

# Vigilância da sífilis na gravidez

## Surveillance of Syphilis in Pregnancy

**Valéria Saraceni**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ

**Rosa Maria Soares Madeira Domingues**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ

**Vitória Vellozo**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ

**Lílian de Mello Lauria**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ

**Marcos Augusto Bastos Dias**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ

**Kátia Maria Netto Ratto**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ

**Betina Durovni**

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ

### Resumo

A sífilis congênita persiste como grave problema de Saúde Pública. Este artigo tem por objetivo apresentar os dados da vigilância da sífilis na gravidez, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2004. Realizou-se um estudo descritivo, com análise dos dados dos relatórios trimestrais enviados pelas unidades municipais de saúde, mediado pelo programa Epi Info 6.04 d [Centers for Disease Control and Prevention, dos Estados Unidos da América (CDC/EUA)]. Seus resultados foram: cobertura de testagem das gestantes superior a 70%; idade gestacional média de 19 semanas, no momento da testagem; baixa proporção de gestantes e parceiros tratados durante a gestação; e redução da incidência de sífilis na gravidez e de sífilis congênita. Ainda se mantiveram, entretanto, taxas elevadas para esses agravos. Esses resultados demonstram a importância da vigilância da sífilis na gravidez para a eliminação da sífilis congênita. Somente a qualificação das ações realizadas durante a assistência pré-natal permitirá a redução da transmissão vertical dessa doença.

**Palavras-chave:** vigilância epidemiológica; sífilis congênita; gravidez; assistência pré-natal.

### Summary

*Congenital syphilis (CS) is still ongoing as a huge public health matter. This paper describes the surveillance of syphilis in pregnancy by the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro, from 1999 to 2004. The analysis was done based upon the quarterly reports sent by the municipal health units, using Epi Info 6.04 d [Centers for Disease Control and Prevention, of The United States of America (CDC/USA)]. Their results were: more than 70% of pregnant women were subjected to VDRL testing; mean gestational age at testing of 19 weeks; low proportion of partners treated during pregnancy; and reduction on both syphilis in pregnancy and incidence of congenital syphilis, although high level rates of these diseases still persist. The results also point out the relevance of surveillance strategy for syphilis in pregnancy, regarding the goal of congenital syphilis elimination. Only a better antenatal care, achieved by means of training health care providers, will allow the reduction of vertical transmission of syphilis.*

**Key Words:** epidemiological surveillance; congenital syphilis; pregnancy; antenatal care.

**Endereço para correspondência:**

Rua Cupertino Durão, 219 B, 404, Leblon, Rio de Janeiro-RJ. CEP: 22441-030  
E-mail: valsaraceni@gmail.com

## Introdução

A vigilância epidemiológica permite o controle de vários agravos à saúde nos diversos níveis de competência do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>1</sup> Trata-se, também, de ferramenta útil para o planejamento das ações programáticas de prevenção e assistência. No caso da sífilis congênita (SC), a vigilância epidemiológica tem-se dado, historicamente, por meio da notificação compulsória.

A intenção de se alcançar a eliminação dessa doença deve se apoiar, ademais, na realização do acompanhamento pré-natal. Para a intenção da eliminação da SC do cenário da Saúde Pública, o gesto é a atenção pré-natal. Para aproximar a intenção do gesto, a ampliação do acesso e a qualificação da assistência pré-natal são as respostas. No Brasil, mais de 70% das mães de bebês notificados como casos de SC freqüentaram o pré-natal; por diferentes motivos, entretanto, foram perdidas as oportunidades do diagnóstico e tratamento adequado dessas mulheres enquanto gestantes.<sup>2</sup>

*Apenas o tratamento materno – durante a gestação – pode impedir os desfechos letais da sífilis na gravidez, embora não seja efetivo para todos os casos.*

