

OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA E OS PRINCIPAIS FATORES RELACIONADOS AOS ÍNDICES DE TRANSMISSÃO DA DOENÇA NO BRASIL DA ATUALIDADE - REVISÃO DE LITERATURA-

OCCURRENCE OF CONGENITAL SYPHILIS AND THE FACTORS RELATED TO THE DISEASE TRANSMISSION RATES IN BRASIL NOWADAYS - REVIEW OF LITERATURE -

ANA CÉLIA SCARI PIRES^{1*}, DÉBORA DUCLOU OLIVEIRA¹, GIULLIA MOREIRA NETTO MORAIS ROCHA¹, ADRIANA DOS SANTOS²

1. Acadêmica do curso de graduação em Biomedicina da Universidade FUMEC; 2. Graduada em Ciências Biológicas – Modalidade Médica, Mestre e Doutora em Ciências (Microbiologia), Pós-doutora em Parasitologia Molecular, Especialista em Bioética, Professora adjunta do curso de Biomedicina da Universidade FUMEC – Belo Horizonte/MG.

*Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde da Universidade FUMEC, Rua Cobre, 200. Cruzeiro. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30.310-190. ana_scari@hotmail.com

Recebido em 05/06/2014. Aceito para publicação em 23/06/2014

RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST's) constituem um sério problema de saúde pública, sendo que, dentre elas, a sífilis e a sífilis congênita merecem destaque. A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, porém constitui um desafio até os dias de hoje. Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura abordando a ocorrência de sífilis congênita, bem como, os principais fatores que podem estar relacionados aos índices de transmissão do *Treponema pallidum* no Brasil na atualidade. Foram selecionados artigos como amostra. Dados revelam que cerca de 12 mil recém-nascidos contraem sífilis no Brasil a cada ano, devido ao fato das mães não se submeterem a um pré-natal adequado. Outros fatores que podem levar à ocorrência da doença são: falta de informação, acesso limitado aos cuidados da saúde, baixo nível socioeconômico, não tratamento do parceiro infectado, falta do uso de preservativo, entre outros discutidos no artigo. A partir dos resultados e da discussão, conclui-se que só haverá redução da ocorrência da doença quando medidas efetivas de prevenção e controle forem adotadas, assim como campanhas de conscientização.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis, sífilis congênita, prevalência, incidência e Brasil.

ABSTRACT

Sexually transmitted diseases (STD's) are a serious public health problem, and, among them, syphilis and congenital syphilis are worth highlighting. Congenital syphilis is an easily preventable disease, but it represents a challenge until today. This article aims to perform an integrative review of the literature regarding the occurrence of congenital syphilis as well as the main factors that may be related to the rates of transmission of *Treponema pallidum* in Brazil nowadays. Eight articles were selected as sample. Data shows that about 12.000 newborns contract syphilis in Brazil every year, due to the fact that their mothers do not submit to an adequate pre-natal care. Other factors that may lead to the occurrence of the disease are: lack of information, limited access to health care, low socioeconomic status, no treatment of the infected partner, lack of condom use, among others discussed in the article. Based on the results and discussion, it is concluded that the occurrence of the disease will only be reduced if effective prevention and control measures are adopted, as well as awareness campaigns.

KEYWORDS: Syphilis, congenital syphilis, prevalence, incidence, Brazil.

1. INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST's) representam uma grande preocupação mundial devido ao

aumento do número de pessoas infectadas a cada ano¹. “Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há em média 12 milhões de novos casos por ano, dos quais sífilis apresenta grande representatividade”².

Em 2008, a OMS estimava que 12 milhões de pessoas, entre elas cerca de dois milhões de gestantes, estariam infectadas pelo *Treponema pallidum*. Além disso, era observado um aumento da incidência de sífilis e da sífilis congênita (SC) em todo o mundo³.

É estimado que a prevalência de sífilis em mulheres grávidas no Brasil varie entre 1,4% e 2,8%, com transmissão vertical aproximadamente em 25%. No Distrito Federal, entre 2007 e 2008 foram notificados 186 casos de sífilis em mulheres grávidas. No Ceará no período de 2000 a 2009, foram registrados 2.747 de sífilis congênita^{4,5}.

