

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DANIELA KELLY VELOSO

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**

PICOS-PIAUI

2013

DANIELA KELLY VELOSO

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA DA  
LITERATURA**

Monografia apresentada ao  
Curso de Bacharelado em  
Enfermagem do Campus  
Senador Helvídio Nunes de  
Barros, da Universidade Federal  
do Piauí como pré-requisito  
para obtenção do Grau de  
Bacharel em Enfermagem.


Orientadora Prof.<sup>a</sup> Ms. Ana  
Larissa Gomes Machado.

PICOS-PIAUI

2013

Eu, **Daniela Kelly Veloso**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 20 de setembro de 2013.

  
Assinatura

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca José Albano de Macêdo

**V437i** Veloso, Daniela Kelly.  
Incidência de sífilis congênita: revisão integrativa da literatura / Daniela Kelly Veloso. – 2013.  
CD-ROM : il. ; 4 ¼ pol. (37 p.)  
  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.  
Orientador(A): Profa. Msc. Ana Larissa Gomes Machado  
  
1. Sífilis Congênita. 2. Pré-Natal. 3. Incidência. 4. Enfermidades Congênitas I. Título.

**CDD 616.043**

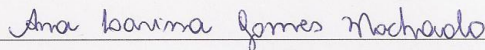
DANIELA KELLY VELOSO

**INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

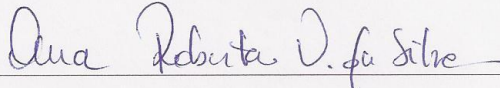
Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 13/09/2013

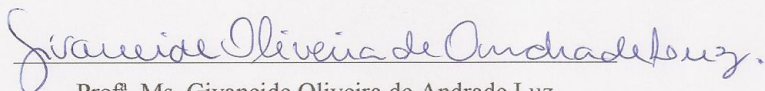
BANCA EXAMINADORA:



Profª. Ms. Ana Larissa Gomes Machado  
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB  
Presidente da Banca



Profª. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Professor Adjunto Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB  
2º. Examinador



Profª. Ms. Givaneide Oliveira de Andrade Luz  
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB  
3º. Examinador

Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditaram que eu seria capaz de alcançar mais este sonho, a todos que estiveram ao meu lado, desejando força e coragem nos momentos de desânimo e que hoje se alegram a me ver concluir essa caminhada; enfim a todos que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para que hoje eu estivesse aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ter me concedido proteção, perseverança e força de vontade para que eu pudesse alcançar mais esse objetivo, pois sem que Ele queira nada acontece;

Aos meus pais por terem acreditado que eu seria capaz de concretizar esse sonho, tendo me proporcionado todas as condições necessárias para alcançá-lo.

Aos professores, parceiros inseparáveis dessa longa jornada, pelo incentivo e experiência repassados.

A Jailton por toda a ajuda, apoio e paciência dedicados a mim durante todo esse tempo;

E por fim, à minha orientadora por ter me recebido no momento em que precisei, pela paciência, disposição, competência, pelas horas de dedicação, pelo compromisso e pela admiração a mim dedicados.

## RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa grave e antiga que pode ser transmitida da mãe para o filho ocasionando a sífilis congênita e que devido sua elevada taxa de transmissão é ainda hoje um grave problema de saúde pública. O presente trabalho teve como objetivo analisar a produção científica existente sobre a incidência de sífilis congênita e sua relação com a realização do pré-natal. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura a partir de acesso on line a sete bases de dados, sendo elas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), SCOPUS e COCHRANE, utilizando os seguintes descritores indicados pela biblioteca de terminologia em saúde (DeCS/BIREME): sífilis congênita, pré-natal e incidência, a busca foi realizada no mês de junho de 2013. Os critérios de inclusão utilizados foram: texto completo disponibilizado para acesso online no formato artigo de pesquisa, disponibilidade em língua portuguesa, inglesa ou espanhola e ter a incidência de sífilis congênita como principal assunto, foram excluídos os artigos que se repetiram nas buscas, também, os artigos cujo delineamento indicou estudo bibliográfico, revisão integrativa, revisão sistemática e estudo teórico-reflexivo. Foram encontrados 347 artigos e selecionados 11 desses artigos para análise. A incidência de sífilis congênita foi considerada alta em todos os estudos analisados; a influência exercida pela realização do pré-natal nos índices de incidência de sífilis congênita foi considerada positiva por todos os autores analisados e dentre as falhas encontradas que contribuem para a elevação das taxas de incidência, as principais foram: a assistência pré-natal inadequada, parceiro sem tratamento e o tratamento inadequado/inexistente da gestante. Mediante o exposto pôde-se concluir que a qualidade do pré-natal oferecido as gestantes ainda não é suficiente para garantir níveis aceitáveis e o controle da sífilis congênita no país, e que os resultados aqui demonstrados poderão ser aproveitados para o planejamento da assistência, onde o profissional responsável pela assistência pré-natal poderá adequar e melhorar o cuidado prestado a essa clientela. Sendo também necessário por parte dos gestores a implementação de ações para o controle da doença em todos os setores da saúde.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita. Pré-Natal. Incidência.

## ABSTRACT

Syphilis is a serious infectious disease and old that can be transmitted from mother to child causing congenital syphilis and because of its high rate of transmission is still a serious public health problem . This study aimed to analyze the existing scientific literature on the incidence of congenital syphilis and its relation to the achievement of prenatal care. We performed an integrative literature from online access to seven databases , which were Latin American and Caribbean Health Sciences ( LILACS ), Database of Nursing ( BDENF ), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem Online ( MEDLINE ), Cumulative Index to Nursing and Allied Health literatue ( CINAHL ), Scientific Electronic library Online ( SciELO ), SCOPUS, and Cochrane, using the following descriptors indicated by the library health terminology ( MeSH / BIREME ) : congenital syphilis, prenatal and incidence, the search was conducted in June 2013. The inclusion criteria were: full text available for free online in the research article, available in portuguese, english or spanish and have the incidence of congenital syphilis as the main subject, we excluded articles that were repeated in the searches also items the design indicated bibliographical study, integrative review, systematic review and study theoretical and reflective. 347 articles were found and selected 11dessees articles for analysis. The incidence of congenital syphilis was considered high in all studies analyzed, the influence exerted by the achievement of prenatal in incidence rates of congenital syphilis was considered positive by all authors analyzed and found among the failures that contribute to higher rates incidence, the principal were: inadequate prenatal care, partner without treatment and inadequate treatment/nonexistent pregnant. By the above it can be concluded that the quality of prenatal care offered to pregnant women is still not enough to ensure acceptable levels and control of congenital syphilis in the country, and that the results reported here could be used to care planning, where the professional responsible for prenatal care can adapt and improve the care provided to this population. Is also required on the part of managers implement actions to control the disease in all healthcare sectors.