Após avaliações realizadas sobre a ocorrência da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro,<sup>3</sup> tornou-se claro que, se a triagem universal para a sífilis fosse feita durante a gravidez, a melhor opção seria adotar o referencial da vigilância epidemiológica, contribuindo para a eliminação do agravo, qual seja, a vigilância da sífilis na gravidez.<sup>4</sup>

A tríade vigilância-assistência-prevenção, base da maioria dos programas de Saúde Pública, concorre para reforçar a tese de que a vigilância da sífilis na gravidez é uma das possibilidades de solução desse problema. As intervenções – triagem laboratorial e tratamento – permitem a prevenção do caso de SC e encontram-se entronizadas na assistência pré-natal. Por acreditar nessa premissa, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) realiza a vigilância da sífilis na gravidez desde 1999, em suas unidades próprias, que compõem cerca de 50% do

atendimento pré-natal do SUS no Município. A partir do ano de 2003, a SMS/RJ também passou a exercer a vigilância nominal não compulsória das gestantes com sífilis, solicitando a notificação dos casos com resultados positivos do teste de triagem não treponêmico para sífilis [Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)], aumentando, dessa forma, a visibilidade do problema.

Infelizmente, a simples contagem dos casos de SC ocorridos quando são acessadas as notificações enviadas à SMS/RJ, como na vigilância tradicional, impede-nos de agir em tempo de prevenir o agravo. Quando as gestações já terminaram, muitas delas resultando em abortos, partos de natimortos ou óbitos neonatais,<sup>5</sup> a única intervenção possível, nesse momento, é o tratamento da puérpera e do recém-nato infectados, para evitar complicações posteriores. A transmissão vertical da sífilis dá-se na fase intra-uterina e apenas o tratamento materno – durante a gestação – pode impedir os desfechos letais, embora não seja efetivo para todos os casos.<sup>6-8</sup>

A sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS Nº 33, assinada em 14 de julho de 2005.<sup>9</sup>

Este artigo descreve os achados da vigilância da sífilis na gestação no Município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2004, avaliando a importância de sua aplicabilidade, mesmo antes da introdução da notificação compulsória no País.

## Metodologia

As informações utilizadas foram retiradas de uma planilha-padrão denominada “Relatório de Investigação dos Casos de Sífilis Congênita”, implantada nas unidades municipais de saúde do Município do Rio de Janeiro em julho de 1999, logo após a realização da primeira campanha municipal para a eliminação da doença.<sup>10</sup> O esforço para realizar essa campanha propiciou uma oportunidade favorável à aceitação de um novo instrumento gerencial pelas unidades de saúde. O total de unidades onde a planilha foi colocada como parte da rotina assistencial somava 103 unidades básicas com assistência pré-natal e oito maternidades, representando cerca de 50% da cobertura pré-natal da cidade à época.

Nesse instrumento de coleta, são consolidados os somatórios das ocorrências relacionadas à sífilis e à

sífilis congênita, por unidade de saúde. As planilhas são enviadas, trimestralmente, à Coordenação de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. No ano de 2003, adicionou-se uma planilha para notificação nominal, impressa no verso da já existente, com vistas à vigilância individual de cada uma das gestantes com sífilis atendidas na rede de saúde própria do Município.

As variáveis que constam da planilha quantitativa, em relação ao pré-natal, são: número de gestantes em primeira consulta de pré-natal; número de gestantes com VDRL registrado; número de gestantes com VDRL positivo; número de gestantes positivas tratadas; número de parceiros registrados; número de parceiros com resultado de VDRL positivo; e número de parceiros tratados. Em relação ao momento da internação na maternidade, encontramos as seguintes variáveis: número de parturientes ou mulheres em processo de abortamento, internadas; número de mulheres nessas condições com VDRL registrado; número de mulheres nessas condições com VDRL positivo; número de casos de SC investigados; número de nascidos vivos; número de casos de SC confirmados; e número de parceiros tratados.

