



ciência plural

SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: a retrospective study

Beatriz Távina Viana Cabral • Enfermeira graduada pela UFRN/FACISA, Professora substituta UFRN/FACISA. E-mail: beatriz_tavina@outlook.com

Janmilli da Costa Dantas • Mestre em Enfermagem UFRN; Enfermeira Obstetra; Professor Assistente DEnf/UFRN. E-mail: janmilli@yahoo.com.br

José Adailton da Silva • Mestre em Saúde Coletiva PPGSCol/UFRN; Doutorando em Saúde Coletiva pelo PPGSCol/UFRN; Professor Assistente da UFRN/FACISA. E-mail: adailton@hotmail.com

Dannielly Azevedo de Oliveira • Mestre em Saúde Coletiva PPGSCol/UFRN; Enfermeira Obstetra; Professor Assistente da UFRN/FACISA. E-mail: danniellyazevedo@yahoo.com.br

Autor responsável pela correspondência:

Dannielly Azevedo de Oliveira. E-mail: danniellyazevedo@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A sífilis, apesar de todo o emprego das Políticas de Saúde em minimizar sua ocorrência, por diversas razões, continua acometendo gestantes e recém-nascidos. **Objetivo:** conhecer as razões que levam as mulheres grávidas a não terem o diagnóstico de sífilis no pré-natal. **Métodos:** estudo retrospectivo em pacientes com sífilis gestacional e congênita, no município de Santa Cruz/RN, realizado a partir dos registros de notificação e prontuários das gestantes e seus recém-nascidos que buscaram atendimento em um Hospital Universitário, referência em saúde Materno-infantil na região do Trairi Potiguar, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015, com método quantitativo. **Resultados:** dos participantes da amostra 31,7% possuem o ensino fundamental incompleto. No entanto, apesar da baixa escolaridade, 87,8% da amostra afirmou ter realizado tratamento, mediante prescrição médica no período em que estavam internadas no serviço hospitalar (100%). No total da amostra, apenas 19,5% (n=8) realizou o tratamento durante o pré-natal em sua primeira gestação (46,3%). De todos os recém-nascidos, filhos de mães que apresentaram o VDRL positivo, 80,5% deles não apresentaram nenhuma sintomatologia. Em 68,3% dos casos estudados, não havia informações sobre o tratamento dos parceiros, 7,3 % concluíram o tratamento e 24,4% não aceitaram o tratamento. **Conclusão:** houve subnotificação de sífilis congênita no Hospital e quando notificada, a mesma não foi feita de forma correta. A vigilância epidemiológica precisa ser mais valorizada e feita de forma mais efetiva, frente ao paciente, para que nenhum dado possa ser perdido. Verificaram-se falhas no acompanhamento pré-natal e no manejo dos recém-nascidos. Por outro lado, todas as crianças eram assintomáticas e receberam o tratamento com a penicilina benzatina.

Palavras-chave: Gestantes; Sífilis Congênita; Sífilis; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis, despite all the use of Health Policies in minimizing their occurrence, for various reasons, continues to affect pregnant women and newborns. **Objective:** to know the reasons that favor pregnant women not to have the diagnosis of syphilis in prenatal care. **Methods:** a retrospective study of patients with gestational and congenital syphilis in the city of Santa Cruz / RN, carried out from the records of reports and medical records of pregnant women and their newborns who sought care in a University Hospital, a reference in Maternal and Child Health in the region of Trairi Potiguar, from January 2013 to January 2015 with quantitative method. **Results:** 31.7% of the participants in the sample had incomplete primary education. However, despite the low level of schooling, 87.8% of the sample said they had undergone treatment, by medical prescription during the time they were hospitalized (100%). In the total sample, only 19.5% (n = 8) underwent treatment during prenatal care in their first pregnancy (46.3%). Of all the newborns, children of mothers who presented positive VDRL, 80.5% of them had no symptoms. In 68.3% of the cases studied, there was no information on treatment of partners, 7.3% concluded treatment and 24.4% did not accept treatment. **Conclusion:** There was underreporting of congenital syphilis in the Hospital and when notified, it was not done correctly. Epidemiological surveillance needs to be more valued and made more effective, in front of the patient, so that no data can be lost. There was a lack of prenatal care and management of newborns. On the other hand, all the children were asymptomatic and received benzathine penicillin treatment.

Keywords: Pregnant women; congenital syphilis; syphilis; Epidemiology.