Keywords: Congenital Syphilis. Prenatal. Incidence.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos artigos encontrados e selecionados. Picos-PI, 2013.....	16
Tabela 2 - Caracterização dos artigos selecionados. Picos-PI, 2013.....	22
Tabela 3 - Fontes de dados e incidência de sífilis congênita. Picos-PI, 2013.....	23
Tabela 4 - Influência do pré-natal na incidência de sífilis congênita. Picos-PI, 2013.....	25

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
PBE	Prática Baseada em Evidências
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
OMS	Organização Mundial da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
DST	Doença Sexualmente Transmissível
SC	Sífilis Congênita
NE	Nível de Evidência
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
NUIAS	Núcleo de Informação e Análise em Saúde
SINANNET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação na Internet
SVS	Secretária de Vigilância em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PSF	Programa Saúde da Família
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	16
3.1	Tipo e natureza do estudo.....	16
3.2	Etapas da revisão integrativa da literatura.....	16
3.3	Aspectos éticos.....	19
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	20
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	23
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	30
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
	<b>APÊNDICE</b> .....	36
	<b>APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados (formulário)</b> .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa grave, causada por bactéria e transmitida através de contato sexual, transfusão sanguínea, transplante de órgãos e verticalmente. Seu agente causador o *Treponema pallidum*, diferentemente do que se acreditava, pode atravessar a barreira placentária em qualquer estágio da gestação, porém o risco de transmissão vertical é bem maior nas fases iniciais da infecção (primária ou secundária), podendo variar entre 70% e 100% de chance e as complicações apresentadas pelo concepto estarão de acordo com a fase de infecção materna (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012).

Conhecida no mundo desde o final do século XV, quando sua rápida disseminação a tornou uma das maiores pragas mundiais, é ainda hoje um grave problema de saúde pública, mesmo havendo tratamento desde 1943, quando foi estabelecida uma terapêutica efetiva para a infecção: a penicilina. Hoje, quase 80 anos após essa descoberta a sífilis ainda representa um desafio para os sistemas de saúde por apresentar um elevado índice de casos, até mesmo da forma congênita, sendo que esta pode ser totalmente evitada (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão (VALDERRAMA; ZACARIAS; MAZIN, 2004). A exposição à doença acarreta sérias implicações para a mulher e seu concepto, sendo causa de grande morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos, tais como aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos (MESQUITA et al., 2012)

O Ministério da Saúde (2006c) preconiza a realização rotineira de testes não-treponêmicos no primeiro e terceiro trimestre da gestação e no momento do parto, mesmo assim a cada ano, cerca de 12 mil recém-nascidos contraem sífilis congênita no Brasil, porque suas mães não foram submetidas a exame diagnóstico, tampouco a tratamento durante a gestação.

Tendo em vista a simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, esta é considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno fetal (COSTA et al., 2013).

De acordo com Saraceni et al. (2007), no Brasil mais de 70% das mães de bebês notificados como casos de sífilis congênita frequentaram o pré-natal; por diferentes motivos, entretanto, foram perdidas as oportunidades do diagnóstico e tratamento adequado dessas mulheres enquanto gestantes. Entre 1998 e junho de 2012, foram notificados no Sistema de

Informações sobre Agravos Notificáveis (SINAN), 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (BRASIL, 2012).

Tratamento adequado da sífilis em gestante é todo aquele realizado o mais precoce possível, de forma completa e de acordo com o estágio da doença, feito com Penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. A droga de escolha é a penicilina G benzatina intramuscular, que é aplicada 2,4 milhões de UI em dose única, quando se trata de sífilis primária; 4,8 milhões de UI quando sífilis latente recente, e 7,2 milhões de UI quando sífilis latente tardia (XIMENES et al., 2008).

A assistência pré-natal é o momento mais oportuno para a realização dos testes, detecção e tratamento precoces das doenças na mãe, a fim de evitar o acometimento do concepto, porém mesmo com o aumento da cobertura do pré-natal, a rotina preconizada não vem sendo seguida, o que nos permite colocar à prova a qualidade da assistência prestada à gestante em nosso país. Costa et al. (2013) relatam em seu trabalho que entre as gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita, 70,9% delas realizaram o pré-natal.

No Brasil, a notificação da sífilis congênita, em gestante e a adquirida passaram a constar na portaria das doenças e agravos de notificação compulsória de forma desordenada, ou seja, em 1986, 2005 e 2011 respectivamente. Este monitoramento tardio da sífilis adquirida resultou em subnotificações ou sub-registros da doença na população do sexo masculino, que pode ter contribuído para a elevação de casos em gestantes e sua consequente transmissão vertical (MESQUITA et al., 2012)

A subnotificação de casos é um fator quase unânime entre os pesquisadores, que vem a contribuir para a atual situação epidemiológica dessa doença, a qual aliada à pobreza, falta de escolaridade e a promiscuidade sexual tornam-se fatores importantes a serem considerados na discussão de medidas preventivas.

Ao se observar dados do “Estudo Sentinela Parturiente” podemos ver que 75,1% das gestantes realizaram o primeiro teste de sífilis e que apenas 14% delas realizaram os dois, sendo que 0,4% dessas mulheres que tiveram como primeiro teste negativo passaram a ser positivas no segundo, demonstrando assim que grávidas tornam-se positivas para sífilis no intervalo entre o primeiro e o segundo teste realizado (SZWARCWALD, 2007).

Diante de tal perspectiva é necessário que os profissionais responsáveis pela assistência pré-natal, dentre eles o enfermeiro, esteja capacitado para utilizar adequadamente

as estratégias de diagnóstico, tratamento e notificação com o objetivo de alcançar, se não a erradicação, ao menos níveis aceitáveis dessas doenças.

Esta infecção quando presente no recém-nascido é responsável por inúmeros transtornos ao longo da vida, comprometendo assim a qualidade de vida dos mesmos por causar danos irreversíveis, isso quando não gera o óbito imediato contribuindo com o aumento das taxas de mortalidade infantil, gerando com isso péssimos indicadores de saúde para o município (BRASIL, 2013).

Frente à magnitude dos danos causados aos indivíduos acometidos por essa infecção é que se justifica a realização do presente estudo, o qual tem como pergunta problema: Qual a incidência de sífilis congênita nos filhos cujas mães realizaram o pré-natal?, com o intuito de analisar a produção científica existente sobre a incidência de sífilis congênita e sua relação com a realização do pré-natal, sendo crítico que se conheça primeiramente a incidência dessa infecção para posteriormente se investigar quais fatores tem contribuído para a continuada transmissão.

Os resultados servirão como base para a tomada de decisões que orientem mudanças na abordagem dessa infecção como uma forma de se obter um maior controle sobre a sua incidência e melhorar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes. Dessa forma, o enfermeiro terá uma importante ferramenta para guiar suas ações, contribuindo para um maior conhecimento e adesão das gestantes ao tratamento.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- ❖ Analisar a produção científica existente sobre a incidência de sífilis congênita e sua relação com a realização do pré-natal.