Para este estudo descritivo da vigilância epidemiológica da sífilis na gestação, os dados foram trabalhados pelo aplicativo Epi Info 6.04 d [Centers for Disease Control and Prevention, dos Estados Unidos da América (CDC/EUA)].<sup>11</sup>

Os dados obtidos foram digitados em planilha Excel, na SMS/RJ, e analisados no âmbito da

Coordenação. Periodicamente, são divulgados dados referentes à prevalência de sífilis na gestação e no parto, em boletins epidemiológicos elaborados pelo Programa Nacional de DST e Aids e publicados pelo Ministério da Saúde.

### Considerações éticas

Por se tratar de atividade programática da unidade de vigilância epidemiológica, onde os autores se encontram lotados, não se procedeu a submissão do estudo a um comitê de ética em pesquisa. Todos os cuidados para a proteção do sigilo sobre os seres humanos envolvidos na pesquisa, entretanto, foram tomados e seus dados analisados em conjunto; nenhum dos resultados encontrados foi expresso de maneira individual ou nominal.

### Resultados

Os resultados refletem a vigilância quantitativa dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita, realizada entre 1999 e 2004, acrescida da vigilância nominal das grávidas portadoras de sífilis entre 2003 e 2004. Os dados de 1999 referem-se ao segundo semestre, pois a vigilância da sífilis na gestação foi introduzida no mês de julho daquele ano.

A Tabela 1 traz as informações sobre gestantes em primeira consulta de pré-natal e mulheres internadas nas maternidades, assim como a proporção de unidades de saúde e maternidades que repassaram essas informações. É possível observar que, ao longo do tem-

**Tabela 1 - Total de gestantes em primeira consulta de pré-natal, proporção de unidades de saúde informantes, total de mulheres internadas nas maternidades e proporção de maternidades informantes no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2004**

Ano	Pré-natal		Parto	
	Gestantes com 1ª consulta	Unidades informantes (%)	Mulheres internadas	Maternidades informantes (%)
1999 <sup>a</sup>	20.969	86,0	14.817	87,5
2000	54.417	88,5	33.582	100,0
2001	46.849	84,5	45.079	97,3
2002	47.202	78,5	43.175	100,0
2003	53.437	80,4	38.673	84,4
2004	42.021	76,0	39.663	80,4

a) Dados referentes ao segundo semestre, exclusivamente.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde.

po, ocorreu uma redução do percentual de unidades informantes da ocorrência dos casos de sífilis.

A Tabela 2 mostra a cobertura da realização do teste de VDRL para o diagnóstico da sífilis na gestação, nas unidades municipais que realizam pré-natal. A cobertura de testagem foi calculada como o número de exames de VDRL registrados sobre o número de gestantes em primeira consulta de pré-natal, com a permanência desse indicador entre 70 e 80%, ao longo do período estudado. A proporção de gestantes com sorologia positiva pelo VDRL, nos serviços de pré-natal, caiu de 4,7%, em 1999, para 2,8% em 2004. A proporção de mulheres grávidas soropositivas para sífilis e tratadas foi de 91,4% em 2000 e de 84,2% em 2003. A proporção de parceiros tratados junto com suas mulheres durante o acompanhamento pré-natal atingiu seu ponto mais alto em 2002, com 25,1%.

Na Tabela 3, encontram-se a proporção de mulheres cujo VDRL foi informado como realizado no primeiro trimestre da gravidez e a idade gestacional média no primeiro VDRL informado. Essas informações tornaram-se disponíveis após a introdução da planilha nominal em 2003, quando a informação da idade gestacional no momento de realização do VDRL passou a ser registrada. A proporção de mulheres que realizaram o primeiro VDRL no primeiro trimestre da gravidez foi menor do que 20%, nos dois anos pesquisados. A idade gestacional média no primeiro VDRL informado foi de 18,6 semanas em 2003 e de 19,4 semanas em 2004.