Introdução

A sífilis em gestação está cada vez mais incidente, visto que muitas gestantes têm seus parceiros apresentando diagnóstico sorológico positivo para a sífilis, contudo os mesmos não procuram o serviço a fim de realizar o tratamento. Dessa forma, tanto a mulher grávida quanto o feto são colocados em risco de contrair a doença, a qual trará danos à este binômio em qualquer fase da gestação, principalmente para o bebê. Além deste, estudos realizados em outras localidades também apontam como fatores de risco para a sífilis durante a gestação, ter parceiro sexual casual, ser HIV- positivo, ter baixa escolaridade, não usar preservativo e usar drogas ilícitas¹.

Para confirmar a quantidade de gestantes que apresentem o exame sorológico específico para a sífilis positivo, existem o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), bem como o FTA/ ABS e teste rápido. O FTA/ABS é um método confirmatório para o diagnóstico de sífilis. Sua alta sensibilidade e especificidade já foram demonstradas e é recomendada como técnica confirmatória, em investigações prévias a técnicas inespecíficas³. O teste rápido para sífilis é um teste imunocromatográfico, treponêmico, de uso único para detecção de anticorpos específicos para *Treponema Pallidum*. Pode ser realizado com amostra de sangue total, soro ou plasma⁴. É necessário que os profissionais que se encontram na atenção básica, solicitem e incentivem a realização dos exames laboratoriais do primeiro trimestre de gravidez, bem como a ida às consultas de pré-natal, está garantindo o tratamento correto, caso apresente alguma alteração, se faz necessário que esta possa ser rastreada, diagnosticada e tratada, visando assim diminuir, principalmente, o dano fetal². Esse dado é confirmado por Magalhães, Kawagushi e Calderon¹, quando afirmam que inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é um importante fator de diminuição da incidência de agravos como baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênitas e óbito perinatal. A sífilis da gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde a publicação da Portaria 33/2005, e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados¹. No entanto, é possível que haja subnotificação desse agravo, demonstrando falha no que diz respeito ao rastreamento para doença na atenção básica de saúde durante a assistência pré-natal, considerando o reduzido número de notificações realizadas. Assim, inúmeras vezes as parturientes chegam aos serviços materno-infantis sem terem realizado nenhum exame laboratorial ou sem os resultados dos mesmos, o que acaba por dificultar o início precoce do tratamento¹.

A assistência a essa população deve buscar minimizar o comprometimento do feto e do recém-nascido e, conforme recomenda a Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da Mulher, todas as mulheres devem

ser assistidas de forma integral e adequadas às suas necessidades, considerando suas particularidades e enfermidades¹.

Dessa forma, reconhece-se que a sífilis tem sido considerada, historicamente, uma afecção passível de controle no âmbito da atenção básica, e que os indivíduos que trabalham neste serviço devem planejar ações de promoção, prevenção e de como vão tratar as gestantes que dão entrada ao serviço com rastreamento positivo para alguma doença sexualmente transmissível-DST⁴.

Diante do exposto surge o seguinte: o diagnóstico para sífilis está sendo realizado na assistência pré-natal, ainda no primeiro trimestre, nas mulheres que chegam em trabalho de parto em um hospital universitário? Esses casos são notificados? Quais as razões que levam as mulheres grávidas a não terem o diagnóstico de sífilis no pré-natal?

No que concerne à significância científica, esse trabalho é importante, pois deverá levantar dados que poderão subsidiar a elaboração de novos estudos, e principalmente deverá contribuir para melhorar o conhecimento dos profissionais da saúde, ajudando assim os mesmos a prestarem uma assistência de melhor qualidade ao recém-nascido, bem como favorecendo um cuidado mais direcionado na gestação e puerpério da mulher. Esse trabalho deverá melhorar a qualidade da assistência prestada pela equipe que está na sala de parto, bem como no alojamento conjunto, visando quantificar o número de recém-nascidos infectados.

No que diz respeito à mulher grávida recebida no pré-natal, o estudo em questão pretende incentivar aos profissionais que estão na atenção básica a realizarem busca ativa para sífilis e outras DST, diminuindo os riscos para o binômio mãe/filho.

