate number of prenatal visits and treatment, it was not satisfactory to guarantee the control of syphilis, which could only be effectively prevented and controlled in an adequate manner when prevention control measures are effectively applied in prenatal care. **Descriptors:** syphilis; pregnancy; puerperium; sexually transmitted diseases; prevalence.

#### RESUMO

**Objetivos:** identificar a soroprevalência de sífilis materna em um Hospital Maternidade de São Paulo/SP e apresentar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das puérperas. **Método:** estudo descritivo, prospectivo, aleatório de casos de sífilis materna. A amostra foi constituída por 400 puérperas, nos meses de janeiro a abril de 2009. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas, complementadas com os dados secundários do prontuário e da carteira de pré-natal, após a aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Parecer 770/2008/CEP-EEUSP, CAAE n.3385.0.000.196-08. **Resultados:** a maioria das puérperas soropositivas tinha 26 anos ou mais, cor parda, ensino médio incompleto e união estável; multiparas, iniciaram o pré-natal com 16 semanas ou menos de gestação, realizando 6 consultas ou mais, não contraíram outras infecções de contato sexual além da sífilis, mantiveram relação sexual desprotegida durante a gestação e parto vaginal como desfecho. Das 400 puérperas entrevistadas, 3,25% eram sororeagentes no 1º trimestre e foram tratadas. Destas, 2,75% permaneceram soropositivas no 2º trimestre e foram retratadas, sendo que 1,25% delas mantiveram resultado positivo na triagem da internação hospitalar. Todos os companheiros foram tratados. **Conclusão:** mesmo tendo número adequado de consultas pré-natal e recebido tratamento, não foi suficiente para garantir o controle da sífilis, que só poderá ser efetivamente prevenida e controlada, de forma satisfatória, quando as medidas de prevenção e controle forem efetivamente aplicadas na assistência pré-natal. **Descritores:** sífilis; gestação; puerpério; doença sexualmente transmissível; prevalência.

#### RESUMEN

**Objetivos:** identificar la seroprevalencia de sífilis materna en un hospital maternidad de la ciudad de São Paulo y presentar el perfil epidemiológico y sociodemográfico de las mujeres puérperas. **Metodología:** estudio descriptivo, prospectivo, aleatorio para los casos de sífilis materna. La muestra de 400 puérperas ocurrió en los meses de enero a abril de 2009. La colecta de los datos consistió de entrevistas con las madres puérperas, y con los datos secundarios que figuran en los registros médicos y en la cartera de atención prenatal. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, parecer de no. 770/2008/CEP-EEUSP, CAAE n.3385.0.000.196-08. **Resultados:** la mayoría de las puérperas seropositivas tenían 26 años o más, eran de origen étnico mixto, con enseñanza secundaria incompleta y unión estable. Las multiparas comenzaron la atención prenatal con 16 semanas de gestación o menos, realizando seis o más consultas, no contrajeron infecciones otras por el contacto sexual que no sea la sífilis, mantuvieron relaciones sexuales sin protección durante el embarazo y tuvieron parto vaginal como resultado del embarazo. De las 400 madres entrevistadas, 3,25% eran suero reactivo en el primer trimestre y fueron tratadas. de éstas, 2,75% han permanecido seropositivas en el segundo trimestre y fueron retratadas, siendo que 1,25% de ellas se mantuvo con resultado positivo en el examen al ingreso hospitalario. Todos los compañeros fueron tratados. **Conclusión:** este estudio demostró que a pesar de un número adecuado de controles prenatales y con el tratamiento recibido, esto no fue suficiente para garantizar el control de la sífilis, que sólo puede ser efectivamente prevenida y controlada de manera satisfactoria cuando las medidas de prevención y control sean efectivamente aplicadas en la atención prenatal. **Descriptores:** sífilis; embarazo; puerperio; enfermedades de transmisión sexual; prevalencia.