A Tabela 4 apresenta a proporção de mulheres em trabalho de parto ou abortamento com resultado positivo do teste de triagem para sífilis, o número de nascidos vivos, a proporção de transmissão vertical e a incidência de SC, nas maternidades municipais. A proporção de parturientes positivas declinou ao longo do período, com a conseqüente queda da transmissão vertical e da incidência de SC. A proporção de transmissão vertical foi calculada a partir do número de casos de sífilis congênita confirmados nas maternidades, como numerador, sobre o número de parturientes positivas, como denominador. Esse cálculo de proporção pode minimizar o problema ao incluir as mulheres admitidas por abortamento, cujos produtos da gestação podem não ter sido computados no numerador.

A Tabela 5 informa os totais de notificações nominais e de desfechos conhecidos (parto ou aborto), bem como as proporções de abortos e de óbitos fetais informados. Cerca de 50 a 60% das mulheres com sífilis notificadas durante o pré-natal foram, novamente, notificadas no desfecho da gravidez. Mais de 10% das gestações de mulheres com sífilis de desfecho conhecido terminaram em abortamento. Em relação ao óbito fetal, 6,9 e 6,7% foram as proporções para os anos de 2003 e 2004, respectivamente.

## Discussão

A vigilância de agravos de transmissão vertical deve se realizar no período onde a intervenção ainda é possível. Essa constatação ficou evidente para a questão

**Tabela 2 - Cobertura de testagem VDRL<sup>a</sup> para sífilis na gestação, proporção de gestantes positivas, proporção de gestantes positivas tratadas e proporção de parceiros tratados no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro. Brasil, 1999-2004**

Ano	Cobertura de testagem (%)	Gestantes positivas (%)	Gestantes positivas tratadas (%)	Parceiros tratados (%)
1999 <sup>b</sup>	74,8	4,7	88,4	16,1
2000	77,9	4,2	91,4	18,5
2001	73,3	3,5	87,1	19,9
2002	74,3	2,7	88,0	25,1
2003	73,1	2,4	84,2	19,1
2004	72,7	2,8	85,4	17,7

a) Teste VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

b) Dados referentes ao segundo semestre, exclusivamente.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde.

**Tabela 3 - Proporção de realização de testagem VDRL<sup>a</sup> para sífilis no primeiro trimestre da gravidez e idade gestacional média no primeiro teste, no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003-2004**

Ano	VDRL <sup>a</sup> no 1º trimestre (%)	Idade gestacional média no 1º VDRL <sup>a</sup> (semanas)
2003	17,0	18,6
2004	19,6	19,4

a) Teste VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde.

**Tabela 4 - Proporção de parturientes com testes positivos para sífilis, nascidos vivos informados, proporção de transmissão vertical da sífilis e incidência de sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2004**

Ano	Parturientes positivas (%)	Nascidos vivos	Transmissão vertical (%)	Incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos)
1999 <sup>a</sup>	4,7	12.171	60,6	36,2
2000	4,9	27.920	47,5	27,6
2001	3,4	35.446	56,8	24,2
2002	3,5	35.660	50,2	21,5
2003	3,8	30.808	47,7	22,5
2004	3,5	32.084	45,8	19,7

a) Dados referentes ao segundo semestre, exclusivamente.

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde.

**Tabela 5 - Total de notificações nominais, total de desfechos conhecidos (parto ou aborto), proporção de abortos e proporção de óbitos fetais no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003-2004**

Ano	Total de notificações	Total de desfechos	Abortos (%)	Óbitos fetais (%)
2003	1.367	860 (62,9%)	10,9	6,9
2004	1.230	598 (48,6%)	13,2	6,7

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde.

da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV): a notificação compulsória da gestante portadora do HIV foi introduzida no ano 2000 e, a partir desse ano, alcançaram-se resultados bastante melhores na redução dos casos, comparativamente ao que tem acontecido com a sífilis. A sífilis congênita foi incluída entre as doenças de notificação compulsória no ano de 1986; desde então, a definição de caso sofreu várias modificações, na tentativa de facilitar o diagnóstico e garantir o tratamento adequado. O panorama da sífilis congênita no País, contudo, pouco se alterou.<sup>12</sup>