Dessa forma o presente estudo teve como objetivos: conhecer as razões que levam as mulheres grávidas a não terem o diagnóstico de sífilis no pré-natal; identificar se existe diagnóstico eficaz, ainda no primeiro trimestre, no que se refere ao acompanhamento na atenção básica, de gestantes recebidas para atendimento em um Hospital Universitário e finalmente investigar o número de casos notificados para sífilis gestacional e congênita, bem como em que nível assistencial ocorreu a notificação.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo de natureza quantitativa com gestantes que tiveram diagnóstico de sífilis no município de Santa Cruz/RN, realizado a partir dos registros de notificação e prontuários das gestantes

que buscaram atendimento em um Hospital Universitário, referência em saúde Materno-infantil na região do Trairi, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015.

Este oferece atendimento para a própria cidade de Santa Cruz e para cidades vizinhas. A instituição investe num serviço qualificado com especial atenção à mulher e à criança, destacando-se os ambulatórios onde há atendimento de pré-natal, ginecologia, atendimento pediátrico. Atualmente, o hospital é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O mesmo passou por algumas reformas, para que melhor atendesse a população. Todas as dispensas com os atendimentos feitos no referido Hospital, são custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que se chegasse aos resultados, foi necessário que fosse construído um instrumento de pesquisa, onde se tomou como base a ficha de notificação do SINAN, para que o instrumento utilizado na presente pesquisa obtivesse resposta a todos os questionamentos feitos.

Foram incluídas e analisadas as fichas de notificação e prontuários de adolescentes, do sexo feminino, com diagnóstico de sífilis do período de 2013 a 2015 (só foram liberados dados desse período, devido os mesmos já estarem consolidados); apresentar diagnóstico para sífilis gestacional e/ou filhos com diagnóstico de sífilis congênita. Por sua vez foram excluídas do estudo: as fichas de notificação e prontuários que não foram respondidos e/ou preenchidos adequadamente determinando ausência de dados; mulheres fora da faixa pré-determinada; não apresentar diagnóstico para sífilis gestacional e/ou filhos com sífilis congênita; e as pacientes que não residiam no município.

Em atendimento aos aspectos éticos e legais, contemplados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012), a pesquisa aconteceu mediante o consentimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Número do parecer: 1.086.465/ 2015 da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi-UFRN.

O presente trabalho foi dividido em etapas, para que se conseguisse satisfazer as expectativas do estudo: 1ª Etapa: definição do número da amostra e sua viabilidade. Foi realizado levantamento junto ao setor de Vigilância Epidemiológica-VE do hospital buscando encontrar o número de casos de sífilis/sífilis congênita no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015. Dessa maneira, a população do estudo foi composta de todos os casos identificados de sífilis/sífilis congênita no período acima assinalado, atendidos no referido hospital, levando em consideração os critérios de inclusão.

Para coleta das informações foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário elaborado a partir da ficha de investigação de sífilis em gestante e a ficha de notificação de sífilis congênita, ambas fornecidas pelo SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), a qual pôde direcionar informações sobre variáveis demográficas e variáveis relacionadas às questões sexuais e reprodutivas. Tal coleta ocorreu no período de junho a agosto de 2015, buscando encontrar dados referentes às variáveis que foram direcionadas mediante as respostas ao instrumento de pesquisa descritiva para fins de elaboração de gráficos e tabelas. A 2ª Etapa: constou de análise das informações coletadas e elaboração de relatório final da pesquisa. Considerando as variáveis elencadas, os dados tiveram tabulação simples e foram classificadas para criação do banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2007. Posteriormente, o banco foi transferido para o programa SPSS 17.0, onde os mesmos foram armazenados para posterior análise descritiva, com números absolutos e percentuais, além da avaliação de algumas medidas de tendência central. Sua apresentação foi feita por meio de tabelas de distribuição e frequências. Ao todo, 41 mulheres que tiveram o diagnóstico de sífilis participaram desse estudo.

Resultados

Examinando a tabela 1 percebe-se que 31,7% (n=13) dos participantes da amostra apresentam o ensino fundamental incompleto. Tinham baixa escolaridade, 87,8% (n= 36) da amostra, as quais afirmaram ter realizado tratamento, mediante prescrição médica no período em que estavam internadas no serviço hospitalar (100%). No entanto, apesar de se encontrarem internadas, 4,9% (n=2) não realizou o tratamento.

Tabela 1: Dados gerais disponíveis nas fichas de notificação/investigação sobre Sífilis em Gestante e Congênita dos atendimentos realizados no Hospital Universitário estudado, Santa Cruz-RN, Brasil, 2015.

