

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR, BAHIA

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CONGENITAL SYPHILIS IN SALVADOR CITY BAHIA

Maria de Fátima G Almeida¹ & Susan M Pereira²

RESUMO

Introdução: a sífilis congênita (SC) ainda representa um importante problema de saúde da população no Brasil. Em países desenvolvidos já se encontra controlada ou vem reduzindo sua incidência, mas em outras áreas, apresenta-se elevada, a exemplo da África subsaariana, América Latina e Caribe. **Objetivo:** descrever a ocorrência da sífilis congênita em Salvador, Bahia, considerando algumas características das mães e dos casos. **Métodos:** realizou-se estudo de vigilância, do tipo descritivo, em Salvador, Bahia. A população do estudo foi constituída pelos casos de SC de residentes em Salvador. Foram analisadas as informações maternas e dos recém-nascidos com fichas de investigação/notificação registradas no SINAN, no período de 1997 a 1999. Foram calculadas frequências simples. Para estimativa das taxas de incidência e mortalidade foi utilizado o período de 1997 a 2002. **Resultados:** setecentos e quarenta e um casos de SC foram notificados, no período do estudo, sendo 392 casos elegíveis na primeira análise e 684, na segunda análise. Constatou-se, duplicidade nas ações de vigilância e no registro dos casos, ausência de diagnóstico entre as mães que realizaram pré-natal e expressivo percentual de variáveis com campo em branco. O coeficiente de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no período de 1997 a 2002 variou de 1,3 a 3,1. A taxa de mortalidade por 100.000 nascidos vivos esteve entre 3,91 e 15,60. **Conclusão:** em Salvador, a meta de um caso de SC por 1.000 nascidos vivos estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil ainda não foi alcançada. Há perdas de oportunidades para abordar e tratar a sífilis materna, prevenir a SC e duplicidade na conduta de investigação e baixa qualidade nas informações. Apesar disso, foi possível traçar o perfil da sífilis congênita, apresentando informações que poderão constituir-se em possíveis subsídios para o planejamento das ações de controle neste município.

Palavras-chave: sífilis congênita, vigilância, caracterização, morbimortalidade, epidemiologia, DST

ABSTRACT

Introduction: Congenital Syphilis (CS) still represents a serious health problem in Brazil. In some developed countries, it has already been controlled, or at least reduced. On the other hand, in some other areas such as Sub-Sahara Africa, Latin America and Caribbean, it shows a high growth. **Objective:** describing the occurrence of congenital syphilis in the city of Salvador, Bahia, taking some mothers and cases characteristics into consideration. **Methods:** a descriptive observational study was made in Salvador-BA. The population of this study was formed by the CS cases of the people who lived in the city. Mother's data was analyzed as well as the just-born children who were registered in the system SINAN from 1977 to 1999. Simple frequencies were calculated. To estimate the rate of incidence and death the period of 1997 to 2002 was used. **Results:** in this period, 741 cases of CS were notified. In the first analyses 392 cases were included, and in the second, 684 cases. Duplicity on surveillance actions and case registrations, absence of diagnostic among the mothers who were assisted by doctors during pregnancy and an expressive variable percentage with blank fields was found. Congenital syphilis incidence in the period from 1997 to 2002, varied from 1 to 3.1 in 1.000 born children. The mortality rate was between 3.91 to 15.60 in 100.000 born children. **Conclusion:** the target of one case of congenital syphilis in 1.000 born children established by the Ministry of Health has not been achieved in Salvador yet. There has been a loss of opportunity to approach and treat maternal syphilis, to prevent CS and the duplicity in the conduct of investigation and low quality of information. In spite of these, it was possible to draw a congenital syphilis profile, presenting information which may be used as data to plan actions to control the disease in this city.

Keywords: congenital syphilis, vigilance, characterization, morbid mortality, epidemiology, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC), desde o final da década de 1950, vem se caracterizando como um agravo recrudescente em todos os continentes, refletindo a disseminação da sífilis adquirida por mulheres gestantes não diagnosticadas e/ou tratadas precoce e adequadamente, podendo ter como desfecho morte fetal em 40% dos conceptos infectados, além de malformações congênitas e de seqüelas irreversíveis nos recém-nascidos¹⁻⁶.

O *Treponema pallidum*, seu agente infeccioso, é transmitido por via transplacentária da gestante infectada para o concepto, e eventualmente pode ser transmitido através de contato do recém-nascido com lesões na genitália materna⁴. A taxa de transmissão vertical é elevada, sendo estimada em 70% a 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% nas fases subseqüentes, poden-

do ocorrer em qualquer fase, tanto da infecção quanto da gestação^{1,3-9}. A assistência à saúde da gestante, especialmente o pré-natal, vem sendo apontado em várias partes do mundo como principal fator associado à não-ocorrência da SC^{1,2,10-15}.