### 2.2 Específicos

- ❖ Caracterizar a produção científica revisada quanto ao ano e periódico de publicação, nível de evidência, locais de realização das pesquisas e amostra/período do estudo;
- ❖ Identificar a incidência de sífilis congênita entre filhos de mães que realizaram o pré-natal nos estudos analisados;
- ❖ Descrever os métodos/técnicas utilizados pelos autores para conhecer a incidência de sífilis congênita indicada nos estudos;
- ❖ Averiguar se a realização do pré-natal possui uma influência positiva ou negativa nos índices de incidência de sífilis congênita, apontada pelos autores dos trabalhos analisados;

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo e natureza do estudo

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura científica acerca da incidência de sífilis congênita e sua relação com a realização do pré-natal. Esse tipo de estudo inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão e melhoria da prática clínica, possibilitando a melhoria da síntese do conhecimento, além de apontar lacunas no conhecimento. A revisão integrativa é um método que se constitui em um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), sendo que a PBE caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Devido o crescente número de informações na área da saúde torna-se necessário o desenvolvimento de um método dentro da pesquisa científica capaz de garantir uma análise rigorosa e melhor utilização das evidências identificadas nos vários estudos existentes. Frente a isso a revisão integrativa é considerada por Souza; Silva e Carvalho (2010) como a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Classifica-se também em um estudo de caráter quantitativo, sendo que de acordo com Polit e Beck (2011), em um estudo quantitativo descritivo, observa-se a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno. Quando o pesquisador utiliza o estudo descritivo, pretende expor as características de determinada população a partir do uso de técnicas padronizadas de coletas de dados (GIL, 2010).

#### 3.2 Etapas da revisão integrativa da literatura

Para a investigação, foi realizado levantamento da literatura científica existente, análise e síntese dos resultados, e para tal foram seguidas as seis etapas indicadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) em seu estudo, a fim de cumprir criteriosamente cada etapa necessária para a busca de evidências a respeito do assunto em questão.

As etapas são as seguintes: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorizados; 4) avaliação dos



estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Considerando a necessidade de delimitação da temática a ser pesquisada, elaborou-se como questão norteadora para a busca de evidências na literatura científica a seguinte pergunta problema: Qual a incidência de sífilis congênita nos filhos cujas mães realizaram o pré-natal?

Em junho de 2013 realizou-se a busca nas bases de dados eletrônicas disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), SCOPUS e COCHRANE.

Para a busca foram utilizados os seguintes descritores indicados pela biblioteca de terminologia em saúde (DeCS/BIREME): *sífilis congênita, pré-natal e incidência*. A busca foi realizada utilizando os descritores em português, associando-os ao conectivo booleano *and*.

Os critérios de inclusão utilizados foram: texto completo disponibilizado para acesso online no formato artigo de pesquisa, disponibilidade em língua portuguesa, inglesa e espanhola, ter a incidência de sífilis congênita como principal assunto (sendo identificado através da leitura do resumo). Os artigos que se repetiram nas buscas foram excluídos, sendo contabilizados apenas na primeira vez que apareceram. Foram excluídos, também, os artigos cujo delineamento indicou estudo bibliográfico, revisão integrativa, revisão sistemática e estudo teórico-reflexivo. A partir desses critérios, foram selecionados 11 artigos para análise de acordo com o exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos artigos encontrados e selecionados. Picos-PI, 2013.

<b>Artigo/Base</b>	<b>LILACS</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>CINAHL</b>	<b>SCOPUS</b>	<b>SCIELO</b>	<b>COCHRANE</b>	<b>BDENF</b>	<b>Total</b>
<b>Encontrados</b>	146	7	27	91	13	61	2	347
<b>Excluídos por não responder à questão de pesquisa</b>	136	7	27	91	9	61	1	332
<b>Repetidos</b>	-	-	-	-	3	-	1	04
<b>Selecionados</b>	10	-	-	-	1	-	-	11

As informações extraídas dos artigos selecionados foram inseridas em formulário (APÊNDICE A) especificamente elaborado para o presente estudo. Esse instrumento se fez necessário para caracterizar as publicações e extrair os principais resultados, contribuindo

assim para a identificação de subsídios que embasem a resposta da questão norteadora da revisão integrativa.

As variáveis de análise dos artigos foram as seguintes: título, nível de evidencia, periódico, ano de publicação, local da pesquisa, amostra, incidência de sífilis congênita em recém-nascidos, métodos e técnicas utilizadas pelos autores para a obtenção da taxa de incidência, realização de consultas de pré-natal pelas respectivas mães e se a influência exercida pela realização do pré-natal nas taxas de incidência de sífilis congênita, apontadas pelos autores dos estudos avaliados, é considerada positiva ou negativa.

A classificação do nível de evidência dos estudos seguiu o recomendado por Melnyk e Fineout-Overholt (2005): Nível I: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. Assim, todos os estudos selecionados obtiveram a classificação nível de evidência VI.

Para considerar a influência da realização do pré-natal como positiva ou negativa utilizaram-se trechos do trabalho do próprio autor onde o mesmo discorra sobre dados que evidenciaram tal fato.

Durante a etapa de avaliação dos estudos foi realizada a análise detalhada das informações extraídas, buscando criticamente explicações para os resultados já evidenciados em outros estudos. O método da análise descritiva foi utilizado para indicar as características gerais dos artigos, informações metodológicas e principais resultados apresentados, a fim de gerar evidências suficientes para sintetizar resultados que respondessem à questão norteadora elaborada para a pesquisa. A conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Após adquirir tais informações através do instrumento elaborado, os dados foram analisados e inseridos no programa Microsoft Excel for Windows® 2010. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas ilustrativas.

A interpretação dos resultados foi realizada por meio de avaliação criteriosa dos estudos selecionados para a revisão e corroboração posterior com o conhecimento teórico existente, identificando conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Dessa forma, ao final, foi possível identificar a incidência de sífilis congênita existente, bem como se a influência exercida pela realização do pré-natal na perspectiva das mães foi apontada pelos autores como sendo positiva ou negativa.

A fase de apresentação da síntese do conhecimento contemplou a descrição das etapas percorridas, além da caracterização geral dos estudos e os principais resultados evidenciados pelo revisor para gerar uma síntese dos mesmos.

### 3.3 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa com material de livre acesso em bases de dados virtuais, não houve necessidade de solicitação de parecer em Comitê de Ética em Pesquisa ou dos autores dos estudos.

