

# ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UM HOSPITAL DA REDE SUS DE NITERÓI - RJ

## PREVALENCY STUDY OF CONGENITAL SYPHILIS IN ONE HOSPITAL OF SUS GROUP IN NITEROI CITY - RJ

Juliana Schetini<sup>1</sup>; Dennis C Ferreira<sup>2</sup>; Mauro R L Passos<sup>3</sup>; Eliane B Salles<sup>4</sup>; Daniela D G Santos<sup>5</sup>; Davy C M Rapozo<sup>6</sup>

### RESUMO

**Introdução:** o número de casos de sífilis congênita (SC) é grande no Brasil, o que representa uma importante causa de morbidade e mortalidade em bebês. **Objetivos:** identificar e descrever a prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói, estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** descrever os casos de sífilis congênita notificados no Hospital Estadual Azevedo Lima, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2004. **Resultados:** foram notificados 161 casos de sífilis congênita em 7.341 internações para casos de trabalho de parto e de abortamento, com prevalência de 21,81% e incidência de 2,2%. Mais da metade das mulheres acometidas por sífilis (66,65%) realizou o pré-natal. A média das mulheres que realizaram o VDRL durante o pré-natal foi de 44,10%. O número de parceiros tratados foi baixo: 6,8%. Os casos de natimorto sífilítico, aborto e óbito foram de 13,66%, 1,86% e 3,72% respectivamente. O total de testes não treponêmicos realizados foi de 69,56%. **Conclusão:** o número de casos de SC durante os anos do estudo manteve-se alto e constante. As taxas de prevalência e incidência de SC foram superiores às preconizadas pela OMS. Mais da metade das mulheres realizou VDRL apenas no momento do parto. O número de parceiros não tratados para sífilis foi altamente expressivo

**Palavras-chave:** sífilis congênita, prevenção, saúde pública

### ABSTRACT

**Introduction:** the number of cases of congenital syphilis (CS) have been increasing, that's represent an important cause of morbid and mortality of babies. **Objective:** identify and describe a prevalence of congenital syphilis in one Hospital of Niteroi city - RJ. **Method:** describe all notification cases of congenital syphilis in the Azevedo Lima State Hospital at Niterói city in Rio de Janeiro State, on the period of january 2002 to october 2004. **Results:** demonstrated of 161 cases of congenital syphilis in 7.341 internments for cases of abortion and childbirth work, with the prevalence was 21,81% and an incidence was 2,2%. More than half of the women attacks for SC (66,65%) it carried through the prenatal one. The average of the women who had carried through the VDRL during the prenatal one was the 44,10%. The number of partners was low: 6,8%. The cases with new born with syphilis, abortion and decedent were 13,66%, 1,86% and 3,72% respectively. **Conclusion:** the number of cases of CS during the years of the study if kept high and constant. The taxes of prevalence and incidence of CS had been superior the praised ones for the WHO. More than half of the momen realized VDRL only on the childbirth moment. The number of partners not treated for syphilis was expressive highly.

**Keywords:** congenital syphilis, prevention, public health

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 17(1): 18-23, 2005

## INTRODUÇÃO

Após o início do uso comercial da penicilina, o mundo experimentou uma grande diminuição das DST, especialmente da sífilis e por consequência da sífilis congênita (SC). No entanto, desde os anos de 1980 tem sido relatado um aumento de casos de sífilis em todo o mundo, de modo particular a SC, o que a torna um problema de saúde pública desafiador<sup>1,2,3</sup>.

Nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10% a 15% das gestantes tenham sífilis. Como doença de notificação compulsória, no Brasil,

verificou-se um total de 4.233 casos em 2003, em que estado registrou o maior número de ocorrências no Rio de Janeiro, com 962 casos, seguido de São Paulo, com 846 casos, representando assim uma importante expressão desta doença na região sudeste<sup>4,5,6</sup>.

A SC é considerada um evento sentinela da qualidade da assistência médica. Desta forma, a existência da doença sinaliza uma falha expressiva na assistência pré-natal e um erro grave do sistema de saúde vigente, do programa de controle das DST/AIDS<sup>7</sup>.