Variável	Categoria	n	%
Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto	13	31,7
	Ens. Fund. Completo	09	22,0
	Ens. Médio Incompleto	02	4,9
	Ens. Médio Completo	10	24,9
	Analfabeto	02	4,9
Prescrição tratamento	Sim	38	100
	Não	00	00
Realizou tratamento	Sim	36	87,8
	Não	02	4,9
Período em que foi realizado o tratamento	Pré-natal	08	19,5
	Puerpério	28	68,3
Parceiro realizou VDRL	Sim	18	43,9
	Ignorou	16	39,0
	Não	02	4,9
Parceiro aceitou o Tratamento	Sem informação	28	68,3
	Sim	03	7,3
	Não	10	24,4
Número de gestação	3 ou mais	16	39,0
	2 vezes	03	7,3
	1 vez	19	46,3
Realizou aborto	Sim	09	22,0
	Não	28	68,3
Referiu sintomatologia do Recém- Nascido	Sim	04	9,8
	Não	33	80,5

Fonte: Pesquisa atual

No total da amostra, apenas 19,5% (n=8) realizou o tratamento durante o pré-natal em sua primeira gestação 46,3% (n= 19). Em contrapartida, 68,3% (n=28) só receberam durante a fase de puerpério. De todos os recém-nascidos, filhos de mães que apresentaram o VDRL positivo, 80,5% (n=33) deles não apresentaram nenhuma sintomatologia.

Quanto à adesão do parceiro a realização do exame de rastreio, VDRL, 43,9% (n= 18) realizou o teste. Porém, 39% (n=16) deles não sabiam informar a respeito de terem realizado ou não o referido exame laboratorial. Além dos fatores acima referidos, em 68,3% (n= 28) dos casos estudados, não havia informações sobre tratamento dos parceiros, 7,3% (n= 03) tiveram sua efetivação e 24,4% (n= 24,4) não aceitaram o mesmo.

De todas as gestantes que foram incluídas neste estudo, 68,3% (n= 28) não apresentaram aborto. No entanto, 22% (n=09) delas tiveram ocorrência de abortamento sem explicações claras da natureza da ocorrência e sua relação com a sífilis.

Discussão

A sífilis gestacional e a sífilis congênita estão estreitamente relacionadas com alguns grupos de maior risco, como mulheres muito pobres ou com estilos de vida vulneráveis, sendo que alguns fatores de risco específicos podem variar entre as diversas regiões e ao longo do tempo⁵.

Pela análise dos dados, percebe-se que muitos casos de sífilis congênita poderiam ser evitados com programas oportunos, criados e dirigidos pelo próprio Ministério da Saúde (MS). Se cada região conhecesse seus próprios limites, os programas criados pelo governo, poderiam se tornar mais eficientes, o que garantiria mais saúde à todos. Sem o conhecimento exato de onde se encontram as falhas, as ações de saúde podem perder o foco principal, e acabar passando despercebidas.

No atual estudo foi observado que grande parcela da amostra investigada apresenta baixo grau de instrução. A escolaridade variou de nenhum grau de escolaridade até 12 anos de estudos. Nenhuma das mulheres que participaram do estudo havia pelo menos iniciado o ensino superior. Esses dados são corroborados por autores que afirmam haver associação entre baixa escolaridade materna e a ocorrência de agravos à saúde materna e infantil. A baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, pois está associada ao baixo peso ao nascer, à mortalidade infantil e ao aumento do número de partos⁶.

No que se refere ao diagnóstico de sífilis dessas mulheres, muito embora o estudo ora em questão não permita afirmar que este ocorreu ainda no pré-natal, em virtude das perdas de informações contidas nas fichas de notificação para sífilis, é possível observar que o tratamento se deu no período gravídico-puerperal, levando a crer que a doença foi diagnosticada durante a assistência pré-natal ou durante o trabalho de parto ou puerpério imediato. Dados da vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez revelam um declínio da prevalência de sífilis na gestação, mas apontam falhas na assistência pré-natal, tanto na realização do teste sorológico, quanto no tratamento das gestantes e seus parceiros, indicando a perda de oportunidades importantes para a realização das ações estratégicas necessárias para o controle da sífilis⁷.

A realização do pré-natal de forma incompleta ou inadequada seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas também representa de forma importante a não realização do tratamento, em decorrência de um pré-natal mal feito. A falta desses dados representa falhas na assistência à esse binômio. O pré-natal inadequado impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce⁸. Com isso vemos o quanto se faz necessário à assistência eficaz ao pré-natal, evitando complicações para essa gestante.