No Brasil, estima-se que ocorrem mais de 900 mil casos de sífilis por ano. A prevalência da doença em gestantes é de 2,6%. Na Bahia foi registrado no período de 2000 a 2012, 3.227 casos de SC por ano. No mesmo período, 1.851 casos de SC foram registrados no Estado. Apesar de haver várias medidas de prevenção e controle, o número de casos de SC no Brasil continua aumentando⁶.

Existem várias doenças que podem ser transmitidas durante a gravidez, porém a sífilis possui as maiores taxas de infecção, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna⁷.

A sífilis é uma doença que existe a mais de 500 anos e ela se transformou em uma pandemia frequentemente no seu estado secundário, sendo descrita por muitos autores na passagem do século XVI⁶.

O agente etiológico da sífilis foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905. O primeiro teste sorológico foi disponibilizado em 1906, utilizando a técnica de fixação do complemento, sendo que o antígeno para a reação foi preparado através de um extrato hepático de um natimorto de mãe com sífilis⁸.

Trata-se de uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, em forma de espiral (10 a 20 voltas). Tem cerca de 5-20 micrômetros de comprimento, com apenas 0,1 a 0,2 micrômetros de largura. Move-se ao longo do seu eixo longitudinal, tipo "saca-rolhas". Tem como habitat a mucosa urogenital. É anaeróbia facultativa e catalase negativa¹¹.

O principal meio de transmissão da sífilis é pela via sexual (sífilis adquirida), podendo ser transmitida também verticalmente através da placenta da mãe para o (sífilis congênita), por via indireta (objetos tatuagem) ou por transfusão sanguínea^{4,9}.

A sífilis possui fases distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência. Divide-se também em sífilis recente (diagnóstico realizado em até

um ano após a infecção) e sífilis tardia (diagnóstico após um ano)^{9,10}.

A sífilis primária possui como lesão específica, o cancro duro, que surge no local da inoculação por volta três semanas após a infecção. O cancro é inicialmente uma pápula rósea, que evolui para um vermelho mais intenso e ulceração. É, em geral, uma lesão única, e de bordas endurecidas. Essas lesões possuem maior quantidade da bactéria, sendo esta fase a mais infectante^{10,11}.

Após um período de latência, que varia de seis a oito semanas, a doença entra novamente em atividade e a bactéria se dissemina pelo corpo. O que caracteriza a secundária desta doença é o aparecimento de lesões papulosas eritemo-acobreadas acometimento das regiões palmares e plantares e poliadenomegalia generalizada, sendo a sua sintomatologia em geral discreta e não característica. Esta fase evolui nos primeiros dois anos da doença, com surtos que podem regredir. Por fim, os surtos desaparecem e se estabelece um longo período de latência¹⁰.

Na fase terciária ocorre o desenvolvimento de lesões localizadas na pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. A característica desta fase é a formação de granulomas destrutivos, e ausência quase total da bactéria¹⁰.

A sífilis congênita acontece quando a mãe infectada transmite a doença para o bebê através da placenta, podendo esta infecção ser transmitida para o feto em qualquer estágio da doença materna. As consequências da doença no bebê podem variar de acordo com a gravidade da doença da mãe. Existe risco de abortamento espontâneo, parto prematuro e ao nascer o bebê pode apresentar os sintomas da doença^{5,11}.

As manifestações da SC podem variar de sífilis congênita precoce (ocorre nos primeiros anos de vida) e sífilis congênita tardia (após um ano de idade). Na SC precoce o recém-nascido pode apresentar: hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondite, anemia e lesões cutaneomucosas. As lesões da sífilis tardia são irreversíveis, as mais comuns são: ceratite, surdez e retardo mental¹⁰.

O diagnóstico da sífilis deverá ser realizado de acordo com o estágio da doença. Na sífilis primária e em algumas lesões da secundária, o diagnóstico pode ser direto, ou seja, pela identificação do treponema. O diagnóstico direto é constituído pelo exame de campo escuro, pela pesquisa direta com material corado e pela imunofluorescência direta. As provas ou testes diretos são indicados para a fase inicial da doença, quando os microrganismos se encontram em grande quantidade. Já na fase terciária o diagnóstico é realizado através das lesões características (lesões cutâneo-mucosas, neurológicas, cardiovasculares e articulares) e através de exames sorológicos VDRL e FTA-ABS^{2,10,13}.