Possuindo o *Treponema pallidum* como o seu agente etiológico, que pode ser transmitido por via sexual e transplacentária, a sífilis caracteriza-se como uma patologia em que o diagnóstico é de baixo custo e o tratamento possibilita excelentes índices de cura (na prática, 100%). Porém, esta pode trazer uma série de seqüelas para o recém-nascido, que vão desde malformações até a morte<sup>8,9,10</sup>.

<sup>1</sup>Enfermeira graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

<sup>2</sup>Mestrando em Saúde da Criança e do Adolescente (Pediatria) - UFF/Setor de DST - UFF.

<sup>3</sup>Professor Doutor Chefe do Setor de DST - UFF.

<sup>4</sup>Doutora em Enfermagem - UFF.

<sup>5</sup>Enfermeira graduada pela UFF / Setor de DST - UFF.

<sup>6</sup>Mestrando em Biologia - Biociências Nucleares (Bioquímica) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

## OBJETIVO

- Identificar e descrever o coeficiente de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro.
- Identificar as porcentagens de gestantes que realizaram exame sorológico para sífilis no pré-natal e dos parceiros de mulheres com estes testes positivos que fizeram tratamento.

## MÉTODOS

Para execução do presente estudo, realizou-se inicialmente um levantamento nos prontuários de todas as mulheres atendidas na maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), em Niterói, no estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2002 a outubro de 2004. Porém, somente foram analisados os prontuários que se enquadravam nos critérios de definição de sífilis congênita do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

Foi considerado como sífilis congênita todo o neonato natimorto ou aborto de mãe

com evidência clínica de sífilis congênita e/ou sorologia não-treponêmica (VDRL) reagente durante o pré-natal, ou em caso de parto ou curetagem independente da titulação adquirida. Assim como na ausência de teste treponêmico confirmatório que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento considerado inadequado<sup>4</sup>.

Este estudo foi do tipo corte transversal descritivo, no qual foram analisados 161 prontuários de pacientes notificados para sífilis congênita no HEAL.

Os dados foram coletados no Centro de Vigilância Hospitalar do Hospital Estadual Azevedo Lima/HEAL, onde foram realizadas todas as notificações dos agravos notificáveis. O HEAL situa-se no

bairro do Fonseca, região norte de Niterói, e foi escolhido por apresentar importante demanda de gestantes e ser um centro de referência para as mesmas, pois neste hospital é realizada a maioria absoluta dos partos do SUS de Niterói.

Foram coletados dados referentes ao número de casos de sífilis congênita notificados; idade das pacientes durante a gestação; número de mulheres que realizaram pré-natal; número de exames VDRL realizados pelas mulheres analisadas neste período; número de pacientes que tiveram seus parceiros sexuais tratados para sífilis; número de mulheres diagnosticadas durante a gestação que fizeram o tratamento para sífilis no período do estudo; número de casos de natimorto sífilítico, aborto e óbito nos respectivos anos e os resultados dos testes sorológicos para sífilis coletados em sangue periférico dos bebês.

Os dados foram analisados estatisticamente no programa *GraphPad InStat 3.0* utilizando-se o teste  $\chi^2$ .

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa /UFF e está de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96.

## RESULTADOS

Os números de casos de sífilis congênita encontrados neste estudo estão descritos na **Tabela 1**.

O número de mulheres acometidas por sífilis durante a gestação que realizaram o pré-natal no tempo do estudo está descrito na **Tabela 2**. Importante demonstrar que mais da metade (66,65%) destas mulheres com sífilis realizou o pré-natal.

Está ilustrado na **Tabela 3** o número de mulheres que durante a gestação realizaram VDRL no pré-natal somente no momento do parto no estudo realizado no Hospital Estadual Azevedo Lima,

**Tabela 1:** Número de casos de sífilis congênita notificados na maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima, Niterói – RJ, entre janeiro de 2002 e outubro de 2004.