Desde a década de 1940, a sífilis, e em especial a congênita, é considerada completamente prevenível, tendo em vista a disponibilidade de recursos tecnológicos para o diagnóstico e o tratamento simples, barato e "eficaz"¹⁶ (penicilina), além da capacidade técnica e operacional do Sistema de Saúde em usar tais recursos, desde que a gestante seja diagnosticada e tratada precoce e adequadamente, e não haja reinfecção^{1-7,10,12}.

Nas últimas décadas, a sífilis materna vem sendo apontada universalmente dentre as principais causas de morbidade materna, fetal e neonatal precoce^{13,14}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou, em 1998, que a sífilis materna foi responsável pela ocorrência de 460.000 abortos, 270.000 casos de SC e 270.000 nascimentos de bebês prematuros de baixo peso globalmente, e, em 2004, foi estimado o nascimento de mais de um milhão de crianças com SC a cada ano no mundo¹⁰.

¹ Mestre em saúde coletiva com área de concentração em epidemiologia, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; Enfermeira da Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância à Saúde da SES – Bahia; Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Salvador – BA.

² Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador – BA.

Em muitos países desenvolvidos a SC está controlada, e em outros vêm sendo observadas reduções da incidência, a exemplo de Cuba, partes da Europa e do continente asiático, e também parte dos Estados Unidos^{10-13,15}, contrastando, com as elevadas incidências em áreas rurais do leste da Europa, regiões central, leste e sul da Ásia, em países da África, especialmente na África subsaariana, na América Latina e no Caribe^{10,15}.

No Brasil, estima-se que ocorram 900 mil casos de sífilis por ano¹⁷. Segundo dados disponíveis do Ministério da Saúde, entre 1998 e 2002, ocorreram 17.620 casos de SC, e a taxa de incidência variou entre, 0,9 e 1,3 por 1.000 nascidos vivos. Foram registrados, também nesse período, 673 óbitos, e a taxa de mortalidade variou entre 2,7 e 4,5 por 100.000 nascidos vivos¹⁸. Um estudo sobre a mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras identificou que a forma congênita apresentava os mais elevados coeficientes de mortalidade, predominando a região Nordeste, com um aumento de mais de 120% no período de 1980 a 1990¹⁹.

Na Bahia, em 1980, estudo abordando o nível sorológico para a sífilis em recém-nascidos (RN) e suas respectivas genitoras em 500 amostras provenientes de duas maternidades públicas de Salvador, encontrou uma soropositividade de 7%, tanto para os RN quanto para suas genitoras²⁰. Dados disponíveis da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia apontam o registro de 1.589 casos de 1992 a 2002. No período de 1992 a 2001 neste estado, os coeficientes de incidência foram de 0,34 a 0,58 por 1.000 nascidos vivos²¹, e entre 1997 e 2002 foram registrados 42 óbitos, estando a taxa de mortalidade entre 0,8 e 6,2 por 100.000 nascidos vivos¹⁸.

As características recentes da morbimortalidade geral vêm sendo discutidas na literatura²²⁻²⁴. Dentre as mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira²², são abordados diversos aspectos que também vêm sendo assinalados na literatura específica sobre a SC. Entre estes, destaca-se a sua reemergência, enquanto problema de saúde entre as doenças transmissíveis controladas anteriormente, conseqüente à ilusão da sua extinção na quarta década do século passado, em vista da redução das taxas de incidência do agravo a partir da antibioticoterapia específica (penicilina). No mesmo período, distintamente do esperado, a elevação da incidência, possivelmente em decorrência dessa falsa expectativa, somada ao abandono individual, coletivo e institucional dos cuidados com a prevenção^{2,7,22}. Essa mudança de perfil das doenças transmissíveis, decorre de um processo dinâmico, oriundo das inter-relações dos sujeitos inseridos no contexto social e ambiental²⁵⁻²⁷ no qual são circunscritas as doenças.

Outro aspecto, não menos importante, diz respeito à possível relação com a precarização das condições gerais de vida dos povos da América Latina e em especial o Brasil, decorrente de políticas econômicas geradoras de concentração de renda e desigualdades sociais, somadas à política de ajuste fiscal iniciada nos idos da década de 1990²⁸.

Com relação às mudanças nos padrões de mortalidade, autores²² apontam a tendência da redução da mortalidade infantil, principalmente no componente pós-neonatal. Essa tendência por grupo de causa passou a ser mais evidenciada a partir do predomínio da ocorrência de afecções perinatais, provavelmente pela redução das mortes por doenças infecciosas, parasitárias e do aparelho respiratório²³. Nesse contexto, vem-se observando uma

tendência ascendente de óbitos por sífilis congênita, tanto no Brasil quanto em outras partes do mundo, apesar de esta ser ainda pouco explorada pela epidemiologia, havendo falhas no entendimento desse aspecto^{11,14,18,29}.