#### 4 REVISÃO DE LITERATURA

A epidemiologia surgiu há mais de 2000 anos através das observações de Hipócrates de que os fatores ambientais influenciavam a ocorrência de doenças. Já a abordagem epidemiológica que compara os coeficientes de doenças em grupos populacionais tornou-se uma prática comum no final do século XIX e início do século XX tendo como objetivo principal melhorar a saúde de populações específicas (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

A notificação compulsória de uma doença tem a finalidade de acumular dados suficientes para realizar uma análise geral do problema e servir de base para a realização de intervenções que possam reduzir ou impedir o acometimento por determinados agravos.

Doenças infecciosas que são transmitidas de mãe para filho durante a gestação e/ou o parto ainda são uma importante causa evitável de elevados índices de morbidade e mortalidade infantil e por isso um grande problema de saúde pública.

A sífilis na gestação foi inserida como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória em virtude de suas altas taxas de prevalência e de transmissão vertical, que oscila entre 30 e 100% sem o devido tratamento ou com tratamento inapropriado (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

No Brasil apesar da sífilis na gestação e a congênita serem agravos de notificação compulsória, a subnotificação de casos está subestimando os seus reais valores, pois apenas 32 e 17,4% desses casos respectivamente, são notificados (CAMPOS et al., 2010).

O conjunto de procedimentos clínicos e educativos destinados a acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança caracteriza a assistência pré-natal. Avaliar a qualidade dessa assistência, com a proposta de aprimorá-la, requer esforços constantes das autoridades de saúde, dos profissionais que executam essas ações e também da população alvo, que deve estar atenta aos problemas surgidos e buscar soluções (SUCCI et al., 2008).

Existe um conhecimento limitado das mulheres em relação ao acompanhamento dessas infecções durante o pré-natal, nem sempre é realizado o número recomendado de consultas e existe também a falta de aconselhamento em relação à realização dos testes, dessa forma a oportunidade de diagnóstico e tratamento são dificultadas e até mesmo impossibilitadas. Segundo Rodrigues; Guimarães; Cesar (2008) é sabido que uma elevada proporção de casos de sífilis congênita é encontrada entre mulheres que tiveram assistência à

baixo pré-natal, o que sugere que todas as possibilidades de diagnóstico e tratamento da infecção materna foram potencialmente perdidas.

Em pesquisa nacional realizada em 2008 sobre os casos notificados de sífilis congênita em menores de 1 ano no período de 1998 a 2008, verificou-se que a maioria dos casos era procedente de mães com idade de 20 a 29 anos (55%), escolaridade de quatro a sete anos de estudo (37%), adeptas do pré-natal (79%) e (66%) dos parceiros sexuais dessas mulheres não aderiu ao tratamento (Brasil, 2009).

Já Nascimento et al. (2012) afirmam que apesar do percentual de dados perdidos (12,5%), verificaram-se que (54,2%) das pacientes tiveram algum acompanhamento de pré-natal e que (33,3%) não tiveram acesso a esse recurso, entretanto, no grupo com pré-natal, somente (61,5%) possuíam o cartão de pré-natal no momento da admissão na maternidade.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2009), a prevalência da doença em gestantes, no ano de 2004, foi de 1,6% representando cerca de 50.000 parturientes com sífilis ativa e 15.000 recém-nascidos com sífilis congênita naquele ano, sugerindo controle insuficiente da doença. Segundo dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) (2008), em países subdesenvolvidos, aproximadamente de 10 a 15% das gestantes são portadoras de sífilis, para o cenário brasileiro, estima-se que 3,5% das gestantes possuam a doença, o que se torna mais alarmante quando se considera que a taxa de mortalidade perinatal são de até 40%.

A avaliação da qualidade da assistência pré-natal e as intercorrências que resultaram em recém-nascidos portadores de sífilis congênita de gestantes atendidas em 41 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo, em 2000, concluiu, entre outros pontos, que a assistência prestada às gestantes na maioria das unidades estudadas não atende as exigências do Ministério da Saúde, que estabeleceu um conjunto de normas para considerar o acompanhamento pré-natal adequado (SUCCI et al., 2008).

Corroborando com isso, Nascimento (2012), verificou em seu estudo que dentre as gestações complicadas por sífilis materna que compunham a sua amostra, 54,2% delas tiveram algum acompanhamento pré-natal e destas apenas 30,8% tiveram a sífilis detectada durante essa fase de acompanhamento e nenhuma das pacientes que teve alguma consulta de pré-natal realizou mais de um teste de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), sendo que em 77% dos casos de óbito fetal a única causa clinicamente identificada foi a presença de sífilis, ficando constatado também que em 93% dos casos o feto já estava morto no momento da admissão hospitalar.

Ao se avaliar o custo-efetividade do pré-natal em UBS's foi demonstrado que os efeitos adversos medidos pelos indicadores de saúde foram menores nas unidades que tinham

o pré-natal implantado; onde os coeficientes de mortalidade neonatal e perinatal, a proporção de baixo peso ao nascer e a incidência de sífilis congênita foram menores nas unidades que tinham o pré-natal implantado do que naquelas unidades que o tinham apenas parcialmente implantado, sendo que o custo médio do pré-natal por UBS custou em média R\$ 5.603,84 no grupo implantado e R\$ 7.523,15 no grupo parcialmente implantado (VIDAL et al., 2011).

A sífilis congênita possui alta mortalidade, mesmo apresentando baixo custo e disponibilidade de tratamento e a utilização de tecnologias leves para o seu controle (SARACENI; MIRANDA, 2012). Segundo Figueiredo et al. (2009) o sistema de referência e contra referência a partir da unidade básica de saúde é um exemplo de como se obter em um rápido atendimento e minimizar o risco de falha na prevenção da transmissão de mãe para filho de doenças infecciosas.

A política de saúde brasileira para enfrentamento dessa infecção incluiu o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical da Sífilis, publicado em 2007, definindo ações e metas para melhoria do controle dessas doenças (ARAÚJO et al., 2012).

A sífilis gestacional e a sífilis congênita estão estreitamente relacionadas com alguns grupos de maior risco, como mulheres paupérrimas ou com estilos de vida vulneráveis, nesse sentido, estudos desenvolvidos em diversas localidades denotam, como fatores de risco para a sífilis gestacional: ter parceiro sexual casual, não fazer uso de preservativo, ser usuária de drogas ilícitas, ter o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ter baixa escolaridade e praticar prostituição (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011). Esses dados vão de encontro aos de estudos mais recentes sobre a co-infecção HIV-sífilis que têm mostrado que a sífilis é a principal Doença Sexualmente Transmissível (DST) associada ao HIV devido ambas compartilharem os mesmos fatores de risco e assim se faz necessária a avaliação do perfil epidemiológico dessa co-infecção, para orientar estratégias de intervenção mais adequadas.