A assistência pré-natal estendida a todas as grávidas seria a maneira mais lógica de se eliminar a sífilis materna e suas consequências. A partir do momento em que a gestante busca o serviço de atenção básica, para dar início às consultas de pré-natal, a mesma passa a ser responsabilidade do município. No que diz respeito aos exames laboratoriais e ultrassonográficos, e se for necessário algum tratamento (seria a administração da penicilina benzatina como antibioticoterapia, que causa mais gastos para o município). A demora do tratamento dessas gestantes sugere o despreparo das equipes da unidade básica de saúde diante de um resultado positivo ou deve-se a dificuldades para a pronta informação do resultado do exame, apenas disponível nos meses subsequentes ao pedido. O próprio VDRL é de baixo custo¹⁰.

Entre todas as pacientes estudadas, o diagnóstico foi feito tardiamente. Mesmo em seguimento pré-natal, a maioria das gestantes não teve o VDRL realizado conforme preconizado, ou seja, no primeiro trimestre e início do terceiro trimestre^{9,11}. Das mulheres que tiveram pelo menos um exame solicitado, a maioria não foi tratada adequadamente, devido à demora de conseguir o exame, ou até mesmo da falta de medicação nos próprios postos de saúde. Esses dados indicam a frequente perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento dessa doença, de grave repercussão, durante o atendimento pré-natal, o que levou todas a serem tratadas apenas depois que tiveram os seus filhos⁷.

No que diz respeito à adesão ao tratamento para a sífilis pelo parceiro, foi observado que o MS acrescentou a ficha de notificação/investigação o critério definição de caso de sífilis congênita em 2004. Dados referentes ao estudo atual mostram que entre as gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação, a minoria teve seus parceiros tratados. Em contrapartida, na maioria das fichas preenchidas no serviço hospitalar não consta informações a respeito da adesão e tratamento do parceiro, favorecendo indício de subnotificação para registro no SINAN, o que dificulta o planejamento de ações que possam diminuir a quantidade de pessoas infectadas pelo *treponema pallidum*, ou por qualquer outro¹². Vale ressaltar que o não tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis, impede a quebra da cadeia de transmissão da doença e aumenta o risco de casos de sífilis congênita.

A maioria dos recém-nascidos vivos do estudo foi assintomática, com peso adequado ao nascer e bom valor para o Apgar (próximo de 10). Os dados reforçam que a maior parte dos casos de sífilis congênita ocorre em recém-nascidos aparentemente normais, com peso adequado para a idade gestacional, aumentando a importância da definição de caso epidemiológica¹².

Por outro lado, a aparente normalidade dos recém-nascidos pode minimizar a importância de completar a investigação diagnóstica e tratá-los de acordo com o protocolo recomendado pelo MS¹. Os protocolos de sífilis congênita precisam ser divulgados intensivamente, tanto nos serviços de pré-natal quanto nas maternidades. Quanto mais precocemente essas crianças são diagnosticadas e tratadas, melhor será o seu prognóstico.

No estudo em questão, embora haja registro de tratamento adequado dos recém-nascidos nos prontuários hospitalares, não há referência, nem garantia de seguimento clínico e sorológico na rede. Na perspectiva da vigilância epidemiológica, especialmente, não há informação sobre o seguimento da mãe e da criança para monitorização de possível reinfecção, não-resposta à terapêutica ou transmissão vertical em futura gravidez¹³.

Muitos problemas dessa fonte de dados já foram suficientemente demonstrados: falta de registro de informações clínicas e de exames laboratoriais, onde em se pode perceber que existe um déficit para a realização das sorologias, por parte do município, devido serem exames que são onerosos para o município. Acontece uma subnotificação de casos; falta de preenchimento de variáveis e discordâncias nas informações de fichas de notificação de doenças¹⁴.

Os dados encontrados nas fichas de notificação e prontuários das pacientes não permitiram encontrar dados que pudessem favorecer um traçado epidemiológico a respeito da população estudada. Pela insuficiência

de informações registradas, em muitos momentos, parecia se tratar muito mais de dados isolados do que da avaliação de um instrumento de investigação epidemiológica, o que limitou em demasia o presente estudo. É importante ressaltar, entretanto, a necessidade de investimentos no aprimoramento da qualidade dos registros rotineiros dos serviços de saúde, conferindo maior credibilidade – e poder de utilização – aos sistemas de informações.