Ano	Nº de casos	Total de partos	Em 1.000 nascidos vivos
2002	65	2.709	24
2003	52	2.505	20,75
2004*	44	2.127	20,68

\*jan/out

**Tabela 2** – Número de mulheres acometidas por sífilis durante e a gestação que realizaram pré-natal, no período do estudo no Hospital Estadual Azevedo Lima, Niterói - RJ.

Ano/Pré-natal	Sim (n/%)	Não (n/%)	Total
2002	46 (70,76%)	19 (29,23%)	65
2003	27 (51,92%)	25 (48,07%)	52
2004	34 (77,27%)	10 (22,72%)	44

**Tabela 3** – Número de mulheres que durante a gestação realizaram VDRL no pré-natal ou no momento do parto, durante o estudo no Hospital Estadual Azevedo Lima, Niterói - RJ.

Ano/VDRL	Pré-natal (n/%)	Momento do parto (n/%)	Total
2002	31 (47,69%)	34 (52,30%)	65
2003	18 (34,61%)	34 (65,38%)	52
2004	22 (50%)	22(50%)	44

Niterói – RJ. Verificamos que a média das mulheres que realizaram o exame de VDRL durante o pré-natal foi de apenas 44,10%.

A faixa etária das mulheres acometidas por sífilis durante a gestação está presente na **Tabela 4**. Cabe destacar que cerca de um em cada três casos notificados aconteceu em adolescentes.

O número de exames sorológicos realizados no pré-natal e no parto encontram-se descritos na **Tabela 5**.

O número de parceiros tratados (**Tabela 6**) durante os anos do estudo pode demonstrar a precariedade dos trabalhos de vigilância epidemiológica, posto que são raros os parceiros que receberam atenção para importante DST.

O número de casos de natimorto sifilítico, aborto e óbito durante os anos do estudo, encontra-se descrito na **Tabela 7**. Cabe

observar que a ocorrência de natimortos de gestantes com sífilis foi sempre maior que 11%.

No que diz respeito aos resultados dos exames sorológicos dos recém-nascidos (**Tabela 8**) devemos destacar os casos de testes sorológicos para sífilis não realizados em 2004.

## DISCUSSÃO

O Brasil é um dos países que se comprometeram em lutar contra a sífilis congênita, com o objetivo de alcançar a meta de 1/1.000 nascidos vivos<sup>1</sup>. Todavia, Saraceni e Leal<sup>6</sup>, destacam que, dentro do número de casos bastante expressivos em nosso país, o

**Tabela 4** - Faixa etária das mulheres acometidas por sífilis durante a gestação do HEAL, Niterói – RJ, no período do estudo.

Ano/Idade	Até 19 anos (n/%)	20-30 anos (n/%)	> 30 anos (n/%)
2002	20 (30,77%)	37 (56,92%)	8 (12,31%)
2003	21 (40,38%)	25 (48,06%)	6 (11,56%)
2004	13 (29,55%)	22 (50%)	9 (20,45%)

**Tabela 5:** Distribuição da frequência de exames sorológicos na mulheres no pré-natal e no parto.

Ano/VDRL	Pré-natal (n/%)	Parto (n/%)	Total
2002	31 (47,7%)	34 (52,3%)	65
2003	18 (34,6%)	34 (65,4%)	52
2004	22 (50,0%)	22 (50,0%)	44

**Tabela 6:** Distribuição do número de parceiros sexuais de gestantes com sífilis que realizaram tratamento.

Ano/Parceiros	Tratados (n/%)	Não tratados (n/%)	Total (n)
2002	10 (15,38%)	55 (84,62%)	65
2003	1 (1,92%)	51 (98,08%)	52
2004		44 (100,0%)	44