Em seu estudo Signorini et al. (2007) afirma que devido ao fato de que a sífilis pode ter uma evolução mais rápida e mais agressiva nos pacientes portadores do HIV é fundamental que o diagnóstico dessa co-infecção seja feito o mais precoce possível com o intuito de se evitar complicações mais severas.

Os serviços de saúde devem estar totalmente aptos à prestar uma assistência adequada as gestantes utilizando-se de equipes multiprofissionais e tecnologias que lhe permita detectar e tratar precocemente todo e qualquer agravo à saúde da mãe que possa interferir na saúde da criança, propiciando assim o máximo de benefícios no atendimento do binômio mãe-filho, pois a melhor forma de prevenir a infecção na criança ainda é o tratamento precoce da gestante/mãe.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico serão apresentados os resultados desta revisão, sendo inicialmente descritas as características metodológicas dos estudos analisados, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos artigos selecionados. Picos-PI, 2013.

Artigo	Ano	Periódico	NE***	Local	Amostra/período
1*	2013	Ciênc. Saúde Coletiva	VI	Minas Gerais	Casos confirmados de SC** entre janeiro de 2001 a dezembro de 2008
2*	2013	Rev. Esc. Enferm. USP	VI	Ceará	Casos confirmados de SC** entre os anos de 2000 a 2009
3*	2012	Cad. Saúde Pública	VI	Brasil	Casos confirmados de SC** para o ano de 2008
4*	2012	Rev. Saúde Pública	VI	Estados brasileiros	Casos confirmados de SC** no ano de 2003 e 2008
5*	2012	Arq. Catarin. Med.	VI	Brasil	Casos confirmados de SC** entre os anos de 2007 a 2009
6*	2012	J..Bras.Doen.Sex.Transm.	VI	Ceará	Casos confirmados de SC** entre janeiro a dezembro de 2010
7*	2011	Epidemiol. Serv. Saúde	VI	Rio Grande do Norte	Casos confirmados de SC** entre os anos de 2004 a 2007
8*	2007	Scientia Médica	VI	Tocantins	Casos confirmados de SC** para o ano de 2004
9*	1999	Jornal de Pediatria	VI	Pará	361 puérperas e seus conceptos; entre maio a setembro de 1996
10*	2008	Rev. Rene.	VI	Ceará	Casos confirmados de SC** entre os anos de 2001 a 2006
11*	2013	Cad. Saúde Pública	VI	Distrito Federal	67 gestantes/puérperas VDRL positivas; entre nov. de 2009 a dez. de 2010

\*Identificação dos artigos; \*\*SC: Sífilis Congênita; \*\*\*NE: nível de evidência.

Em relação à caracterização dos 11 artigos selecionados, a maioria foi publicada entre os anos de 2012 e 2013, sendo sete deles. Segundo a classificação do nível de evidência dos estudos, todos foram classificados em nível de evidência VI, devido os mesmos apresentarem evidências derivadas de um único estudo descritivo. Quanto ao local de realização dos estudos, todos foram realizados em estados brasileiros. O estado do Ceará foi responsável por três desses trabalhos, sendo que um deles foi realizado especificamente para a cidade de Sobral.

Um dos motivos para justificar a maior ocorrência de trabalhos nesse estado, assim como afirma Mesquita et al. (2012), seria o crescimento do número de casos de sífilis congênita acompanhando a tendência de crescimento também entre as gestantes, dessa forma percebeu-se que, atualmente, o controle da transmissão da sífilis em Sobral, especialmente da vertical, está comprometido e constitui-se como um problema prioritário para a gestão da saúde pública, uma vez que vem se distanciando da meta considerada pelo Ministério da

Saúde para sua eliminação. Outro motivo para tal seria o aumento acentuado da taxa de incidência registrado na região Nordeste entre o período de 1998 a 2007 (AMARAL, 2012).

A amostra utilizada pela maioria dos autores foram os casos confirmados de sífilis congênita, considerando o período de tempo mais apropriado aos objetivos de cada estudo. Em seguida a Tabela 3 traz informações sobre o método/Fonte de dados utilizados pelos autores e a respectiva incidência encontrada.

Tabela 3 - Fontes de dados e incidência de sífilis congênita. Picos-PI, 2013.

<b>Artigo</b>	<b>Método/ Fonte de dados</b>	<b>Incidência</b>
1*	Banco de dados do SINAN e SINASC	296 casos = 1,1/1.000
2*	Banco de dados NUIAS/SINAN	taxa variou de 0,56 a 49,32%
3*	SINANNET na página da SVS/MS	6.353 casos
4*	Banco de dados do SINAN	taxa de 6,38%
5*	Banco de dados do SINAN	taxas entre 60 e 70%
6*	Banco de dados do SINAN, SINASC e prontuários de centros de saúde e hospitais	09 casos entre 49 gestantes com sífilis
7*	Banco de dados do SINAN e SINASC	311 casos = 6/1.000
8*	Banco de dados do SINAN e SINASC	9,9/1.000
9*	Entrevista com mães, exame físico do RN e realização de testes sorológicos em ambos	taxa de 9,1% entre 361 nascidos
10*	Banco de dados do SINAN	1.203 casos
11*	Banco de dados do SINAN	taxa de 32% entre 50 recém nascidos

\*Identificação dos artigos.

Em relação aos métodos utilizados pelos autores para adquirir a taxa de incidência de sífilis congênita foram utilizados principalmente bancos de dados do Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis (SINAN) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), sendo que para a coleta valeu-se de informações contidas nas fichas de notificação e investigação do agravo em questão. A incidência de sífilis congênita dos estudos analisados foi quantificada por diferentes valores de referência variando de acordo com os objetivos de cada estudo, sendo que a incidência foi quantificada principalmente em porcentagens, a incidência encontrada foi considerada alta para todos os estudos.

Apesar de ser considerada uma doença antiga com tratamento efetivo e de baixo custo, a sífilis congênita ainda apresenta elevados índices, se levado em conta a meta do Ministério



da Saúde que seria a ocorrência de até 1 caso ou menos por 1000 nascidos vivos, e mesmo a sua eliminação tendo feito parte do plano “Saúde para todos no ano 2000”, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e tendo sido acolhido pelo Fórum de Ministros de Saúde das Américas e, posteriormente, pela Coordenação Nacional de DST/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) do Ministério da Saúde no Brasil, pode-se dizer que este é um agravo cuja eliminação está longe de ser alcançada.

Estima-se que, a cada ano, surjam 957 mil novos casos da doença no país, atingindo 48 mil grávidas (BRASIL, 2007). Já Araújo et al. (2012) afirma em seu estudo, que em 2008, foram notificados 5.541 casos em 897 (16%) dos municípios brasileiros, resultando em taxa de incidência de 2,1/1000 nascidos vivos.