A partir da segunda a terceira semana após o aparecimento do cancro é feita a sorologia, pois os anticorpos já começam a ser identificados. As provas sorológicas detectam a presença de anticorpos que indicam se houve contato do organismo com o *T. pallidum*, sendo que este promove o desenvolvimento de dois anticorpos, as reaginas, dando origem ao teste não treponêmico, e anticorpos específicos contra o *T. pallidum*, originando os testes treponêmicos. Os testes treponêmicos são utilizados para a confirmação do diagnóstico e os testes não treponêmicos são utilizados para a triagem e monitorização do tratamento².

O VDRL, teste não treponêmico, utiliza um antígeno constituído da lecitina, colesterol e cardiolipina purificada, que é um componente da membrana plasmática das células de mamíferos liberados após dano celular e encontra-se presente também na parede do *T. pallidum*. A prova do VDRL se torna positiva entre cinco a seis semanas após a infecção e entre duas a três semanas após o aparecimento do cancro, sendo então, mais indicado para a sífilis secundária, quando possui alta sensibilidade. Este teste é um critério obrigatório para gestantes que estão iniciando seu pré-natal, de acordo com o Ministério da Saúde^{2,10,13}.

Os testes treponêmicos confirmam a reatividade dos testes não treponêmicos e utilizam o *T. pallidum* como antígeno. Os testes treponêmicos são constituídos pelo FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption), TPHA (hemaglutinação para o *Treponema pallidum*), MHA-TP (micro hemaglutinação para o *Treponema pallidum*) e o Elisa (ensaio imunoenzimático). O FTA-ABS é um teste com anticorpos treponêmicos fluorescentes de rápida execução e baixo custo, o TPHA e o MHA-TP são testes de hemaglutinação e o Elisa é um teste alternativo que combina o VDRL e o TPHA. Testes rápidos treponêmicos também são utilizados, sendo que o ensaio imunocromatográfico é o mais eficaz².

No caso de óbito fetal o diagnóstico deve ser realizado considerando a história clínica e epidemiológica da mãe e o diagnóstico clínico suposto quando a criança apresentar sinais¹⁰.

A partir de 1993, o Ministério da Saúde propôs que a sífilis congênita fosse eliminada até o ano 2000. Para isso, passou a indicar o rastreamento da doença na gravidez através do diagnóstico sorológico não treponêmico (VDRL), como estratégia a ser privilegiada. Os resultados esperados não foram atingidos. Estima-se que a prevalência média da infecção atualmente em gestantes no país esteja próxima dos 3 a 4%, variando segundo regiões¹.

O tratamento da sífilis vai depender do estágio em que a doença se encontra, porém o antibioticoterapia mais indicada é com penicilina. Após o início do tratamento pode ser identificada uma reação denominada reação de Jarisch-Herxheimer, no qual, incluem vários

sintomas, como: calafrios, febre, dores articulares, musculares e cefaléia. Esses sintomas desaparecem após 24 horas. É necessária a realização de exames de acompanhamento após 3, 6, 12 e 24 meses para garantir que não há mais infecção¹⁴.

Dessa forma, a sífilis é uma doença de fácil prevenção, cujo diagnóstico e modo de transmissão são conhecidos, além da possibilidade de tratamento das gestantes infectadas antes e após a gestação. Apesar disso, o controle da infecção permanece como um grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica. Muitas mulheres ainda são infectadas pela bactéria devido à falta de informação, acesso limitado aos cuidados de saúde (não realização do pré-natal), baixo nível socioeconômico, coinfeção por HIV, gravidez na adolescência, história de natimortalidade, o não tratamento do parceiro infectado, existência de pessoas infectadas pela bactéria, porém assintomáticas, falta do uso de preservativo, uso de drogas, liberdade sexual, entre outras^{2,12,15}.