Existem lacunas sobre estudos abordando as características da ocorrência da sífilis congênita em nosso meio. Assim, esperamos que os resultados deste estudo contribuam para o entendimento da epidemiologia do agravo especialmente em nosso meio, e seja uma ferramenta útil para o planejamento, a avaliação e a melhoria das ações de controle em curso.

OBJETIVO

Descrever as características epidemiológicas que circundam a ocorrência desse agravo no município de Salvador – BA no período de 1997 a 2002.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de vigilância do tipo descritivo exploratório, sobre a caracterização epidemiológica da sífilis congênita no período de 1997 a 2002. O estudo foi realizado no município de Salvador, Bahia, capital do estado. Situada na região leste do Recôncavo Baiano, tem uma área geográfica habitada de 309.56 km², sendo 279.28 km² urbanos e 30.28 km² rurais. A população total do município, no início e no término do período de estudo, era de, respectivamente, 2.245.522 e 2.520.504 milhões de habitantes, dentre os quais, 707.444 e 809.836 mulheres em idade fértil; 36.511 e 43.215 gestantes e, 51.041 e 55.955 nascidos vivos.

Salvador é a cidade de maior concentração populacional do estado, e possui o maior número de estabelecimentos de saúde materno-infantil. Conseqüentemente, em 1997, possuía a maioria das unidades sentinelas para a investigação de casos de SC através da busca ativa de casos, quando da implementação das diretrizes estratégicas do plano nacional do Ministério da Saúde para a redução da incidência da doença. Nesse ano, a SC foi incluída dentre os agravos sujeitos à investigação obrigatória, iniciando a utilização da ficha de notificação/investigação (FNI) para SC e o registro no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN).

A população do estudo foi constituída por todos os casos de sífilis congênita, incluindo óbitos e natimortos ocorridos em residentes em Salvador, registrados no banco de dados do SINAN e SIM, no período de 1997 a 2002. Utilizaram-se dados secundários oriundos das fichas de investigação/notificação registradas nos bancos do SINAN, e das declarações de óbito registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) referentes à causa básica codificada como A 50, conforme a 10^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Na análise dos dados, inicialmente, foi realizada a vinculação manual das informações registradas no SINAN, com as fichas disponíveis. Sobre a mortalidade, realizou-se uma vinculação digital (*linkage*) entre os dois bancos (SINAN e SIM), com o objetivo de verificar a uniformidade dos registros de óbitos entre os bancos, e evitar a dupla inclusão de registros coincidentes no cálculo do coeficiente de mortalidade. Para tanto, foram comparados/pareados caso a caso. Foram utilizadas as seguintes variáveis: nome do caso e da mãe, nº de registro, data de nascimento, data do óbito, idade, sexo, data do registro no sistema de notifica-

ção, unidade de registro e distrito de residência e endereço de residência. Realizaram-se também comparações das informações dos casos de óbitos registrados no SINAN, com as fichas de investigação/notificação de SC disponíveis. Para os casos considerados como prováveis erros de classificação quando do preenchimento da ficha, foi realizada a identificação da unidade de saúde que originou o registro através do Sistema Nacional de Codificação de Estabelecimentos de Saúde. Estes procedimentos foram complementados com a investigação de campo em prontuários, realizada pela autora, quando os casos confirmados como erro de classificação foram adequadamente reclassificados.

Para a caracterização dos casos a partir das informações da ficha de investigação/notificação registradas no SINAN, foram utilizadas as seguintes variáveis: 1) relativas à mãe: idade, grau de instrução, ocupação, gestação anterior, parto anterior, abortos, natimortos, realização de pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional na primeira consulta, diagnóstico e forma clínica para sífilis na gravidez, sorologia para sífilis, título VDRL, esquema de tratamento, número e tratamento de parceiros e sorologia para HIV+; 2) relativas aos casos: idade no diagnóstico, idade ao nascer, sexo, peso ao nascer, natimorto, óbito, sintomatologia ao nascer, diagnóstico laboratorial (VDRL: cordão umbilical, sangue periférico e líquido), diagnóstico sorológico para HIV, tratamento e diagnóstico final.

A análise das características referiu-se ao período de 1997 a 1999, considerando o expressivo número de variáveis relativas às informações sobre a mãe e o caso, com campo em branco, ou ignorado, no período de 2000 a 2002, em função dos dados registrados terem sido oriundos da ficha utilizada quando apenas se notificava, antes da implantação da ficha de investigação/notificação no SINAN. Apesar de terem sido casos registrados a partir do diagnóstico sorológico positivo na mãe e no recém-nascido, o instrumento de notificação utilizado para o registro dos casos, não continham as variáveis da FNI. Assim, a ausência dessas na base de dados impossibilitou a caracterização dos casos no período de 2000 a 2002. Portanto, optou-se por incluí-los apenas na identificação das taxas de incidência e mortalidade.

Foram utilizados, como critério de elegibilidade, todos os casos de SC de residentes em Salvador, registrados no SINAN e no SIM, conforme o critério de definição de caso do Ministério da Saúde. Como critério de exclusão, optou-se por não-residente em Salvador e não-compatível com a definição de caso utilizada.