Com a vigilância praticada no Município do Rio de Janeiro, pode-se conhecer a prevalência do agravo em uma amostra da população de gestantes que realiza pré-natal na rede pública municipal de saúde, a qual representa cerca de 50% das mulheres grávidas da cidade. A utilização de outras fontes de informações em saúde, como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), permitiu avaliar a condição socioeconômica e verificar que é nessa parcela da população, usuária do serviço público, onde a sífilis se esconde e se multiplica.<sup>3,6</sup>

A cobertura de triagem para sífilis na gravidez entre as unidades que enviam as informações permanece em um patamar considerado baixo para o que se almeja, que é a cobertura completa. Entender porque, das gestantes acompanhadas no pré-natal pela rede de saúde do Município, cerca de 20% não realizou o exame de VDRL, é uma questão importante para a solução do problema da sífilis congênita.

A idade gestacional média, no momento da realização do primeiro VDRL, ficou em torno de 19 semanas, quando a recomendação do Ministério da Saúde é de que o teste se realize no primeiro trimestre da gravidez, ainda na primeira consulta pré-natal, para propiciar o tratamento precocemente e, dessa maneira, minimizar os efeitos da infecção sobre o feto.<sup>13</sup> A discussão desse aspecto fundamental passa, obrigatoriamente, pela questão de acesso ao serviço de saúde, à consulta de pré-natal e ao exame de sangue. Além da solicitação do VDRL, também é importante lembrar o papel do profissional de saúde no aconselhamento da gestante, para sua melhor compreensão sobre o sentido do exame a ser realizado.

Questão da maior relevância é a de que nem todas as mulheres diagnosticadas são tratadas, aumentando,

enormemente, os riscos para os conceptos.<sup>7</sup> Aqui, a contribuição prejudicial dos profissionais de saúde no cuidado inadequado da sífilis na gestação e na dispensa do atendimento pré-natal, com decorrência no número de casos de abortamento e nos resultados perinatais, ainda é pouco estudada e pode se revelar um fator determinante da dificuldade na eliminação da doença. Essa discussão também remete à importância do alcance do parceiro, que deve ser chamado a se tratar. Este tem sido o maior desafio para as unidades de saúde, e os dados aqui lançados corroboram essa afirmativa.

Mais um ponto revelado a partir dos dados colhidos pela vigilância epidemiológica municipal é o da relação entre altos títulos de VDRL e desfecho de natimortalidade, evidenciado não só por este como também por outros estudos.<sup>5</sup> Enquanto, para o conjunto das mulheres notificadas em 2003 e 2004, a proporção de gestantes com VDRL maior do que 1:8 foi de 33,3%, nas mulheres que deram à luz natimortos, ela foi de 78,2%. Os altos títulos de VDRL referem-se à sífilis de aquisição recente, o que, na literatura, está relacionado ao óbito fetal tardio.<sup>14</sup> A mesma literatura reafirma a necessidade de se dedicar atenção especial às mulheres nessa situação, pela possibilidade de ocorrência de efeitos adversos.<sup>15</sup> Segundo o manual de assistência ao pré-natal de alto risco publicado pelo Ministério da Saúde, doenças infecciosas de transmissão vertical deveriam estar incluídas entre as condições de alto risco.<sup>16</sup>

A sífilis tem sido considerada, historicamente, uma afecção passível de controle no âmbito da atenção básica. Impõe-se, entretanto, uma avaliação mais acurada das grávidas com altos títulos de VDRL, sujeitas à reação de Jarisch-Herxheimer, condição que, embora pouco comum, pode se associar a um desfecho negativo para o concepto, como morte intra-útero. Uma vez que a sífilis se mantém como a causa relevante de mortalidade fetal no Rio de Janeiro, mulheres na condição específica recém-descrita merecem atenção maior de parte dos serviços de saúde, incluídos os da atenção básica. Nesse sentido, dever-se-ia implementar uma revisão da rotina de acompanhamento pré-natal na rede municipal de saúde, de forma a estabelecer um fluxo para as gestantes com altos títulos de VDRL. Esse fluxo abriria a possibilidade de avaliação do caso, após o diagnóstico inicial, quanto à realização do tratamento e ao acompanhamento adequado até o final da gestação.