Diante da importância da sífilis, evidenciada pelo aumento de números de casos diagnosticados, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura abordando a ocorrência da sífilis congênita, bem como, os principais fatores que podem estar relacionados aos índices de transmissão do *Treponema pallidum* no Brasil na atualidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados SciELO, LILACS, PUBMED e MEDLINE, com as seguintes palavras-chave: sífilis, sífilis congênita, prevalência, incidência e Brasil. A partir desta metodologia, foi possível analisar uma população de 25 artigos sendo que 8 foram selecionados para o estudo e constituíram a amostra utilizada nesta revisão. Os critérios de inclusão deste estudo foram publicações do tipo artigos científicos disponíveis na íntegra e com acesso eletrônico livre, com a abordagem da sífilis e dando ênfase a sífilis congênita, no qual foi delimitado um recorte no tempo de 2000 a 2014 e somente estudos em português.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na amostra selecionada, a sífilis e a SC ainda são alvos de muitos estudos devido ao aumento da ocorrência dos casos. Nas oito publicações selecionadas foram estudadas as causas que proporcionam o aumento da sífilis, as principais políticas de saúde para a prevenção e tratamento das gestantes com sífilis e a avaliação do pré-natal na redução dos casos da doença.

Quanto ao tipo de delineamento, três dentre os artigos da amostra são de revisão de literatura, um artigo é estudo transversal, três artigos são estudos descritivos,

sendo que um deles é estudo descritivo epidemiológico de coorte transversal e um artigo é estudo documental.

Quadro 1. Resultados encontrados nas publicações selecionadas.

AUTORES	TÍTULO	RESULTADOS
LORENZI; FIAMINGHI, 2009 ¹⁶	Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento	O artigo leva a questionar a qualidade da assistência pré-natal no Brasil e mostra que os médicos obstetras da rede privada, desconhecem as normatizações e protocolos técnicos do Ministério da Saúde. Mesmo sabendo da gravidade da doença, apenas 30% dos casos de sífilis congênita são notificados no Brasil.
BARROSO <i>et al.</i> , 2011 ¹⁷	Assistência pré-natal em sete municípios prioritários para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis no Ceará	Foram estudados grupos de gestantes que realizaram seis consultas ao pré-natal e comparado com as gestantes que realizaram menos consultas, em municípios do Ceará. O estudo demonstrou que ainda é necessária medidas de ações e planejamento nos municípios estudados.
SILVA, 2010 ¹⁸	Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, 2007/ 2008	As gestantes não estão realizando os devidos exames na consulta pré-natal, a solicitação de anti-HIV é muito maior do que a solicitação do VDRL para identificação da sífilis. Mulheres com maior nível de escolaridade, idade maior ou igual a 20 anos e maior renda per capita tiveram mais pedidos de sorologia VDRL.
MADEIRA <i>et al.</i> , 2010 ¹⁹	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	A trajetória assistencial das gestantes mostrou falhas na assistência, precisa-se de estratégias inovadoras, que incorporem melhorias na rede de apoio diagnóstico, são necessárias para enfrentamento da sífilis na gestação, no manejo clínico da doença na gestante e seus parceiros e na investigação dos casos como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.
XIMENES <i>et al.</i> , 2008 ²⁰	Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará.	Os parceiros não estão sendo tratados, conclui-se que a incidência da SC é um impacto da qualidade da assistência pré-natal e seu aumento nos últimos seis anos no Ceará chama atenção para a necessidade de ações voltadas para o seu controle, particularmente no pré-natal.
SUCCI <i>et al.</i> , 2008 ²¹	Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo.	Houve um aumento do número de consultas pré-natal, procura de atendimento médico no primeiro trimestre da gestação, também foram realizados mais testes para identificar gestantes positivas para sífilis e HIV. Entretanto, a manutenção do acompanhamento até o final da gestação diminuiu em 2004 comparado ao ano 2005.
MASCOLO, 2008 ²²	Perspectiva de prevenção e educação para	Observou-se a necessidade de realização de um pré-natal de melhor qualidade, o qual não tem

saúde no cuidado do lactente com sífilis congênita recente

sido realizado adequadamente, o diagnóstico tardio da sífilis é observado no estudo, evidenciou que a equipe de saúde deveria estar mais ativa e consciente na vigilância epidemiológica.

MATTHES <i>et al.</i> , 2010 ²³	Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência	Os países que tiveram sucesso no controle foram aqueles que, além de eficientes medidas de saúde pública, tiveram melhora das condições gerais de vida da população e no exercício da cidadania. Enquanto estas mudanças não ocorrem, é importante que os profissionais de saúde se esforcem para que os serviços de saúde se tornem mais eficientes e organizados.
--	--	---

Aproximadamente meio milhão de crianças nascem a cada ano com sífilis congênita no mundo, segundo a OMS. Esta doença na gestante causa em torno de meio milhão de natimortos e abortos anualmente, o que a torna um dos principais problemas de saúde pública, com compromisso internacional de eliminação²⁰.