<sup>1</sup>Enfermeira Obstetra. Professora Doutora do Curso de Graduação em Obstetrícia da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, EACH/USP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [celiamelo@usp.br](mailto:celiamelo@usp.br); <sup>2</sup>Graduanda da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, EACH/USP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [brunaalves@usp.br](mailto:brunaalves@usp.br)

## INTRODUÇÃO

Estudo de sífilis em parturientes realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2004 apresentou uma prevalência de 1,6% de mulheres com sífilis no momento do parto. A partir desses dados foi possível estimar a ocorrência de 50.000 casos de sífilis em gestantes no país para o ano de 2005 e no estado de São Paulo foram notificados 3.817 casos de sífilis na gestação, no período de 2005 a 2009.<sup>1-3</sup>

Com o recrudescimento da doença, a sífilis em gestantes passou a ser de notificação compulsória a partir de julho de 2005 através da portaria n. 33, que incluiu a sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória. Visto ser esta uma doença totalmente passível de prevenção por meio da identificação e tratamento das gestantes infectadas ainda no pré-natal, o Brasil prioriza as políticas de incentivo à qualificação do pré-natal e nelas investe através da disponibilização de testes diagnósticos e tratamento para os agravos identificados, sendo a sífilis um dos agravos prioritários.<sup>4,5</sup>

A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer fase gestacional e durante o parto se houver lesões genitais maternas. É importante salientar que durante o aleitamento materno a infecção ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis, portanto é imprescindível a triagem sorológica da mãe durante a gestação. No caso de gestantes que não fizeram acompanhamento pré-natal ou o acompanhamento foi irregular e insatisfatório a triagem sorológica deve ser feita na maternidade.<sup>6</sup>

Dentre os agravos da Transmissão Vertical da Sífilis, é frequente ocorrer aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir das mães não tratadas. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, os primeiros sintomas podem surgir nos primeiros 3 meses de vida.<sup>6</sup>

A assistência integral à saúde, com vistas ao plano de eliminação da sífilis congênita, compreende um conjunto coordenado de ações que inclui o diagnóstico e o tratamento precoce da sífilis na população em geral e na gestante, o tratamento concomitante do parceiro sexual, e, o pronto tratamento do recém-nascido com evidências clínicas, sorológicas e epidemiológicas.

Estas iniciativas demandam um aprimoramento da vigilância epidemiológica para a transmissão da sífilis na gestação. Esta

vigilância visa controlar a transmissão vertical e acompanhar o comportamento da infecção entre gestantes, facilitando o planejamento e a avaliação das medidas de prevenção e controle. O incentivo para o diagnóstico e tratamento do parceiro deve ser levado a exaustão para que se evite uma recontaminação da mulher e uma possível sífilis congênita.<sup>5</sup>

Em que pesem os esforços para controle desse agravo, a transmissão permanece como um problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto em outros países do mundo. Para tanto, Estado de São Paulo tem como meta eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública (0,5 caso/1.000 nascidos vivos) por meio do diagnóstico precoce e da assistência adequada à gestante e seu parceiro sexual até 2015.<sup>7</sup>

## OBJETIVOS

- Identificar a soroprevalência de sífilis materna em um Hospital Maternidade da cidade de São Paulo.
- Apresentar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das puérperas.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, prospectivo, aleatório de casos de sífilis materna, realizado na enfermaria de puerpério de baixo risco, utilizando-se para composição da pesquisa entrevista com a puérpera, complementada com os dados secundários contidos no prontuário hospitalar e na carteira de pré-natal.

Foram convidadas a participar desta pesquisa todas as puérperas em qualquer idade cronológica, que tivessem 8 horas ou mais de pós-parto, independente do tipo de parto, no período de janeiro a abril de 2009. Participaram deste estudo 400 puérperas admitidas no período, sendo que não houve recusa ao convite de participação.

Após esclarecimentos sobre os objetivos, metodologia da pesquisa, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a puérpera foi conduzida a uma sala, reservada para aplicação do formulário que continha perguntas estruturadas referentes às variáveis sociodemográficas, obstétricas, Doenças Sexualmente Transmissíveis, uso de drogas ilícitas, uso de preservativo.