Na análise estatística para a caracterização epidemiológica, inicialmente, observou-se o comportamento de cada variável separadamente, seguida da análise das características maternas relativas às que fizeram pré-natal, segundo as variáveis da atenção pré-natal, parceria sexual e sorologia positiva para HIV. Foram calculadas as frequências simples (absoluta, relativa e percentual).

Empregaram-se medidas de tendência central e de dispersão para algumas variáveis. Considerando o desenho de estudo e seu objetivo, não foi necessário o uso de testes de significância estatística ou outros métodos de inferência.

Na identificação da taxa de incidência, utilizaram-se no numerador os casos ocorridos em residentes em Salvador referentes ao período de 1997 a 2002 registrados no SINAN e, no denomina-

dor, a população de nascidos vivos informada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística com base de referência 1.000. Para a taxa de mortalidade, foram utilizados no numerador os registros de óbitos e natimortos registrados no SINAN e no SIM; no denominador, a mesma população e o mesmo período, com base de referência 100.000.

Tratando-se de um estudo exploratório descritivo e o objetivo do mesmo, não foram utilizados outros testes de significância estatística na análise dos dados.

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, sob o nº 0.060.000-06. Os bancos de dados utilizados foram fornecidos pela Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde (DICS) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. O acesso a fichas e prontuários foi consentido pelos dirigentes das unidades. Em todo o processo foram respeitados a confiabilidade das informações e o anonimato, preservando a identidade dos sujeitos pesquisados e a responsabilidade ética institucional para com as informações fornecidas.

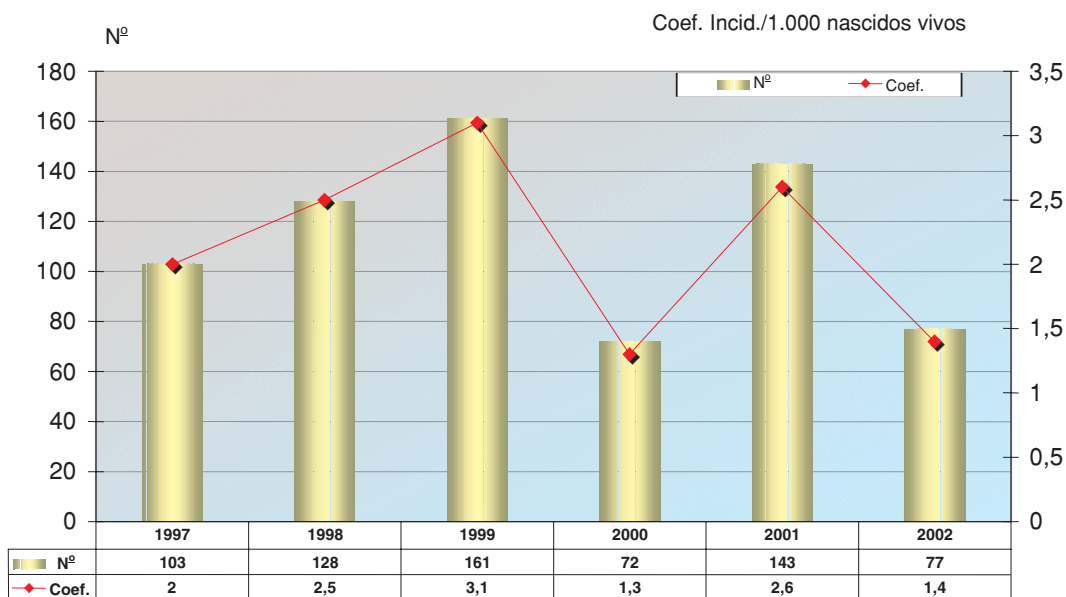
RESULTADOS

No período do estudo, de 1997 a 2002, foram identificados 741 registros de casos de sífilis congênita do município de Salvador. Desses, três eram de não-residentes em Salvador e 54 que não permitiram identificação do município de residência foram excluídos. Portanto, a população do estudo foi de 684 casos de SC. Desses, 392 foram elegíveis para a análise da caracterização epidemiológica do período de 1997 a 1999, e 684 casos elegíveis para a identificação dos coeficientes de incidência e mortalidade referentes ao período de 1997 a 2002, em Salvador.