**Tabela 7:** Distribuição do número de casos de natimorto sifilítico, aborto e óbito durante os anos.

Ano/Casos	Natimorto (n/%)	Aborto (n/%)	Óbito (n/%)	Total (n)
2002	8 (12,31%)			65
2003	9 (17,31%)	3 (5,77%)	2 (3,85%)	52
2004	5 (11,36%)	4 (9,09%)		44

p < 0,05

**Tabela 8:** Resultados dos exames sorológicos nos recém-nascidos no período do estudo

Ano/VDRL	VDRL – Reagente (n/%)	VDRL - Não reagente (n/%)	Não realizado (n/%)	Total de casos (n)
2002	57 (87,7%)		8 (12,3%)	65
2003	34 (65,4%)	5 (9,6%)	13 (25,5%)	52
2004	21 (47,7%)	10 (22,7%)	13 (29,6%)	44
<b>Total</b>	112 (69,6%)	15 (9,3%)	34 (21,1%)	161

p < 0,05

Rio de Janeiro é o estado que possui um dos maiores índices de sífilis congênita, seguido por São Paulo, ambos integrando a região Sudeste. Os números de SC encontrados no presente estudo confirmam esta realidade.

O município de Niterói, localizado no estado do Rio de Janeiro, possui IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) com um escore de 0,886, superior a todos os outros municípios do Rio de Janeiro<sup>11</sup>. Além disso, apresenta o primeiro lugar na qualificação da mão-de-obra, representando o padrão de formação educacional da população, do ponto de vista da especialização e profissionalização; assim como em riqueza, demonstrando o dinamismo da economia local, pela sua produção e pelo nível de rendimento de seus habitantes.

Inclusive já foi eleita como primeira cidade em qualidade de vida no Estado do Rio de Janeiro<sup>12</sup>. É citado, ainda, que ocupa a quarta posição entre os Índices Municipais no Brasil, onde estão incluídos renda, alfabetização, habitação e ambiente. Sua taxa de urbanização é bastante elevada, em torno de 75,6%<sup>12</sup>, pois Niterói não tem área rural.

Niterói teve como estimativa do IBGE para o ano de 2005 que a sua população seria composta de 474.048 indivíduos, onde dentre eles as mulheres em idade fértil (10-49 anos) representariam 155.143 (32,72%), ou seja, um terço desta população<sup>13</sup>.

Até sua última atualização, em 2002, o DATASUS demonstrou que o número de partos em Niterói - RJ foi de 6.331, não estando disponíveis os dados de 2003 e 2004<sup>13</sup>.

Durante os anos deste estudo, foram notificados 161 casos de SC no HEAL, porém esta expressividade não pode ser comparada com o número total de casos notificados pelo município de Niterói nos anos de 2003 e 2004, pois estes não estão disponíveis em publicações pelo sistema de informação da rede municipal de saúde.

No entanto, quando confrontados com dados descritos anteriormente pelo Boletim Epidemiológico de Niterói, observamos que os números de SC em 2001 foram 98 casos e em 2002, 48 casos<sup>14</sup>. Fato preocupante e discrepante, pois os números descritos neste estudo são de apenas uma maternidade de Niterói - RJ.

O Hospital Estadual Azevedo Lima faz parte da rede hospitalar de Niterói, que é composta de 18 hospitais que possuem serviço de obstetrícia, onde nove são privados, quatro estaduais, quatro municipais e um universitário, totalizando 184 leitos<sup>13</sup>. Está localizado no Fonseca, um bairro da zona norte de Niterói-RJ, com uma população de 57.534 habitantes, de classe média baixa.

A prevalência de SC observada no HEAL-RJ é de 2,19%, superior à descrita pelo Ministério da Saúde no projeto sentinela,

que foi de 1,7%<sup>4</sup>. Todavia, foi menor que a observada em outros países da América Latina, como a cidade de Posadas, na Argentina (3,25%), no ano de 2000<sup>16</sup>, no Peru (3,1%) e no Paraguai (6,21%), descritos em 2002<sup>17</sup>. Alguns autores<sup>16,18</sup> têm salientado que entre os fatores relacionados com a elevada prevalência de SC, o mais relevante seria a falta de qualidade na assistência médica pré-natal. Este dado vem ao encontro dos observados no HEAL, devido ao alto número de mulheres que realizaram exame sorológico apenas no momento da internação para parto.