Os profissionais da enfermagem podem estar envolvidos com a Vigilância Epidemiológica-VE, o que requer conhecimentos específicos de epidemiologia, controle de doenças e agravos à saúde, gerência de programas (planejamento, avaliação e coordenação), orientação técnica das ações de Vigilância Epidemiológica e vacinação, necessitando o enfermeiro ter formação específica em Saúde Pública¹⁵. Os profissionais enfermeiros que trabalham na VE podem estar trabalhando na gerência e coordenação de programas.

O predomínio do enfermeiro na vigilância epidemiológica se dá pela necessidade de um profissional com conhecimentos mais especializados, formação mais abrangente, desenvolvimento de habilidades técnicas de enfermagem, maior capacitação, conhecimento de medidas de controle (prevenção) para evitar o aparecimento de doenças, trabalho com campanhas, vacinas e imunização, além de haver um predomínio deste profissional nas equipes de VE dos distritos de saúde, fazendo com que seja notificado, despertando ainda mais atenção da população e dos funcionários da saúde¹⁵.

Conclusões

Foi possível concluir que houve uma grande taxa de subnotificação de sífilis congênita no Hospital pesquisado, que a mesma não foi feita de forma correta, devido ter acontecido uma falta considerável de informações, em decorrência do não preenchimento da ficha de notificação do SINAN, que dificultou a realização do estudo.

A vigilância epidemiológica precisa ser mais valorizada, feita de forma mais efetiva, e preferencialmente junto à paciente no momento do atendimento, para que nenhum dado possa ser perdido, e que todas as informações despertem uma curiosidade dos profissionais do serviço, fazendo com que seja pensado em estratégias a fim de se evitar ainda mais o aparecimento de novos casos. A forma mais correta de iniciar o tratamento, e se ainda fosse necessário deveria ser feito a busca ativa com mais eficiência das pacientes, bem como o registro adequado de informações nas fichas de notificação/investigação de casos. Verificou-se também falhas no acompanhamento pré-natal e no manejo dos recém-nascidos.

O trabalho conclui que existe um achado sobre a importância da realização do pré-natal, mesmo que em muitos casos não aconteça da forma como se espera ou então do ciclo gravídico puerperal para o diagnóstico de algumas doenças. Por sua vez, fazendo-se o diagnóstico de forma precoce ter-se-ia como prevenir a transmissão vertical, dando início ao tratamento de forma mais rápida. O que se pode perceber é que existe uma falha com relação à informação da conclusão do tratamento (quando se considera o início do tratamento no serviço hospitalar, porém a alta é recebida antes da conclusão do mesmo), diferentemente do recém-nascido que só recebe alta após concluir o tratamento.

Faz-se necessário que essas mulheres possam ser mais bem acompanhadas/monitoradas, garantindo assim a conclusão do tratamento no próprio serviço hospitalar, seja mantendo o contato com a paciente, seja atuando de forma ativa com projetos de extensão (para que esse controle possa ocorrer), além da extrema importância da implantação do SINAN no Hospital estudado.

Referências

1. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Com. Ciências Saúde*. 2011; 22: 43-54.
2. Milanez H, Amaral E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008; 30 (7): 325-7.
3. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012; 34 (2): 56-62.
4. Amaral E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012; 34 (2): 52-5.
5. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2001; 23:647-652.
6. Ximenes IPE, Moura ERF, Freitas GL, Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. *Rev Rene*. 2008; 9(3): 74-80.
7. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro. 2012; 12 (3): 269-80.
8. Araujo EC, Costa KSG, Silva RS, Azevedo VNG, Lima FAS. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. *Rev. Para. Med.* 2006; 20(1): 47-51.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *DOU. Diário Oficial da União*, 23 fev. 2006.

10. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama et al (Org.). Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida. Campo Grande: Ufms: Fiocruz: Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 240 p. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=351>>. Acesso em: 11 abr. 2015.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. Manual de assistência e vigilância epidemiológica. Brasília: 1998
12. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. Scientia Medica. 2007; 17 (4): 205-211.
13. Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. 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. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007; 16(3):165-173.
14. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(5): 1341-1349.
15. Pedersoli CE, Antonialli E, Vila TCS. O enfermeiro na vigilância epidemiológica no município de Ribeirão Preto 1988-1996. Rev. latino-am. Enfermagem. 1998; 6 (5): 99-105.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p
17. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. DST- Boletim Epidemiológico. 1997; III: 3-18.