Os resultados foram alocados numa base de dados criada no Microsoft Excel para construção das tabelas. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de

Enfermagem da Universidade de São Paulo com o parecer número 770/2008/CEP-EEUSP 770/2008/CEP-EEUSP, CAAE n.3385.0.000.196-08.

No período do estudo, foram entrevistadas 400 puérperas de baixo risco gestacional para captação de resultados soropositivos para sífilis.

RESULTADOS

Tabela 1. Características maternas. São Paulo, Brasil, 2009.

| Variáveis              | VDRL reagente |       | VDRL não reagente |        |
|------------------------|---------------|-------|-------------------|--------|
|                        | n (13)        | %     | n (387)           | %      |
| Idade (em anos)        |               |       |                   |        |
| < 19                   | 2             | 0,5%  | 80                | 20%    |
| 19 a 25                | 4             | 1%    | 190               | 4,75%  |
| 26 ou mais             | 7             | 1,75% | 117               | 29,25% |
| Cor da pele            |               |       |                   |        |
| Branca                 | 2             | 0,5%  | 145               | 36,25% |
| Negra                  | 3             | 0,75% | 70                | 1,75%  |
| parda                  | 8             | 2%    | 172               | 43%    |
| Escolaridade           |               |       |                   |        |
| E.F. incompleto        | 2             | 0,5%  | 114               | 28,5%  |
| E.F. completo          | 1             | 0,25% | 34                | 8,5%   |
| E.M. incompleto        | 5             | 1,25% | 79                | 19,75% |
| E.M. completo          | 4             | 1%    | 142               | 35,5%  |
| Superior incompleto    | –             | –     | 17                | 4,25%  |
| Sem escolaridade       | 1             | 0,25% | 1                 | 0,25%  |
| Situação marital       |               |       |                   |        |
| Vive com o companheiro | 10            | 2,5%  | 293               | 73,25% |
| Casada                 | 3             | 0,75% | 85                | 21,25% |
| Vive só                | –             | –     | 9                 | 2,25%  |

Nos resultados referentes às características maternas (Tabela 1), as puérperas soropositivas, em sua maioria, tinham 26 anos ou mais, enquanto para as soronegativas, a idade variava entre 19 a 25 anos; nos dois grupos prevaleceu a cor parda. Com relação à

escolaridade, a maioria (1,25%) das mulheres soropositivas tinha Ensino Médio incompleto, e as soronegativas (35,50%), completo; nos dois grupos, viviam com o companheiro em união estável.

Tabela 2. Início do pré-natal em semanas, número de consultas realizadas e número de gestação. São Paulo, Brasil, 2009.

| Variáveis                     | VDRL reagente |       | VDRL não reagente |        |
|-------------------------------|---------------|-------|-------------------|--------|
|                               | n (13)        | %     | n (387)           | %      |
| Início do pré-natal           |               |       |                   |        |
| Até 16 semanas                | 11            | 2,75% | 252               | 63%    |
| > 17 semanas                  | 1             | 0,25% | 74                | 18,5%  |
| ignorado                      | 1             | 0,25% | 61                | 15,25% |
| Número de consultas pré-natal |               |       |                   |        |
| 6 ou mais                     | 12            | 3%    | 290               | 72,5%  |
| < 6                           | 1             | 0,25% | 83                | 20,75% |
| Ignorado                      | –             | –     | 14                | 3,50%  |
| Número de gestação            |               |       |                   |        |
| Primípara                     | 6             | 1,5%  | 203               | 50,75% |
| Multipara                     | 7             | 1,75% | 184               | 46%    |

Na Tabela 2, observa-se que o início do pré-natal ocorreu de forma adequada tanto para as puérperas soropositivas quanto soronegativas. Para a maioria das mulheres nas duas situações, o número de consultas atende as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Dos 3,50% de casos ignorados, a coleta de dados revelou que 08 puérperas soronegativas não levaram a

carteira pré-natal no momento da internação e 06 não realizaram o pré-natal. Embora não a tivessem levado, ou não realizado o pré-natal, estas mulheres tiveram resultado soronegativo para sífilis no exame realizado na internação hospitalar. Quanto ao número de gestações, prevaleceu a multiparidade para soropositivas (1,75%) e a primiparidade para as soronegativas (50,75%).