Nosso coeficiente corresponde a 21,93 casos por mil nascidos vivos, que é vinte vezes maior que a meta estabelecida pela Organização Pan-Americana de Saúde, para um caso a cada mil nascidos vivos<sup>16</sup>.

Observamos, ainda, que a incidência de 2,5 para 1.000 nascidos vivos encontrada em nosso estudo, foi superior à descrita no estado de São Paulo<sup>13</sup>, com 1,35 caso/1.000 NV em 2003, destacando que nossos dados são de apenas uma maternidade da Rede SUS do município de Niterói.

Este índice, também se manteve maior quando comparado com os descritos em El Salvador (1,40/1.000) e nos Estados Unidos (0,10/1.000). Porém, menor que o observado em Honduras (12,0/1.000)<sup>17</sup>, em 2002, e (10,8/1.000) em Posadas, no estado de Misiones, na Argentina, nos anos de 1997 a 2000<sup>16</sup>.

Nos anos do estudo, a faixa etária que compreendeu mulheres entre 20 e 30 anos encontrou maior frequência. Porém, estes resultados não foram estatisticamente significantes (p > 0,05). Contudo, as mulheres na faixa etária até 19 anos, portanto na adolescência, corresponderam a um grupo bastante expressivo.

Nossos resultados estão parecidos com os observados em outro estudo<sup>16</sup>, na Argentina, em que a faixa etária de maior vulnerabilidade foi de 15 a 19 anos, o que demonstra que os programas de saúde da mulher, saúde da família e DST/AIDS vigente teve um efeito mínimo ou nulo sobre a prática do sexo seguro, principalmente em grupos de adolescentes. No caso de Niterói, mesmo apresentando um programa de intervenção do alvo geográfico (visita em casa por casa), através do Programa Médico de Família, que só atende 18% da população, tornam-se necessárias ações mais eficientes no grupo de adolescentes.

Nossos resultados equivalem-se aos encontrados por um grupo de pesquisadores do Rio Grande do Sul<sup>18</sup> - Brasil, em 2001, que, ao estudarem a prevalência de SC em 27 mulheres durante um ano de pesquisa, observou que a média da idade materna foi de 24,4 anos. Somada a estes resultados, estes autores também verificaram uma elevada frequência de gestantes infectadas com idade até 19 anos.

Vale ressaltar o vínculo da sífilis congênita com outras infecções que também podem ocorrer por via sexual e por via vertical, como o HIV e o vírus da hepatite B<sup>3,15</sup>. Indicando assim a necessidade de ações preventivas e educativas neste grupo.

O Ministério da Saúde do Brasil<sup>15</sup>, baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de reduzir a transmissão vertical, preconizou a solicitação de exames sorológicos de rotina (VDRL) durante o 1.º e 3.º trimestres da gestação e ainda no parto. Porém, sabe-se que existem diferenças marcantes no cumprimento destes protocolos, pois a heterogeneidade das regiões do país se faz devida a seus estágios de desenvolvimento e ao acesso aos serviços específicos em saúde (pré-natal e exames laboratoriais).

Em nosso estudo, observamos que cerca de 60% das gestantes realizou o pré-natal. Porém, se na quarta cidade em qualidade de vida, um terço das gestantes chega à maternidade sem resultado de VDRL, podemos sugerir que este número bastante expressivo demonstra a falta de qualidade na assistência médica pré-natal<sup>3,19</sup>.

Outra questão diz respeito ao fato de que quanto mais tardio for o diagnóstico e o tratamento da infecção materna, maior será a dificuldade de concluir o tratamento no tempo necessário, a fim de que ocorra a prevenção da transmissão vertical para o recém-nascido<sup>20</sup>.

A quantidade de casos de natimortos sífilíticos, abortos e óbitos por sífilis quando comparados nos respectivos anos deste estudo, demonstrou ser estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Fato que aponta para a necessidade de um rigoroso controle e supervisão da assistência pré-natal<sup>1,4,6,18</sup>.