Cerca de 12 mil recém-nascidos contraem sífilis no Brasil a cada ano, devido ao fato das mães não se submeterem a um pré-natal adequado. Por volta de 25% das gestantes infectadas transmitem a doença aos filhos. Com o tratamento necessário, a taxa pode cair para um caso por cada 1.000 nascidos vivos. Foi estimado que a cada ano possam acontecer 957 mil novos casos da doença no país, atingindo 48 mil grávidas. Na tentativa de reverter essa realidade e diminuir a transmissão vertical da SC, o Ministério da Saúde anunciou metas para garantir que 90% das gestantes façam exames da sífilis antes do parto²⁰.

Ainda de acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2006, 25% das gestantes não checaram durante o acompanhamento do pré-natal a possibilidade de terem contraído sífilis. A mesma estatística mostra que 16% das mulheres não realizaram o VDRL antes ou depois da gravidez. Essa realidade nacional, que reúne a realidade das diferentes regiões do país, confirma a relação entre os casos de sífilis congênita e falhas na assistência pré-natal²⁰.

Com relação a taxa de incidência no Brasil, foi observado em 2011 uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos. No mesmo ano, também foram verificados 112 óbitos por SC, o que corresponde a 3,9 por 100.000 nascidos vivos²⁴.

No ano de 2006 ocorreu uma variação significativa entre regiões e os índices da SC. Cerca de 93 óbitos ocorreram, sendo 6 na região Norte, 31 na Nordeste, 48 na Sudeste, 4 na Sul e 4 na Centro-Oeste^{17,23}.

Dados do Ministério da Saúde informam que entre 2005 e junho de 2012 foram notificados 57.700 casos de sífilis em gestantes, sendo a maior ocorrência registrada

nas regiões Sudeste e Nordeste²⁴.

O achado discrepante dos índices da doença no país, demonstra as diferenças que existem de uma região para a outra no sistema de saúde. A estruturação de uma rede eficaz de serviços públicos de saúde voltada para o rastreamento, prevenção e tratamento de várias doenças levaria a uma redução na morbimortalidade por tais agravos em todo país, sobretudo nos estados mais pobres^{17,23}.

No Brasil, o comportamento da sífilis com relação à idade também é disperso, atingindo as diferentes faixas etárias reprodutivas, o que demonstra a prática do sexo desprotegido independente da faixa etária. Em um estudo sobre mortalidade perinatal por sífilis congênita foi mostrado que em 65,1% dos casos, a idade materna variou entre 20 anos ou mais e 44,9% das gestantes tinham idade igual ou inferior a 20 anos²⁰.

Óbitos por sífilis congênita em crianças menores de cinco anos é considerada uma questão que pode ser evitada, contando com a assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). A maior falha neste sistema é a falta de assistência ao pré-natal, como exemplo, problemas na realização do exame de triagem (VDRL), tratamento adequado da gestante e principalmente no tratamento do parceiro¹⁹.

Casos de SC vêm ocorrendo cada vez mais em mulheres de cor negra, de menor classe econômica e escolaridade, que apresentam antecedentes obstétricos de risco, com assistência pré-natal realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com início do pré-natal mais tardio, números insuficientes de consultas e ausência de tratamento dos parceiros¹⁹.

O pré-natal tem como principal objetivo cuidar e preservar a saúde da gestante e do feto, assegurando a detecção precoce de determinadas doenças e o tratamento adequado^{16,22}.

Durante o acompanhamento das gestantes o Ministério da Saúde propõe assistência suplementar a homens e mulheres, para receberem orientações sobre as DST's como forma de prevenção da transmissão vertical, tendo como principal forma de prevenção a identificação e tratamento das gestantes portadoras de sífilis. Deverão ser realizadas sorologias para o pré-natal aproximadamente antes da 14^o semana de gestação e entre a 28^o e 32^o semana, devendo a última sorologia ser realizada mesmo se for negativa, para minimizar riscos de reinfecção. Com isso, os profissionais da área da saúde têm um papel importante de levar informações às gestantes sobre a prevenção de DST's, promovendo assim, ações em UBS que conscientizem principalmente a população com baixa renda^{16,22}.