Tabela 3. Atividade sexual durante a gestação, uso de preservativo e DST. São Paulo, Brasil, 2009.

| Variáveis           | VDRL reagente |       | VDRL não reagente |        |
|---------------------|---------------|-------|-------------------|--------|
|                     | n (13)        | %     | n (387)           | %      |
| Atividade sexual    |               |       |                   |        |
| sim                 | 12            | 3%    | 352               | 88%    |
| não                 | 1             | 0,25% | 35                | 8,75%  |
| Uso de preservativo |               |       |                   |        |
| sim                 | 3             | 0,75% | 66                | 16,5%  |
| não                 | 6             | 1,5%  | 243               | 60,75% |
| as vezes            | 4             | 1%    | 78                | 19,5%  |
| DSTs                |               |       |                   |        |
| sífilis             | 13            | 3,25% | —                 | —      |
| gardnerella         | —             | —     | 14                | 3,5%   |
| trichomoníase       | —             | —     | 6                 | 1,50%  |
| HPV                 | —             | —     | 11                | 2,75%  |
| HIV                 | —             | —     | —                 | —      |

A Tabela 3 demonstra que tanto as puérperas soropositivas quanto soronegativas mantiveram atividade sexual ativa e desprotegida durante a gestação.

Para as Doenças Sexualmente Transmissíveis, a pesquisa revelou que 3,25% das puérperas tinham resultado positivo para sífilis no primeiro trimestre e não haviam

contraído outras DSTs, enquanto 7,75% das puérperas soronegativas contraíram, em algum momento da gestação, Gardnerella Vaginallis, Trichomonas e HPV. Em todas as entrevistadas, não houve caso de soropositividade para o HIV.

Tabela 4. Resultado de VDRL no I e III trimestre, no parto e do recém nascido. São Paulo, Brasil, 2009.

| Variáveis     | VDRL reagente |       | VDRL não reagente |        |
|---------------|---------------|-------|-------------------|--------|
|               | n (13)        | %     | n (387)           | %      |
| I trimestre   | 13            | 3,25% | 387               | 96,75% |
| III trimestre | 11            | 2,75% | 389               | 97,75% |
| parto         | 5             | 1,25% | 395               | 98,75% |
| recém-nascido | 5             | 1,25% | —                 | —      |

Na Tabela 4, verificou-se que das 400 mulheres entrevistadas, 3,25% eram soropositivas para a sífilis no primeiro trimestre de gestação. Destas, 2,75% continuaram soropositivas no II trimestre, sendo que 1,25% delas ainda permaneceram com resultado reagente na triagem da internação hospitalar.

Quanto ao tratamento da sífilis, embora todas as puérperas (3,25%) o tivessem recebido, juntamente com o parceiro após confirmação no I trimestre, 2,75% permaneceram soropositivas e o casal foi re-tratado conforme constava na carteira pré-natal. Observa-se que mesmo tendo recebido tratamento no I e III trimestre juntamente com seus parceiros, 1,25% das puérperas tiveram resultado confirmatório no momento da internação hospitalar.

Os recém-nascidos das mães soropositivas (1,25%) na internação hospitalar tiveram confirmado o diagnóstico de sífilis congênita e foram tratados.

DISCUSSÃO

O Programa Nacional de DST/AIDs, do Ministério da Saúde, pesquisou a prevalência de algumas DSTs em populações de seis capitais brasileiras, e verificou que entre 3.303 gestantes a prevalência para sífilis foi

de 1,6%. Segundo a Organização Mundial da Saúde, nos países subdesenvolvidos, em torno de 10% a 15% das gestantes seriam portadores de sífilis.<sup>8</sup> Em nosso estudo encontramos uma prevalência de 3,25%.