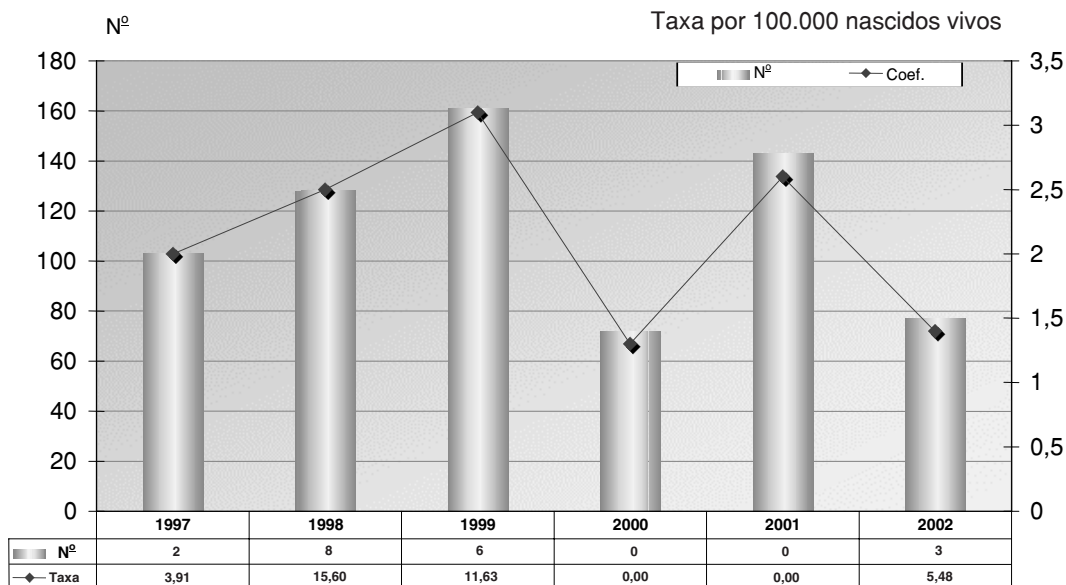
Na análise para a caracterização epidemiológica, dentre os 392 casos, seis que haviam sido diagnosticados através de sorologia, tratados e registrados anteriormente como natimortos por erro no preenchimento da FNI, foram reclassificados.

A taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos no município de Salvador, no período de 1997 a 2002, variou entre 1,3 e 3,1 (**Gráfico 1**). A taxa de mortalidade por 100.000 nascidos vivos nesse mesmo período esteve entre 3,91 e 15,63 (**Gráfico 2**). Não foram identificados registros de óbitos, tanto no SINAN quanto no SIM em 2000 e 2001. Foram identificados três natimortos no período. Entretanto, apenas um estava registrado no SIM.

Na análise das características, pode ser observado, nas **Tabelas 1, 2 e 3**, um percentual importante de variáveis com campo em branco, ou ignorado. Dentre estas, com relação à genitora (mãe dos casos), predominaram: as variáveis do diagnóstico sorológico positivo para HIV, com 70,7%; o tratamento do parceiro, com 69,4%; e o número de parceiros sexuais, com 58,7%. Dentre as mães que fizeram pré-natal, este predomínio foi das variáveis: forma clínica na gravidez, com 81,2%; e diagnóstico sorológico positivo para HIV, com 55,1% (**Tabela 2**). Com relação aos casos de sífilis congênita (**Tabela 3**), o predomínio da ausência de informações foram relativas às variáveis: alteração líquórica, com 70,4%, e diagnóstico sorológico para HIV, com 52,3%.

Gráfico 1. Número de casos e coeficiente de Incidência de sífilis congênita segundo o ano. Salvador – Bahia – Brasil. 1997 a 2002.

Fonte: SINAN/ESTADUAL

Gráfico 2. Número de óbitos e taxa de mortalidade por sífilis congênita segundo o ano. Salvador – Bahia – Brasil. 1997-2002.

Dentre as variáveis com informações relativas às mães (**Tabela 1**), as maiores freqüências relacionadas com a idade materna foram na faixa etária de 16 a 30 anos. A maioria tinha primeiro grau (31,6%), eram domésticas (53,8%), tiveram de 1 a 2 gestações anteriores (38,5%), tinham parido de 1 a 2 vezes (47,7%), não tiveram aborto (72,7%) nem natimortos (93,9%).

Com relação às informações sobre a atenção pré-natal, em 392 casos, apenas 176 (44,9%) receberam este atendimento (**Tabela 1**). Dentre estas, conforme **Tabela 2**, o número de consultas de pré-natal informado variou de 1 a mais de 6, sendo a maior freqüência de 4 a 6 consultas (51,7%). A idade gestacional

na primeira consulta de pré-natal mais freqüente foi de 1 a 6 meses, sendo 44,3% na faixa 1 a 3 meses, e 35,8% na faixa de 4 a 6 meses. A realização do primeiro VDRL entre reativo e não-reativo ocorreu em (44,3%) das mães, sendo 34,1% com resultado reativo e 10,2% não-reativo. Em 40,3% dos casos este não foi realizado. Uma freqüência ainda maior não realizou o segundo VDRL (58%). Apenas 40,3% tinham a informação de terem sido diagnosticadas no pré-natal.