O Ministério da Saúde, como medida para reduzir as altas taxas de mortalidade materna, estabeleceu reco-

mendações como: realizar até o quarto mês de gestação a primeira consulta ao pré-natal, ter no mínimo seis consultas até o fim do pré-natal, implementar sistemas de esclarecimentos de dúvidas e informações, atividades educativas e estimular a realização de parto normal. Portanto, garantir com que a gestante tenha um pré-natal adequado permite prevenir, diagnosticar e tratar acontecimentos indesejáveis na gestação²².

É importante enfatizar que os gastos com prevenção e campanhas possuem custos e benefícios mais favoráveis do que com o tratamento, pois é uma oportunidade que os cofres públicos têm até mesmo de remanejar as verbas e investir em outros setores da saúde^{16,22}.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas ao pré-natal em mulheres que realizam partos pelo SUS. Entretanto, 98% dos óbitos maternos poderiam ser evitados se houvesse maior assistência ao pré-natal²².

A ausência de homens nas UBS demonstra o quanto a sociedade ainda é cada vez mais machista e preconceituosa, tendo ainda a concepção de que a gravidez e a criação dos filhos são de inteira responsabilidade da mulher. O atendimento tendo como foco somente a saúde da mulher também proporciona riscos de reinfecção pelos parceiros não tratados. O número de casos de parceiros não tratados é superior ao número de parceiros tratados, o que mostra a dificuldade na quebra da cadeia de transmissão e indica o acompanhamento inadequado da gestante^{16,20,22}.

Dados coletados em estudos demonstram que as mulheres apoiadas por seus parceiros apresentam cinco vezes maior chance de realizarem o seu tratamento; embora seja imprescindível a realização de um número mínimo de consultas, é importante avaliar a qualidade de seu conteúdo, bem como as ações realizadas pelas gestantes entre as consultas. Com isso, tornam-se necessárias atitudes dos profissionais da área da saúde para medidas de campanhas para os parceiros, bem como a extensão do pré-natal para estes, como estratégia no combate da transmissão vertical^{16,21,22}.

Há uma associação direta entre o desconhecimento da sífilis e seu manejo no pré-natal com baixo nível de escolaridade da gestante infectada e uma renda per capita inferior a meio salário-mínimo, podendo estes fatores serem marcadores de pouco acesso aos serviços de saúde, não utilização ou uso irregular de preservativo. A maioria das mulheres possuem o primeiro grau incompleto e faixa etária de 20 anos. A falta de informação da gestante sobre o atendimento evidencia as falhas na realização de rotinas simples do atendimento pré-natal. As consultas não devem ser somente compostas por anamnese e solicitação de exames, mas uma oportunidade para a gestante retirar dúvidas e do profissional responsável transmitir informações relevantes à saúde da mulher e do seu

bebê^{18,21,22}.

Além da não realização do pré-natal, muitas mulheres acreditam que apenas uma relação desprotegida não é suficiente para adquirir alguma DST. Acredita-se também que a promiscuidade seja a provável contaminação da mulher pelo seu parceiro. Vários fatores também influenciam para o aumento do número de casos, dentre eles: negligência das mães, ausência de profissionais em UBS, omissão da UBS, erro de diagnóstico médico, demora em resultados de VDRL, moradias afastadas que resultam em dificuldades no acesso aos postos de saúde e falta de medicamentos para o tratamento da doença^{22,24}.

4. CONCLUSÃO

Tendo em vista que as doenças nutricionais que atingem a infância, como a obesidade e a magreza, são problemas de saúde pública de alta abrangência e complexidade, é de grande importância que os profissionais da saúde juntamente com a população desenvolvam estratégias de intervenção, com intuito de controlar o hábito alimentar e a prática de exercícios físicos das crianças. A adoção dessas medidas pode ser feita em parceria com as escolas, uma vez que as mesmas podem ser fundamentais para o controle dos distúrbios nutricionais e para uma futura vida adulta saudável e com menos riscos.

Devido a esta realidade, é essencial que a equipe de saúde juntamente com os familiares e a escola, estimulem a adoção de um estilo de vida saudável, e auxiliem na capacitação de cada envolvido para que desenvolvam o autocuidado e assim tenham uma vida com o desenvolvimento nutricional satisfatório, proporcionando melhor qualidade de vida e maior expectativa.