Os resultados mostraram que a idade da maioria das gestantes soropositivas era de 26 anos ou mais. Já um estudo realizado no Ceará relatou que a maior parte das gestantes com sorologia positiva era de faixa etária entre 21 e 30 anos<sup>9</sup> e, em outro estudo realizado em Vitória, a maioria apresentava-se entre 20 e 29 anos.<sup>10</sup> No dado relativo à cor da pele, no grupo de puérperas soropositivas e soronegativas, 2,0% e 43%, respectivamente, eram da cor parda. Estes dados não estão em consonância com estudos que encontraram grande parcela de gestantes brancas.<sup>11</sup>

Os resultados desta pesquisa demonstraram que a maioria das gestantes com sífilis tinha ensino médio incompleto e, no estudo realizado em Vitória, a média da escolaridade foi de 4 a 7 anos.<sup>10</sup>

Com relação à situação marital, o resultado do presente estudo revela que 46,15% das puérperas soropositivas viviam com o companheiro, concordante com os achados da pesquisa realizada no Ceará e em Vitória<sup>9,10</sup>, porém em estudo<sup>12</sup> com 3.824 gestantes do Hospital Central Queen Elizabeth em Blantyre,

Malawi, não encontrou correlação entre sífilis e situação marital.

Outros estudos de avaliação de atenção pré-natal encontraram uma grande parcela de gestantes não brancas, identificando que pioraram os indicadores socioeconômicos dessa população à medida que se verificou o escurecimento da cor da pele, constatando-se que as desvantagens observadas para as mulheres pretas e pardas extrapolaram os indicadores socioeconômicos, estendendo-se para a assistência à sua saúde e do conceito.<sup>13</sup>

Quando avaliamos o início do pré-natal e o número de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, nos dois grupos a maior parte das puérperas apresentava-se dentro dos padrões recomendados; estes achados também foram verificados em dois estudos realizados por Campos e Miranda.<sup>9,10</sup> Em 2005, foram notificados 5.792 casos de sífilis congênita, sendo que 78% desses casos as mães realizaram pré-natal.<sup>14</sup> Em 1993, o Ministério da Saúde propôs a erradicação da sífilis congênita no Brasil, uma vez que pode ser prevenida com diagnóstico e tratamento durante a gestação, com isso a taxa da sífilis congênita transformou-se em um indicador de avaliação da atenção básica à saúde de cada município, pois reflete diretamente a qualidade da assistência ao pré-natal.<sup>15</sup>

Verificou-se que dentre as puérperas soropositivas a maioria (1,75%) era multipara, dado também encontrado por Campos<sup>9</sup>, que encontrou porcentagem de 62,1% em multiparas soropositivas. Kwiek<sup>12</sup>, também verificou maior prevalência de sífilis em multigestas.

Em ambos os grupos desta população estudada, a maior parte manteve atividade sexual durante a gravidez, porém sem nenhuma proteção. Sabe-se que a prevenção da sífilis envolve o uso de preservativo masculino ou feminino, além de os estudos mostrarem correlação direta entre uso ou não de preservativo e a incidência de sífilis.<sup>10</sup>

A utilização do preservativo é incentivada pelo Ministério da Saúde, não só para o caso da sífilis, mas sim para todas as DSTs. Entretanto, o fato de fornecer preservativos nas Unidades Básicas de Saúde e incentivar o uso, por meio de comerciais e programas de saúde, não garante que a população realize essa prática, já que existem outros fatores envolvidos, como a cultura do país.<sup>14</sup> Outro fato a se ressaltar é que o casal deverá ser orientado a continuar o uso de preservativo mesmo durante o tratamento.<sup>16</sup>

Não houve concomitância das puérperas

soropositivas e outras DSTs, porém, na literatura encontrou-se associação entre sífilis e outras DSTs, como foi citado no estudo de Kwiek<sup>12</sup>, o verificando que 2,45% da sua população de estudo eram soropositivas para HIV e Sífilis, e essa dupla infecção era comum em gestantes com idade entre 20 e 25 anos.