No período de 2007 a 2009 observou-se que a maior taxa de incidência de casos de sífilis congênita se deu no ano de 2008 no norte do Brasil no estado do Acre com uma taxa de 6,33%, seguido do sudeste no estado do Rio de Janeiro com 4,68% e posteriormente o Distrito Federal com 4,45% (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012). Já o estudo de Holanda et al. (2011) encontrou para a cidade de Natal no Rio Grande do Norte uma incidência de 6 casos por 1000 nascidos vivos.

Através dos resultados observa-se também uma tendência de aumento da incidência de sífilis congênita em todo o país, segundo Noronha (2006) no Brasil, a sífilis apresenta-se, epidemiologicamente, como uma doença em ascensão: cerca de 900 mil novas ocorrências dessa infecção são registradas a cada ano, o que corrobora com o estudo de Araújo et al. (2012) que aponta também tendência de aumento da incidência, com variação média anual positiva de 6,38% ao ano.

Magalhães et al. (2013) afirma que apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos registrados no Brasil continua a crescer, refletindo tanto uma melhora no sistema de notificação, quanto a manutenção da transmissão vertical da doença. Essa melhora na notificação dos casos pode ser atribuída à melhoria da vigilância epidemiológica de municípios e estados, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), bem como a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (XIMENES et al., 2008).

Porém a subnotificação ainda existe e é fator marcante para o elevado número de casos de sífilis congênita, em estudo realizado no estado do Tocantins, na cidade de Palmas foi encontrada uma taxa de subnotificação de 64% dos casos de sífilis congênita identificados em

um hospital para o ano de 2004, de acordo com os critérios utilizados pelo MS (Ministério da Saúde) para a definição de caso, levando-se em conta o número de nascidos vivos para o mesmo período de tempo (KOMKA; LAGO, 2007). Estima-se que no Brasil apenas 32% dos casos de sífilis gestacional e 17,4% de sífilis congênita são notificados (BRASIL, 2007)

Podem-se observar muitas informações ignoradas ou em branco, o que chama a atenção de que ainda é necessário reforçar a capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento de instrumentos de notificação (COSTA et al., 2013).

Mesmo reconhecendo a limitação de utilizar fontes oficiais de dados secundários, especialmente no que se refere a prováveis sub-registros, subnotificações e erros de preenchimento, identificou-se um número maior de casos notificados para o período, do que o número estimado (HOLANDA et al., 2011). E o SINAN, por abrigar as informações sobre os agravos de notificação compulsória é a fonte de dados de maior amplitude para realizar a avaliação do número de casos novos (SARACENI; MIRANDA, 2012). Adiante a Tabela 4 apresenta a influência da realização do pré-natal nas taxas de incidência e principais falhas apontadas pelos autores que contribuem para uma incidência elevada da sífilis congênita.

Tabela 4 - Influência do pré-natal na incidência de sífilis congênita. Picos-PI, 2013.

<b>Artigo</b>	<b>Influência da realização de pré-natal</b>	<b>Falhas apontadas</b>
1*	positiva	Assistência pré-natal inadequada.
2*	positiva	Assist. pré-natal inadequada; tratamento inadequado; parceiro sem tratamento; dados em branco.
3*	positiva	Assist. pré-natal inadequada; parceiro sem tratamento.
4*	positiva	Assist. pré-natal inadequada, fatores socioeconômicos; deficiências no sistema de saúde.
5*	positiva	Assist. pré-natal inadequada, parceiro sem tratamento; tratamento inadequado/inexistente; dados em branco.
6*	positiva	Assist. pré-natal inadequada, parceiro sem tratamento; dados em branco; falha profissional.
7*	positiva	Assist. pré-natal inadequada; tratamento inadequado/inexistente; parceiro sem tratamento.
8*	positiva	Assist. pré-natal inadequada; tratamento inadequado/inexistente; dados em branco; parceiro sem tratamento.
9*	positiva	Assist. pré-natal inadequada; ausência de diagnóstico e tratamento.
10*	positiva	Assist. pré-natal inadequada; parceiro sem tratamento.
11*	positiva	Assist. pré-natal inadequada.

\*Identificação dos artigos.

Ao observar a tabela 4, pode-se evidenciar que a influência exercida pela realização do pré-natal nos índices de incidência de sífilis congênita foi considerada positiva por todos os autores, porém não é o que os números demonstram através das pesquisas realizadas, isso porque existem várias falhas que acabam por impedir que essa positividade seja convertida em valores numéricos para visualização.

Essa influência positiva se confirma ao se analisar dados do estudo de Araújo et al. (2012) em que a proporção de casos de sífilis congênita cujas mães não realizaram pré-natal foi 1,56 vez maior nos municípios de menor cobertura da estratégia saúde da família do que nos municípios de maior cobertura.

As principais falhas apontadas foram a assistência pré-natal inadequada, sendo algo unânime entre todos os autores, parceiro sem tratamento e o tratamento inadequado/inexistente da gestante. O conhecimento exato de onde se encontram as falhas é de suma importância, para que as ações de saúde possam ser direcionadas sem perder o foco principal.

No que diz respeito à assistência pré-natal inadequada considera-se o início tardio, a falta das gestantes e a distribuição irregular das consultas de pré-natal; observou-se que 84% dos casos de sífilis congênita nasceram de mães que realizaram pelo menos uma consulta pré-natal e 57% deles nasceram de mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gestação (LIMA et al., 2013) o que corrobora com os dados do estudo de Mesquita et al. (2012) que diz que mais de 40% das mães iniciam seu pré-natal no primeiro trimestre e mais de 60% comparecem a cinco ou mais consultas no pré-natal, o que mostra a má qualidade dessas consultas.

Em apenas 34,7% das mães o diagnóstico de sífilis congênita foi realizado durante a gravidez e ainda com um baixo percentual de realização do teste de VDRL no primeiro e terceiro trimestres de gestação; e somente 4,5% foram tratadas de forma adequada e 11,3% tiveram seus parceiros tratados (HOLANDA et al., 2011). Rodrigues; Guimarães; César (2008) também demonstrou que a proporção de mulheres grávidas testadas para VDRL durante as consultas de pré-natal foi baixa, chegando a 41,2%.

Succi et al. (2008) demonstraram que apesar do aumento das coberturas de pré-natal, ainda se observa uma baixa efetividade dessas ações para a prevenção da sífilis congênita. Apesar das gestantes terem realizado mais do que a quantidade preconizada de consultas (seis), a distribuição destas a cada trimestre é realizada inadequadamente, ocorrendo a realização de mais de três consultas por trimestre, sobretudo no terceiro, deixando uma lacuna

nos dois trimestres iniciais, isto resulta em falsos diagnósticos referentes à análise da qualidade dos serviços prestados durante o período gestacional (MESQUITA et al., 2012).

Destaca-se que a ficha de notificação/investigação de sífilis congênita não especifica critério para caracterizar pré-natal realizado, ou seja, se a gestante teve uma consulta e outra teve seis, em ambas as situações, o caso é notificado como a gestante tendo pré-natal realizado (XIMENES et al., 2008).