REFERÊNCIAS

- [1]. Donalísio RM, Freire BJ, Mendes TE. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília. 2007; 16(3). Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 mar. 2014.
- [2]. Ribeiro AS, de Souza BF, Pinto SS. Triagem para Sífilis: Incidência de Resultados Positivos nas Amostras Analisadas no Hospital Municipal Duque de Caxias, Oriundas do Centro de Testagem e Aconselhamento para DST e AIDS. *Revista NewsLab*, Rio de Janeiro. 2007; 82 Disponível em: <http://www.newslab.com.br/ed_antiores/82/art07/art07.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.
- [3]. Araújo CL, Shimizu HE, Souza AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 2012; 46(3) Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [4]. Magalhães SMD, Kawaguichi LAN, Dias A, Calderon PMI. Sífilis materna e congênita ainda um desafio. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 mar. 2014.
- [5]. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SPM, Andrade RfV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro. 2012; 34(9). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032012000900002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [6]. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Dia Mundial de Combate a Sífilis. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4971:dia-mundial-de-combate-a-sifilis-oms-estima-900-mil-casosano-da-doenca-&catid=1:noticiascidadadaousuario&Itemid=14>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [7]. Costa CC, Freitas VL, Sousa Nascimento MD, Oliveira LL, Chagas AMCA, Lopes Oliveira VM, Damasceno Castro KA. Sífilis Congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo. 2013; 47(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [8]. Saraceni V, Leal Carmo M, Hartz Araujo MZ. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife. 2005; 5 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300002&lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2014.
- [9]. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013; 18(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [10]. Avelaira RCJ, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro. 2006; 81(2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [11]. Costa CM, Demarch BE, Azulay RD, Périssé SRA, Dias GRFM, Nery Costa AJ. Doenças Sexualmente Transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro. 2010; 85(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962010000600002>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [12]. Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita, Brasília. Disponível em:

- <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_congenita_preliminar.pdf>. Acesso em 16 abr. 2014.
- [13]. Rutka C. Sífilis. Minha Vida. Disponível em: <<http://www.minhavida.com.br/saude/temas/sifilis>>. Acesso em: 01 abr. 2014.
- [14]. Naud P. DST E AIDS: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Porto Alegre: Artes Medicas. 1993.
- [15]. Sedicias S. Sífilis Congênita. Tua Saúde, Pernambuco. Disponível em: <<http://www.tuasauade.com/sifilis-congenita/>>. Acesso em: 12 mar. 2014.
- [16]. Lorenzi SRD, Fiaminghi CL, Artico RG. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina*, Caxias do Sul. 2009; 37(2). Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=link&exprSearch=523837&indexSearch=ID>>. Acesso em 28 mai. 2014.
- [17]. Barroso MML, Brito PE, Freitas GJ, Paiva SS. Assistência pré-natal em sete municípios prioritários para a prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis no Ceará. *Senpe*, Campo Grande. 2011. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0655.pdf>>. Acesso em 05 mai. 2014.
- [18]. Silva AFF. Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, 2007/2008. *Fundação Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=202560>. Acesso em 28 mai. 2014.
- [19]. Domingues MSMR, Saraceni V, Hartz AMZ, Leal CM. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 47(1). Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n1/19.pdf>>. Acesso em mai. 2014.
- [20]. Ximenes EPI, Moura FRE, Freitas LG, Oliveira CN. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*, Nordeste. 2008; 9(3). Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/601>>. Acesso em 21 mai. 2014.
- [21]. Succi MCR, *et al.* Avaliação da Assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Revista Latino-am enfermagem*, São Paulo. 2008; 16(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_08.pdf>. Acesso em 29 mai. 2014.
- [22]. Mascolo PN. Perspectiva de prevenção e educação para saúde no cuidado do lactente com sífilis congênita recente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008. <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72678/000670479.pdf?sequence=1>>. Acesso em 27 mai. 2014.
- [23]. Matthes S, Carmo A, Bel DD, Mendonça VC, Costa AC, Lino SPA. Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. *Revista Moreira Jr, Barão de Mauá*. 2010. <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4977&fase=imprime>. Acesso em 05 mai. 2014.
- [24]. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2012>>. Acesso em 02 jun. 2014.