Estudos apontam que quando se tratava de relacionamento estável, a confiança no parceiro e o fato de não gostar de usar o preservativo surgem como motivos para sua não utilização. No entanto, quando se trata de relacionamento com parceiros eventuais prevalecem o fato de não gostar de usar e a indisponibilidade no momento da relação sexual.<sup>17</sup>

Em ambos os grupos analisados, a maioria das puérperas não fazia uso de drogas ilícitas. Dentre as 13 puérperas soropositivas, apenas uma (0,25%) usava droga ilícita não injetável. Miranda<sup>10</sup> verificou como fator de risco associado a infecção do HIV, sífilis e drogas injetáveis (0,9%) e, para drogas não injetáveis (3,8%). O tipo de parto prevalente nos dois grupos foi o parto normal.

Constata-se, então, que os resultados encontrados de sorologia positiva para sífilis denotam prevalência significativa e preocupante. À semelhança de outros estudos o início do pré-natal ocorreu precocemente, e o número de consultas foi adequado. Verificou-se, com base nos dados deste estudo e nos realizados por outros autores que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para assegurar atendimento de qualidade à gestante, o que torna as metas para o controle da sífilis congênita inalcançáveis com as práticas atuais.<sup>18</sup>

Quanto ao tratamento realizado, constava na carteira pré-natal que foram submetidos ao esquema terapêutico preconizado tanto a mulher como o parceiro. Para a sorologia positiva no II trimestre, repetiu-se o tratamento do casal conforme também constava na carteira pré-natal. Mesmo assim, 5 puérperas tiveram sorologia positiva no exame realizado na internação hospitalar e conseqüentemente, seus bebês foram diagnosticados com sífilis congênita.

Sabe-se que essa DST, quando diagnosticada e tratada durante a gestação proporciona resultados positivos, culminando na cura da mulher e evitando a sífilis congênita. O tratamento durante o pré-natal pode falhar em 14% dos casos e, ainda, há possibilidade de reinfecção caso o parceiro não tenha sido tratado simultaneamente a gestante, por isso enfatiza-se a importância



do tratamento do homem<sup>19,20</sup>. Confirma esse aspecto, o fato de em 2008 terem sido notificados 1.462 casos de sífilis congênita no estado de São Paulo e, destes, numa parcela significativa (73,2% dos casos) não houve o tratamento do parceiro.<sup>21</sup>

Sob essa ótica, o exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) deve ser realizado logo no início da assistência pré-natal, repetido no terceiro trimestre gestacional e no momento do parto. Os dois primeiros exames visam garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e seu tratamento em tempo hábil, e o terceiro permite o tratamento precoce da criança.<sup>18</sup>

Hawkes<sup>21</sup> realizou revisão bibliográfica sobre a eficácia do diagnóstico de sífilis no pré-natal, o tratamento nesse período e a redução de resultados adversos na gravidez, verificando que essas intervenções reduzem as taxas de natimorto e morte perinatal em até 50% melhorando a sobrevida perinatal e infantil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo além de demonstrar a soroprevalência de sífilis e o perfil sociodemográfico de um grupo de puérperas soropositivas, também evidenciou que - mesmo tendo um número adequado de consultas pré-natal - não foi suficiente para garantir o controle da sífilis. A diminuição da prevalência na gestação, no puerpério e nas repercussões aos recém-nascidos só poderá ser efetivamente prevenida e controlada mediante a vigilância epidemiológica em nível da atenção básica, ressaltando-se o papel da Estratégia Saúde da Família e gestores municipais, comprometidos com a qualidade da prestação de serviço na assistência pré-natal.

## REFERÊNCIAS

1. Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASM, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2012 Jan 08];23(3):S370-378. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001500005&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001500005&script=sci_abstract).
2. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/AIDS-SP. Conjugualidades e Prevenção Contexto Histórico e os Avanços da Prevenção\_Série: Prevenção às DST/AIDS. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids- SP; 2010.

Available from: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/conjugualidades.pdf>.

3. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids; 2010. Available from: [http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_sifilis/sifilis/guia\\_integrado\\_versao\\_digital.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao_transmissao_vertical_hiv_sifilis/sifilis/guia_integrado_versao_digital.pdf).
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/aids. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available from: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/acons-ind-atenbasica01-web\\_0.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/acons-ind-atenbasica01-web_0.pdf).
5. Valéria S, Maria Helena FSG, Mariza MTF, Maria CL. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 July [cited 2012 Jan 07];21(4):1244-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/27.pdf>.
6. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita - Módulo III-Acolhimento e Aconselhamento. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids; 2010. Available from: [http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_sifilis/sifilis/guia\\_integrado\\_versao\\_digital.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao_transmissao_vertical_hiv_sifilis/sifilis/guia_integrado_versao_digital.pdf).
7. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. Guia de Referências Técnicas e Programáticas para as Ações do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita - Transmissão Vertical do HIV/Sífilis - Sobre o Plano Estadual de Eliminação de Sífilis Congênita. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids; 2010. Available from: [http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao\\_transmissao\\_vertical\\_hiv\\_sifilis/sifilis/guia\\_integrado\\_versao\\_digital.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao_transmissao_vertical_hiv_sifilis/sifilis/guia_integrado_versao_digital.pdf).
8. Macedo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 Aug [cited 2012 Jan 15];25(8):1679-92. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/04.pdf>.

9. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 Sept [cited 2012 Jan 13];26(9):1747-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>.
10. Miranda AE, Rosetti Filho ER, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, França LC, Dietze R. Prevalência de Sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soci Bras Medicina Tropical* [Internet]. 2009 July/Aug [cited 2012 Feb 13];42(4):386-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n4/a06v42n4.pdf>.
11. Casarin ST, Pereira QLC, Meincke SMK, Bandeira AG, Siqueira HCH. Avaliação do atendimento pré-natal. *Rev Enfermagem Atual* 2009; 52:49-53.
12. Kwiek JJ, Mwapasa V, Alker AP, Muula AS, Misiri HE, Molyneux ME, Rogerson SJ, Behets FM, Meshnick SR. Socio-Demographic Characteristics Associated with HIV and Syphilis Seroreactivity Among Pregnant Women in Blantyre/LANTYRE, Malawi, 2000-2004. *Malawi Med J* [Internet]. 2008 Sept [cited 2012 Feb 10];20(3):80-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Socio-Demographic%20Characteristics%20Associated%20with%20HIV%20and%20Syphilis%20Seroreactivity%20Among%20Pregnant%20Women%20in%20Blantyre/LANTYRE%2C%20Malawi%2C%202000%E2%80%932004>.
13. Carvalho I, Santos V, Teixeira D, Tavares V, Santos R. Profile of pregnant women in nursing consultation on a strategy of health of rural families. *Rev de enf UFPE* [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2012 Feb 10];4(4):1622-30. Available from: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1036/pdf\\_212](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1036/pdf_212).
14. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2012 Jan 25];42(4):768-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>.
15. Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2008 July [cited 2012 Jan 23];30(7):325-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a01v30n7.pdf>.

16. Por que usar camisinha [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde [update 2012 Mar 16; cited 2012 Feb 9]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/42967>.
17. Gama A, Silva R, Miranda F, Costa D. Epidemiological profile of users attended in the STD/HIV/AIDS testing and counseling centre. *Rev de Enf UFPE* [Internet]. 2011 Oct [cited 2012 Jan 20];5(8):1855-61. Available from: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1873/pdf\\_644](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1873/pdf_644).
18. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 Sep [cited 2012 Feb 28];26(9):1747-55. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>.
19. Costa MC, Azulay DR, Dias MFRG, Demarch EB, Périssé ARS, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 27];85(6):767-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n6/v85n6a02.pdf>.
20. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS São Paulo, Programa Estadual de DST/aids-São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 Aug [cited 2012 Feb 10];45(4):812-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400026).
21. Hawkes S, Martin N, Broutet N, Low N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infect Dis* [Internet]. 2011 June [cited 2012 Feb 08];11(9):684-91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21683653>.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/03/08

Last received: 2012/04/24

Accepted: 2012/04/25

Publishing: 2012/05/01

#### Corresponding Address

Célia Regina Maganha e Melo  
Escola de Artes, Ciências e Humanidades da  
Universidade de São Paulo  
Rua Vergueiro 2986, Ap. 62  
CEP: 04102-001 – São Paulo (SP), Brazil