O não tratamento do parceiro apesar de representar um determinante para a saúde materna e fetal mostrou-se como algo ignorado, pois Komka; Lago (2007) evidenciou que em 64% dos casos de sífilis congênita não havia informações sobre o tratamento dos parceiros, e em 36% a informação era da ausência de tratamento; resultado não muito diferente do encontrado por Galatoire; Rosso; Sakae (2012) em que o número de parceiros não tratados foi de 57,41%; sendo que para Mesquita et al. (2012) a maior parte dos parceiros não realizou ou não se tem informação disponível sobre o seu tratamento e, destes um foi tratado após o parto, demonstrando assim tratamentos inadequados e falhas no aconselhamento.

Os índices de sífilis congênita nos dias atuais vêm aumentando significativamente, devido a comportamentos sexuais de risco, que incluem a multiplicidade de parceiros e relações sem utilização de preservativo.

Araújo et al. (1999) observou em seu trabalho que das mães com sífilis cujos recém-nascidos também apresentaram a infecção, 60% delas eram casadas; isto deve-se provavelmente, a relações extraconjugais de um ou de ambos os cônjuges. Mesquita et al. (2012) afirma que têm sido observadas dificuldades quanto à identificação dos parceiros, isso porque nem sempre existe um parceiro único, sendo que sua adesão à realização do tratamento é prejudicada por alguns fatores, entre eles a incompatibilidade de horários com o serviço de saúde, desconhecimento sobre a doença e suas consequências para o conceito, insuficiência de orientação pelos profissionais de saúde, entre outras.

Em relação ao tratamento inadequado/inexistente da gestante, Magalhães et al. (2013) demonstrou que o principal motivo para a inadequação do tratamento foi a falta da gestante (83,6%) e/ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%). Já Galatoire; Rosso; Sakae, (2012) afirma que o número predominante foi de mães que realizaram o pré-natal, porém a falta de tratamento ou o tratamento inadequado poderiam explicar a transmissão vertical da doença.

Campos et al. (2010) demonstrou que em um grupo de gestantes VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) positivas, por ocasião do parto, 39,7% delas não tinham seu cartão preenchido devidamente, 29,3% delas sequer tinham cartão de gestante, em 3,4% delas

essa informação foi ignorada, sendo que apenas 27,6% das gestantes o tinham devidamente preenchido; dessa forma torna-se quase impossível obter-se informações sobre o acompanhamento adequado das mesmas.

Tendo sido bem menos citado nos resultados, mas nem por isso se tornando menos importante, está a deficiência no sistema de saúde, que diz respeito à dificuldade de acesso à exames laboratoriais e estrutura física e técnica da UBS (Unidade Básica de Saúde) para instituir o tratamento da sífilis na gestante e seu parceiro. Araújo et al. (2012) revelam que mais da metade das ESF (Estratégia Saúde da Família) não dispunham de estrutura adequada para realização do tratamento com penicilina na rede básica, indubitavelmente, a existência de casos de sífilis congênita em municípios com altas coberturas de ESF sugere problemas no funcionamento de suas equipes e/ou na organização do sistema de saúde.

Esses dados vão de encontro aos de Saraceni; Miranda, 2012 que concluíram que a região nordeste apresentou a mais alta cobertura populacional pela ESF, no entanto a região foi a segunda a apresentar o maior número de casos de sífilis congênita.

A resistência à realização do tratamento da sífilis na rede básica tem sido justificada pela falta de condições técnicas para manejar casos de anafilaxia, mas a baixíssima incidência de reações letais após o uso da penicilina (1 a 2/1000.000) não justificaria o imenso custo social que a dificuldade de acesso a esse medicamento representa (ARAÚJO et al., 2012).

Essa realidade nacional que, reúne a realidade de diferentes regiões e estados brasileiros, confirma a relação entre os casos de sífilis congênita e falhas na assistência pré-natal, dessa forma a sífilis congênita pode ser considerada como um marcador da qualidade da assistência pré-natal. O pré-natal mostrou-se custo-efetivo para várias consequências, dentre elas a sífilis congênita, esse resultado sinaliza a necessidade de mais empenho das ESF no acompanhamento das gestantes acometidas por essa infecção para garantir o tratamento completo fornecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde) ao casal (VIDAL et al., 2011).

O controle deste agravo só ocorrerá quando, for realizada captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação e realização de, no mínimo, seis consultas distribuídas de acordo com a necessidade de cada trimestre (BRASIL, 2006b), existir diagnóstico precoce e tratamento adequado tanto da gestante quanto do(s) seu(s) parceiro(s), configurando assim o adequado pré-natal.

A alta incidência da sífilis congênita encontrada no presente estudo demonstra quantas oportunidades de prevenção desse agravo foram perdidas, indicando uma lacuna na adoção de medidas de prevenção e intervenções por parte dos gestores, serviços de saúde e também da sociedade.

## 6 CONCLUSÃO

A falta e/ou dificuldade de acesso à assistência pré-natal foi considerada como um dos principais fatores responsáveis por manter elevados os índices de sífilis congênita no país, possuindo ainda um impacto negativo sobre a saúde pública no Brasil.

Os estados brasileiros de maior incidência foram o Tocantins, especificamente a cidade de Palmas, o Rio Grande do Norte, com a cidade de Natal e o Ceará com a cidade de Sobral, sendo que a região norte, sudeste e nordeste foram apontadas como tendo os maiores índices de incidência pelos autores da literatura analisada. A distribuição desse agravo reflete desigualdades sociais, principalmente no que diz respeito à instrução e renda, fato esse já verificado por vários autores para o Brasil.

Diante do exposto, o presente trabalho pode então concluir que a qualidade da assistência pré-natal oferecida as gestantes ainda não é suficiente para garantir níveis aceitáveis e o controle da sífilis congênita no país, sendo prejudicada a prática das diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil para o alcance do controle da sífilis.

O não tratamento do(s) parceiro(s) da gestante mostrou-se como um forte fator que impede a quebra da cadeia de transmissão da doença e aumenta o risco de infecção congênita, uma vez que não estando tratado irá reinfetar a gestante tratada. E este foi apenas um dos vários fatores apresentados para justificar os elevados índices de sífilis congênita existentes.

No tocante as atribuições dos profissionais responsáveis pela assistência pré-natal na rede do SUS, utilizando-se do contato mais próximo desse com a população, em virtude de suas funções, recai sobre ele a responsabilidade de tantas lacunas encontradas a respeito da assistência pré-natal e seus desfechos desfavoráveis para a saúde pública, porém a de se considerar que nem sempre o sucesso dessa assistência depende unicamente do profissional de saúde, tendo em vista as dificuldades impostas pela estrutura dos serviços de saúde para o adequado desempenho de suas funções e também os empecilhos impostos pela própria população atendida.