A proporção de sífilis entre as parturientes é mais alta do que entre as mulheres do pré-natal – cerca de 80% das gestantes receberam tratamento durante o pré-natal –, quando dever-se-ia esperar o inverso. Provavelmente, o fluxo de gestantes não residentes no Município, que fizeram seu acompanhamento pré-natal em seus Municípios de origem – onde a sífilis não é uma prioridade de Saúde Pública –, é o fator responsável pelo aumento dessa proporção de casos. Outra hipótese para explicar esse achado seria a ausência de diagnóstico no pré-natal, com a identificação dos casos apenas na admissão para o parto ou na curetagem pós-abortamento. A incidência de SC nas maternidades é bem superior à incidência de SC no Município do Rio de Janeiro, haja vista essas maternidades serem as maiores unidades notificantes e, ao calcular-se a incidência para toda a cidade, o denominador do total de nascidos vivos diluir os casos, diminuindo o valor do resultado final.

*Um estudo avaliativo dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde na assistência pré-natal revelaria os fatores determinantes de tantas oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante e no parceiro.*

A prevalência de sífilis entre parturientes encontrada no Município do Rio de Janeiro é bem mais alta do que a observada pelo Estudo Sentinela-Parturiente, produzido pelo Ministério da Saúde, para a Região Sudeste, no ano de 2004: 3,7% *versus* 1,6%, respectivamente.<sup>17</sup> A explicação reside nos denominadores aplicados: no Município, o denominador é o total de mulheres internadas nas maternidades municipais que informam seus casos, enquanto no estudo sentinela, esse denominador é o número de nascidos vivos da Região Sudeste. De longa data, sabe-se que as maternidades próprias da SMS/RJ são responsáveis por mais de 90% das notificações de SC que entram no Sinan, a cada ano.<sup>18</sup>

A prevalência da sífilis no Rio de Janeiro caiu ao longo dos anos, certamente como reflexo do trabalho desenvolvido pela SMS/RJ. Apesar dessa queda, a taxa

encontrada ainda é alta, com conseqüências nefastas sobre a saúde da mulher e da criança, resultando, inclusive, em abortos e óbitos fetais. Alta, sobretudo, quando esses resultados decorrem de uma doença curável e de prevenção possível, a baixo custo. A transmissão vertical da sífilis não tratada também é alta, conforme relata o presente estudo, de 60,6 e 45,8%, em 1999 e 2004, respectivamente.

A prevalência da sífilis entre parturientes encontra-se em queda gradativa, no Município do Rio de Janeiro. Sua incidência, contudo, permanece em patamares elevados e estáveis, apesar de todos os esforços envidados pela SMS/RJ, na última década. Identificam-se razões determinantes dessa situação, algumas delas passíveis de intervenções pelo gestor municipal.

Uma primeira razão seria a não-participação de todos os gestores de unidades municipais no esforço pela eliminação da SC, acompanhada, outrossim, de uma queda do percentual de unidades que enviam, regularmente, os relatórios de investigação dos casos. Deve-se ressaltar, entretanto, que a proporção de adesão dessas unidades ainda é alta, próxima dos 70%.

A estratégia de atenção básica mais promissora no País, o Programa Saúde da Família, ou PSE, ainda não foi totalmente incluída no projeto de eliminação da SC no Município. É prioritário estabelecer condições de capacitação para as equipes do PSE, as quais, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro da doença, pela proximidade de que seus agentes são capazes junto aos possíveis usuários dos serviços de saúde, especialmente os parceiros de gestantes infectadas, para conseguir sua adesão ao tratamento.