Em ambas as análises, foi predominante a informação de apenas um parceiro sexual, entretanto, identificou-se uma freqüência importante sem essa informação, ou ignorada. O tratamento des-

ses nas duas análises foi baixíssimo, e um importante percentual tinha a informação de não o ter realizado, e na grande maioria esta informação foi ausente ou estava ignorada. Dentre as informações de tratamento destes, 14 em 15 corresponderam a parceiros de mães que fizeram o pré-natal. Duas mães tinham a informação de sorologia positiva para HIV e 55,1% estavam sem essa informação ou ignorada (Tabelas 1 e 2).

Nas informações relativas à assistência ao parto (Tabela 1), o VDRL foi realizado em 300 mães. Dessas, para 74,3% este foi reativo e em 0,3%, não-reativo. A titulação mais freqüente foi entre 1/2 e 1/8, em um percentual importante (11,2%) esse título foi de > 1/64. Em 66,0% das mães o tratamento foi realizado conforme preconizado, e em 51,1% foram utilizados outros esquemas. A sorologia para HIV foi positiva em duas mães (0,5%) (Tabelas 1 e 2).

Com relação às características relativas aos casos, observa-se na Tabela 3, que a maioria (66,1%) foi assintomática ao nascimento, a idade gestacional ao nascer na quase totalidade, foi de mais de 20 semanas (76,5%), sendo a freqüência predominante informada de 36 semanas. A idade, quando da instituição do diagnóstico, variou entre 1 e mais de 10 dias, sendo a maior freqüência de 3 a 5 dias, a maioria das informações sobre o diagnóstico radiológico foi sem alterações, em branco ou ignorado. O diagnóstico sorológico para HIV estava sem informação na maioria dos casos. A realização sorológica para sífilis predominante foi o VDRL em sangue periférico. Não foram observadas diferenças importantes com relação ao sexo, sendo os percentuais respectivamente de 49,7%, para o sexo masculino, e 46,4%, para o sexo feminino; o diagnóstico final em 75,3% foi “sífilis congênita recente”.

Tabela 1. Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita segundo as características maternas. Salvador – Bahia – Brasil, 1997-1999

Característica	N	%	Mediana	Desvio-padrão
Idade			23,0	5,6
< 16	6	1,5		
16 – 20	85	21,7		
21 – 30	174	44,4		
> 30	36	9,2		
Sem informação ou ignorado	91	23,2		
Grau de instrução				
Analfabeto	16	4,1		
1º grau	124	31,6		
2º grau	14	3,6		
Superior	1	0,3		
S/em informação ou ignorado	237	60,4		
Ocupação			2,0	2,2
Estudante	15	3,8		
Dona de casa	43	11,0		
Doméstica	211	53,8		
Outras	15	3,8		
Sem informação ou ignorado	108	27,6		
Gestação anterior			1,0	1,8
Nenhuma	89	22,7		
1-2	151	38,5		
3-4	93	23,7		
> 4	55	14,0		
Sem informação ou ignorado	4	1,1		
Parto anterior			0,0	1,0
Nenhum	91	23,2		
1-2	187	47,7		
3-4	77	19,6		
> 4	33	8,4		
Sem informação ou ignorado	4	1,0		
Abortos			0,0	0,3
Nenhum	285	72,7		
1-2	88	22,4		
> 3	14	3,6		
Sem informação ou ignorado	5	1,3		
Natimortos				
Nenhum	368	93,9		
1 – 2	16	4,1		
> 3	2	0,5		
Sem informação ou ignorado	6	1,5		

Tabela 1 – (Continuação)

Característica	N	%	Mediana	Desvio-padrão
Realizou pré-natal				
Sim	176	44,9		
Não	67	17,1	0,0	
Sem informação ou ignorado	149	38,0		
Número de consultas				
Nenhuma	225	57,4		
1 – 3	26	6,6		
4 – 6	91	23,2	3,0	
> 6	47	12,0		
Sem informação ou ignorado	3	0,8		
Idade gestacional primeira consulta				
Menos de 1 mês	1	0,2		
1 – 3	78	19,9		
4 – 6	63	16,1		
7 – 9	11	2,8		
Sem informação ou ignorado	239	61,0		
Diagnóstico de sífilis na gravidez				
Sim	74	18,9		
Não	76	19,4		
Sem informação ou ignorado	242	61,7		
Forma clínica na gravidez				
Sífilis primária	31	7,9		
Sífilis secundária	1	0,3		
Sífilis latente	1	0,3		
Sem informação ou ignorado	359	91,5		
Realização do 1º VDRL				
Reativo	61	15,6		
Não-reativo	23	5,9		
Não realizado	171	43,5		
Sem informação ou ignorado	137	35,0		
Realização do 2º VDRL				
Reativo	22	5,6		
Não-reativo	14	3,6		
Não realizado	203	51,8		
Sem informação ou ignorado	153	39,0		
Realização de VDRL no parto				
Reativo	290	74,0		
Não-reativo	1	0,3		
Não realizado	5	1,3		
Sem informação ou ignorado	96	24,4		
Título VDRL no parto				
1/2 - 1/8	107	27,3		
1/12 - 1/18	60	15,3		
1/26 - 1/64	72	18,4		
> 1/64	44	11,2		
Sem informação ou ignorado	109	27,8		
Esquema de tratamento				
Preconizado	259	66,0		
Outros esquemas	20	5,1	1,0	
Não realizado	8	2,0		
Sem informação ou ignorado	105	26,9		
Número de parceiros				
1	153	39,0		
2	8	2,0		
> 2	1	0,3		
Sem informação ou ignorado	230	58,7		