Os resultados desse estudo poderão ser aproveitados para o planejamento da assistência, é com base nesse conhecimento que o enfermeiro irá adequar e melhorar o cuidado prestado a essa clientela para diminuir os índices desse agravo no país, preconizando uma abordagem baseada na promoção da saúde com esforços voltados para a captação e a orientação da gestante e do parceiro, cabendo também as ações de prevenção e educação em saúde, além de informar à gestante o direito que elas tem de realizar os testes para detecção da

sífilis, contribuindo de maneira decisiva para a implementação de ações eficazes que tornem a assistência pré-natal defasada de hoje em uma assistência pré-natal efetiva.

Diante dos achados faz-se necessário a implementação de ações para o controle da doença em todos os setores da saúde, não apenas na atenção pré-natal, como formulação de novas políticas públicas e rever as políticas já existentes, investindo em promoção da saúde, intensificação da notificação, qualificação de profissionais de saúde e investindo em melhorias estruturais e técnicas dos serviços de saúde.

A realização de estudos e pesquisas sobre a rede de assistência seria um bom começo para mudar a realidade exposta, afinal é preciso conhecer a responsabilidade de todos os atores envolvidos no controle da sífilis congênita para que a culpa não sobrecaia apenas sobre os profissionais de saúde, pois esses índices são o reflexo tanto da qualidade da assistência prestada como também das condições estruturais e administrativas do sistema de saúde.

Através dos sistemas de informação em saúde SINAN e SINASC é que gestores e profissionais de saúde possuem um meio de coleta, processamento, análise e transmissão de dados necessários para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde, estes foram os principais utilizados pelos autores, para a identificação do indicador de saúde, que apontou as falhas da assistência. Em posse desses dados, sua análise irá gerar subsídios para o planejamento e para as ações em saúde, bem como ações para a melhoria da qualidade dos dados.

As principais limitações do estudo foram a heterogeneidade dos dados analisados, pois a incidência de cada estudo analisado foi quantificada por um valor de referência diferente o que dificulta uma uniformidade dos resultados, além de se tratar de dados secundários sem validação independente, provenientes de vários serviços da saúde e passíveis de viés de informação, e o fato de que a busca de artigos com os descritores utilizados não possibilitou adquirir um estudo de cada estado brasileiro, podendo dessa forma se realizar inferências errôneas sobre os locais de maior incidência.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.34, n.2, 2012, pp. 52-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 mai. 2013.
- ARAUJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online], v.46, n.3, 2012, pp. 479-486. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 09 jun. 2013.
- ARAÚJO, E. C. et al. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria** [online], v.75, n.2, 1999, pp. 119-25, mar-abri. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.** [online], v.81, n.2, 2006, pp. 111-126. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** [online], v.13, n.4, 2009, pp. 809-816. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 11 ago. 2013.
- BONITA; R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2 ed. Santos, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. n. 01, 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2012>>. Acesso em: 25 fev. 2013.
- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas**. série manuais, n.78, 2009.
- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-1>>. Acesso em: 24 fev. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2º ed., 2006c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Caderno de Atenção Básica, n.18, 2006a.
- \_\_\_\_\_.Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em:



<bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\_25\_01\_2011.html>. Acesso em: 18 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. 2006b.

\_\_\_\_\_. Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis – SBDST. Plano Nacional de redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. 2007. Disponível em: <<http://www.dstbrasil.org.br/noticias.asp?>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública** [online], v.26, n.9, 2010, pp. 1747-1755. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v.47, n.1, 2013, pp. 152-159. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

FIGUEIREDO, E. N. et al. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. **An. Acad. Bras. Ciênc.** [online], v.81, n. 3, 2009, pp. 551-558, Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

GALATOIRE, P. S. A.; ROSSO, J. A.; SAKAE, T. M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **ACM arq. catarin. Med.** [online], v.41, n.2, abr.-mar. 2012. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. Atlas, 2010.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], v.20, n.2, 2011, pp. 203-212. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Médica** [online], v.17, n.4, 2007, pp. 205-211. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

LIMA, M. G. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.18, n.2, 2013, pp. 499-506. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública** [online], v.29, n.6, 2013, pp. 1109-1120. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**; v.17, n.4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

MELNYK, B. M. et al. Evidence-based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. **Am. J. Nurs.** [online], v. 109, n. 11, 2009, pp. 49-52. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19858857>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

MESQUITA, K. O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.** [online], v.24, n.1, 2012. Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.34, n.2, 2012, pp. 56-62. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

NORONHA, A. C. C. et al. Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.** [online], v.18, n.3, 2006, pp. 190-193. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 26 mai. 2013.

Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

Organização Mundial de Saúde – OMS. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/bra/es/>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco** [online], v.2, n.2, 2011, pp. 108-111. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7<sup>a</sup> ed. Artmed, 2011.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARAES, M. D. C.; CESAR, C. C. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Rev. Saúde Pública** [online], v.42, n.5, 2008, pp. 851-858. Available from: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], v.16, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública** [online], v.28, n.3, 2012, pp. 490-496. Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

SIGNORINI, D. J. H. P. et al. Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online], v.40, n.3, 2007, pp. 282-285. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2013.

SUCCI, R. C. M. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.16, n.6, 2008, pp. 986-992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

SZWARCWALD, C. L. et al. Resultados do estudo Sentinela-Parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.** 2007; 19(3-4), pp. 128-33. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 24 fev. 2013.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 14, n. 1, 2005, pp. 124-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

VALDERRAMA, J.; ZACARÍAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y congênita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Rev. Panam. Salud Pública** [online], v. 16, n. 3, 2004, pp. 209-210. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v.12, n.2, 2010, pp. 113-119. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/)>. Acesso em: 11 ago. 2013.

VIDAL, S. A. et al. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online], v.45, n.3, 2011, pp. 467-474. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 26 mai. 2013.

XIMENES, I. P. E. et al. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Rev. Rene. Fortaleza** [online], v.9, n.3, 2008, pp. 74-80, jul-set. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

**APÊNDICE**

**APÊNDICE A** – Instrumento de coleta de dados (formulário)

Título do artigo:	
Periódico:	
Nível de evidência:	
Ano de publicação:	Idioma:
Objetivo:	
Amostra:	
Tipo/natureza do estudo: <input type="checkbox"/> Quantitativo <input type="checkbox"/> Qualitativo	
Local da pesquisa (instituição, cidade ou estado):	
Incidência de sífilis congênita: _____	
Método(s)/técnica(s) utilizada(s) pelo autor para obter a taxa de incidência:	
Influência da realização do pré-natal nos índices de incidência de sífilis congênita:	
<input type="checkbox"/> Influência positiva	<input type="checkbox"/> Influência negativa

Adaptado de Ursi, (2005).