O tratamento inadequado<sup>21</sup> é uma causa freqüente de SC. Todavia, procurando encontrar a causa da não-adesão ao tratamento por parte das pacientes, podemos refletir sobre a educação para a saúde, a distribuição gratuita do medicamento e a terapia supervisionada.

A educação para a saúde faz-se de extrema importância, na qual o médico responsável pela consulta pré-natal que diagnosticar um caso de sífilis deve imediatamente explicar o que significa esta patologia e os danos que podem ocorrer com o bebê, não esquecendo de enfatizar a prevenção por meio do sexo seguro<sup>1</sup>. É importante ressaltar que a inadequada assistência no pré-natal e a falta de capacitação e atualização dos profissionais de saúde também contribuem para alta prevalência desta doença<sup>1</sup>.

A distribuição do medicamento gratuito é direito do paciente, que estará participando de um programa de saúde idealizado pelo Ministério da Saúde com o objetivo da eliminação da SC<sup>1,4,5</sup>.

O treponema pode provocar lesões teciduais no trato genital, aumentando a possibilidade de promover a infecção nesta relação mãe-filho. De outra forma, o HIV, conduzindo o organismo a uma queda na resposta imunológica, abre um campo extenso de reprodução para o treponema<sup>15,22</sup>. Neste mesmo contexto, sabe-se há muito que uma doença infecciosa é dependente do número de germes, da virulência deste germe e da resistência do hospedeiro.

Os exames sorológicos realizados pelas parturientes do presente trabalho, foram os do tipo não-treponêmicos, que são indicados para a triagem e controle de cura, bem como para verificar possíveis reinfecções, uma vez que, devidos a sua alta sensibilidade, os títulos que são demonstrados estão correlacionados com a atividade

de da doença. Seus resultados podem ser falso-positivos (quando em algumas situações específicas, como as colagenoses e o próprio estágio gravídico), assim como falso-negativos (sendo uma das possibilidades a associação entre sífilis materna e infecção pelo HIV)<sup>2,3,15,22</sup>. O diagnóstico precoce da infecção materna ainda é a melhor forma de prevenção da SC<sup>18</sup>.

Com a realização do tratamento durante a gestação, ainda assim, a infecção fetal poderá ocorrer em 14% dos casos<sup>15</sup>. Estas taxas podem variar conforme o estadiamento da infecção. É importante reafirmar que, mesmo a mulher sendo adequadamente tratada para sífilis, a SC pode acontecer, embora seja um fato raro de ocorrer<sup>23</sup>.

O número elevado de parceiros não-tratados ao longo dos anos do estudo, faz com que as mulheres diagnosticadas durante a gestação que realizaram o tratamento, possam ser reinfetadas. O Ministério da Saúde tem salientado a importância do tratamento rotineiro no pré-natal do parceiro nos casos de gestantes portadoras de sífilis. Contudo, este método torna-se difícil, pois um dos fatores que contribuem para a alta prevalência de SC é a dificuldade para atender o parceiro<sup>18,24</sup>.

Sendo critério para definição de SC, o parceiro não tratado de gestante com sífilis, demonstra a grave falha do sistema de saúde por falta de vigilância epidemiológica adequada.

Não conseguimos recuperar nenhuma publicação demonstrando a atuação do sistema de vigilância epidemiológica no município de Niterói, o que se torna um fato bastante preocupante.

O Programa Médico de Família (PMF), possuindo 27 unidades<sup>13</sup> distribuídas no município, ao que passa, não está conseguindo ser eficiente na vigilância e acompanhamento desses parceiros, a fim de reduzir os índices de sífilis em nosso município.

Com base nos dados obtidos no presente estudo, verificamos que o município de Niterói – RJ não está dando conta de efetuar a vigilância epidemiológica para SC de forma eficaz. Esta vigilância perpassa desde o correto diagnóstico clínico e laboratorial (não conseguimos saber o por quê da não-disponibilização rotineira de testes sorológicos, ou seja, treponêmicos); notificação compulsória; até o tratamento adequado da gestante, do recém-nascido e do parceiro, com correto acompanhamento dos infectados. Deste modo, a SC deve ser considerada uma urgência médica, pois quanto mais precocemente a gestante e o parceiro forem tratados adequadamente, mais chances haverá de se eliminar a infecção e as seqüelas no recém-nascido.