Tabela 1 – (Continuação)

Característica	N	%	Mediana	Desvio-padrão
Parceiros tratados				
Sim	15	3,8		
Não	105	26,8		
Sem informação ou ignorado	272	69,4		
Diagnóstico sorológico positivo para HIV				
Sim	2	0,5		
Não	113	28,8		
Sem informação ou ignorado	277	70,7		

Fonte: SINAN/ESTADUAL

Tabela 2. Distribuições dos casos de sífilis congênita segundo as características maternas, referentes à atenção pré-natal, parceria sexual e diagnóstico sorológico para HIV, relativas às que fizeram pré-natal, Salvador – Bahia – Brasil, 1997-1999

Característica	N	%
Número de consultas		
1 – 3	26	14,8
4 – 6	91	51,7
> 6	43	24,4
Sem informação ou ignorado	16	9,1
Idade gestacional na primeira consulta (em mês)		
< 1	1	0,6
1 – 3	78	44,3
4 – 6	63	35,8
7 – 9	12	6,8
Sem informação ou ignorado	22	12,5
Diagnóstico de sífilis na gravidez		
Sim	71	40,3
Não	39	22,2
Sem informação ou ignorado	66	37,5
Forma clínica na gravidez		
Primária	31	17,6
Secundária	1	0,6
Latente	1	0,6
Sem informação ou ignorado	143	81,2
VDRL 1		
Reativo	60	34,1
Não-reativo	18	10,2
Não realizado	71	40,3
Sem informação ou ignorado	27	15,3
VDRL 2		
Reativo	21	11,9
Não-reativo	10	5,7
Não realizado	102	58,0
Sem informação ou ignorado	43	24,4
Número de parceiros na gestação		
1	107	60,8
2	7	4,0
> 2	6	3,4
Sem informação ou ignorado	56	31,8
Parceiros tratados		
Sim	14	7,9
Não	76	43,2
Sem informação ou ignorado	86	48,9
Diagnóstico sorológico positivo p/ HIV		
Sim	2	1,1
Não	77	43,8
Sem informação ou ignorado	97	55,1

Fonte: SINAN/ESTADUAL

Tabela 3. Distribuição percentual dos casos de sífilis congênita, segundo características relativas aos recém-nascidos em Salvador – Bahia – Brasil, 1997-1999

Característica	N	%	Mediana	Desvio-padrão
Idade no diagnóstico (em dias)				
≤ 1	41	10,5	5,0	6,5
3 – 5	145	37,0		
6 – 10	51	13,0		
> 10	128	32,7		
Sem informação ou ignorado	27	6,8		
Idade ao nascer (em semanas)				
≤ 20	2	0,5	36,0	2,8
> 20	300	76,5		
Sem informação ou ignorado	90	23,0		
Sexo				
Masculino	195	49,7		
Feminino	182	46,4	3.080,0	580,8
Sem informação ou ignorado	15	3,9		
Peso ao nascer (em g)				
≥ 2.500	258	65,8		
< 2.500	131	33,4		
Sem informação ou ignorado	3	0,8		
Natimortos				
Sim	2	0,5		
Não	285	72,7		
Sem informação ou ignorado	105	26,8		
Óbito				
Sim	3	0,8		
Não	281	71,7		
Sem informação ou ignorado	108	27,5		
Sintomatologia ao nascer				
Assintomáticos	259	66,1		
Sintomáticos	45	11,5		
Sem informação ou ignorado	88	22,4		
Diag. radiológico (alterações)				
Sim	10	2,6		
Não	227	57,9		
Sem informação ou ignorado	155	39,5		
Sorologia				
VDRL (cordão umbilical)				
Reativo	1	0,3		
Não-reativo	5	1,3		
Não realizados	269	68,6		
Sem informação ou ignorado	117	29,8		
VDRL do sangue				
Reativo	299	76,3		
Não-reativo	4	1,0		
Não realizados	3	0,8		
Sem informação ou ignorado	86	21,9		
VDRL do líquido				
Reativo	5	1,3		
Não-reativo	4	1,0		
Não realizados	214	54,6		
Sem informação ou ignorado	169	43,1		
Alteração líquórica				
Sim	5	1,3		
Não	111	28,3		
Sem informação ou ignorado	276	70,4		

Tabela 3 – (Continuação)