Finalmente, uma última estratégia com potencial de alcance de melhores resultados é a realização de um estudo avaliativo dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal, buscando uma melhor compreensão dos fatores determinantes de tantas oportunidades perdidas na abordagem da sífilis na gestação, seja por problemas no diagnóstico, seja pelo tratamento oferecido à gestante e parceiro.

Deve-se levar em consideração que uma parcela significativa de mulheres atendidas no pré-natal, no Município do Rio de Janeiro, é oriunda de localidades vizinhas, onde ainda não se desenvolvem ações concretas contra a sífilis. Em 2003, 18% das mulheres notificadas como portadoras de sífilis na gravidez não

residiam na cidade, contribuindo para a permanência de taxas elevadas da doença.

Embora a sífilis congênita seja totalmente passível de prevenção, sua eliminação – a meta adotada pelo Brasil é de registrar menos de um caso por cada 1.000 nascidos vivos – é uma questão complexa, que envolve diferentes tipos de estratégias para sua consecução. Os dados obtidos por este estudo reiteram a importância da instituição da notificação compulsória da sífilis na gestação.

O monitoramento da doença durante a gravidez, enquanto ainda é possível intervir, pode sugerir mudanças nas estratégias no controle e prevenção.

A inexistência de dados sobre resultados dos exames de sífilis em outros sistemas de informações disponíveis, como o Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) e o Sistema de Informação sobre o Pré-natal (Sispre-natal), impede a mensuração da prevalência da doença. Assim, faz-se necessária a criação de outras formas de obtê-los. A experiência destes autores indica que a notificação nominal dá identidade aos casos de sífilis na gestação, chama a atenção dos gestores e dos profissionais de saúde para o problema, confere-lhe mais visibilidade. Certamente, essa confirmação é da maior importância para uma doença que, por muito tempo, tem permanecido invisível à opinião pública.

## Referências bibliográficas

1. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 5ª ed. rev. ampl. Brasília: Funasa; 2000.
2. Paz LC, Pereira GI, Matida LH, Saraceni V, Ramos Jr AN. Vigilância epidemiológica da sífilis no Brasil: definição de casos, 2004. Boletim Epidemiológico Aids e DST 2004;XVII(1):10-15.
3. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cadernos de Saúde Pública 2003;19:1341-1349.
4. Saraceni V, Vilela e Silva MA, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Campos TP, Lauria LM. Vigilância da sífilis congênita: ações complementares. In: Anais da 4ª Expoepi: mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças; 2004 nov. 23-26; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cadernos de Saúde Pública 2005;21:1244-1250.
6. Alexander JM, Sheffield JS, Sanchez PJ, Mayfield J, Wendel Jr GD. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. Obstetrics and Gynecology 1999;93:5-8.
7. Sanchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. Clinics in Perinatology 1997;24:71-90.
8. Mascola L, Pelosi R, Alexander CE. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1984;150:945-947.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, p.111, 15 jul. 2005. Seção 1.
10. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita no Município do Rio de Janeiro pelo modelo teórico-lógico. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil 2005;5(suppl.1):s33-s41.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info 6 for DOS: a word processing, database and statistics program for epidemiology version 6.04. Atlanta: CDC; c1996.
12. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST 2005; II(1): 26-31.
13. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: MS; 2000.
14. Hira SK, Bhart G, Chikamata DM, Nkowane B, Tembo G, Perine PL, Meheus A. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. Genitourinary Medicine 1990;66:159-64.
15. Klein VR, Cox SM, Mitchell MD, Wendel Jr GD. The Jarisch-Herxheimer reaction complicating

- syphilotherapy in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 1990;75:375-380.
16. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: MS; 2000.
  17. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e AIDS* [monografia na Internet]. Brasília: MS [acesso 2006 nov. 11]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS286DF0DAPTBRIE.htm>
  18. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Sífilis na gravidez. Saúde em Foco 1999. Dados 23*.