Por outro lado, os profissionais de saúde devem estar motivados e conscientes de sua parcela de responsabilidade, a fim de que esta e outras DST não sejam negligenciadas tanto no serviço público como no privado.

## CONCLUSÃO

- O número de casos de sífilis congênita durante os anos do estudo se manteve alto e constante.
- As taxas de prevalência e incidência de sífilis congênita foram superiores às preconizadas pela OMS.
- Mais da metade das mulheres realizou VDRL apenas no momento do parto.

- O número de parceiros não tratados para sífilis foi altamente expressivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª Ed. Brasília: PNDST/AIDS-MS; 1999.
2. Araújo EC, Moura EFA, Ramos FLP et al. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. *J Pediatr* 1999; 75: 119-125.
3. De Lorenzi DRS, Madi JM, Pontalti L et al. Sífilis Congênita: revisão de 35 casos. *GO Atual* 2000; 9: 15-18.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Número de casos confirmados de Sífilis Congênita: Brasil e grandes regiões. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 28/11/03.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1998.
6. 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. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19(5).
7. Domingues RMSM. Sífilis Congênita: uma doença secular desafiando o terceiro milênio. *Saúde em Foco* 1998; 17: 30-33.
8. Belda Jr W. Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: Atheneu; 1999.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
10. Passos MRL. Deesetologia no bolso: O que deve saber um profissional que atende DST. Pirai: RQV; 2004.
11. O Globo, Jornal. O grande e desunido Rio. Encarte especial. Fonte IBGE-RJ. 2005; n.26.252: p. 4-5.
12. Nitvista. Informações Gerais, Informações dos Bairros, Fonseca: Características Atuais e Tendências. Disponível em <<http://www.nitvista.com/>> Acesso em: 19/06/05.
13. Datasus, Informações de saúde - Indicadores de saúde - Indicadores e Dados Básicos - Brasil-IDB-2004. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm#demog>> Acesso em: 18/06/05.
14. Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Boletim epidemiológico DST/AIDS 2002; 1(1): 33-36.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Manual de assistência e vigilância epidemiológica. Brasília: PNDST/AIDS-MS; 1998.
16. Torres RA, Jacquier N, Santos L. Incidência de sífilis na cidade de Posadas (estado de Misiones, Argentina), 1997-2000. *J bras Patol* 2001; 37(4): 253-259, out.-dez. Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 12/06/05.
17. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. *Rev Panam Salud Publica* 2004; v.16, n.3 Washington Sept. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php/ing\\_en](http://www.scielo.org/scielo.php/ing_en)>. Acesso em: 15/06/05.
18. De Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como indicador da assistência pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2001; 23(10): 647-652.
19. Rawstron SA, Vetrano J, Tannis G et al. Congenital syphilis: detection of *Treponema pallidum* in stillborns. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 24-27.
20. Lago EG, Ricard C, Harter K et al. Causas de falha na prevenção da sífilis congênita. *Rev Med PUCRS* 2001; 11: 14-21.
21. Lima BGC. Mortalidade por Sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *J Bras Patol Med Lab* 2002; 38(4): 35-42.
22. Gerbase AC, Toscano C, Titan S. Sexually transmitted diseases in Latin America and Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 6: 362-370.
23. Rawstron SA, Mehta S, Marcellino L. Congenital syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year. *STD* 2001; 28(7): 412-416.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases 1998; 47 RR-1: 1-111.

### Endereço para Correspondência:

**DENNIS DE CARVALHO FERREIRA**

Rua Riodades, 132 – Fonseca - Niterói - RJ

CEP 24130.240 - Tel.:(021)2625-5084;

E-mail: carvalhoferr@yahoo.com.br

Recebido em: 10/01/05

Aprovado em: 12/03/05