Característica	N	%	Mediana	Desvio-padrão
Diag. sorológico positivo para HIV				
Sim	2	0,5		
Não	185	47,2		
Sem informação ou ignorado	205	52,3		
Diagnóstico final				
Sífilis congênita – recente	295	75,3		
Sífilis congênita – tardia	1	0,3		
Natimorto sífilítico	2	0,5		
Sem informação ou ignorado	94	23,9		

Fonte: SINAN/ESTADUAL

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta limitações, inerentes às pesquisas que utilizam fonte de dados secundários, provenientes de dados oficiais com prováveis sub-registro, subnotificações, vieses de classificação e, conseqüentemente, baixa qualidade das informações registradas. Entretanto, foram tomados cuidados já referidos na metodologia, sendo possível, através dessa caracterização epidemiológica, traçar o perfil da sífilis congênita em uma área do nosso país, contribuindo para o estudo do agravo, especialmente, analisando algumas variáveis oriundas do contexto social, “onde a doença adquiriu significado específico²⁵, na perspectiva de contribuir para os estudos futuros mais amplos e subsidiar as ações de controle do agravo”.

Deve ser destacado como uma limitação deste estudo, a não-vinculação da data de realização do VDRL e o início do tratamento, para identificar em que momento da assistência à saúde as mães foram tratadas. Entretanto, considerando observações de variáveis da atenção pré-natal: freqüências de realização do primeiro e segundo VDRL, diagnóstico de sífilis e forma clínica na gravidez, relacionadas com a freqüência de VDRL realizado no parto, diagnóstico e notificação de casos de SC, é possível dizer que a instituição do tratamento da sífilis na mulher ocorreu durante a assistência ao parto.

Em 1997, o Ministério da Saúde admitiu que a sífilis congênita estava eliminada como problema de saúde pública no país, a partir da redução da incidência para 1 caso por 1.000 nascidos vivos³⁰. Utilizando-se esta meta como parâmetro, os índices identificados neste estudo estão acima do mesmo de uma até mais de três vezes. Este resultado corrobora outros estudos, tanto no país, quanto em outras partes do mundo, que assinalam o aumento da ocorrência de casos pelo agravo acima dos níveis de controle estabelecido em cada região^{18,32}. A importante redução na detecção de casos com seqüente baixa da incidência da SC observada no ano de 2000, possivelmente se deve a limitações políticas e gerências no processo de municipalização, e/ou a problemas operacionais de adaptação com o sistema de informação, considerando que, nesse período, foram descentralizadas as ações de vigilância para os municípios. Ressalta-se também que à época, Salvador integrava os municípios habilitados na atenção básica do sistema de saúde, conseqüentemente, responsável pelas ações de vigilância da sua área.

As taxas de mortalidade identificadas foram consideradas elevadas, quando comparadas com taxas de mortalidade pelo agravo em outras áreas geográficas, mesmo considerando serem essas de abrangência populacional maior e, em sua maioria, provenientes de informações de dados oficiais disponíveis com prováveis sub-registros e subnotificações, a exemplo das taxas de mortalidade do agravo, no país e no Estado da Bahia¹⁸, na região Nordeste nos anos de 1980 a 1995¹⁹.

Os resultados deste estudo levam à constatação da fragilidade do sistema de saúde também em nosso meio, quanto ao controle da SC, e sugerem insensibilidade das autoridades sanitárias com relação a anos potenciais de vidas perdidas, de futuros sujeitos da sociedade, que podiam ter sido evitadas, considerando a *causa mortis* ser um agravo, com agente etiológico e forma de transmissão bem conhecidos, que só é transmitido entre humanos, além da existência de diagnóstico e tratamento simples de baixo custo e “eficaz”¹⁶.

Estudo sobre a mortalidade infantil por causas evitáveis em Salvador, Bahia²⁴, aborda a elevada ocorrência de óbitos decorrentes de doenças possíveis de redução por controle adequado na gravidez e assistência ao parto e discute a inefetividade dos serviços de pré-natal. No presente estudo, estes aspectos são corroborados com relação à morbimortalidade por SC.

O estudo também mostrou que apenas a utilização de um sistema de banco de dados, para analisar a magnitude da mortalidade por sífilis congênita, não é suficiente, considerando a ausência de uniformidade nos registros de óbitos entre o SIM e o SINAN. Autores discutem a ausência de dados de mortalidade confiáveis tanto para o desenvolvimento de estudos de mortalidade, quanto para conhecer a real magnitude, e aponta a existência de dúvidas na classificação de óbito fetal e aborto, ressaltando que, em vista disto, muitos natimortos deixam de ser registrados³¹.

No presente estudo, a partir da vinculação entre os sistemas, foi evidenciada a ausência de uniformidade de informações provenientes dos dois sistemas utilizados (SINAN e SIM), a exemplo do registro de óbitos e natimortos por sífilis no SINAN, que não foram equivalentes aos registros de óbitos não-fetais e fetais pela *causa mortis* (A 50), versão 9, do código internacional de doenças (CID) utilizado neste estudo.

Estudo sobre Sistema de Informação em Saúde³³ aponta recentes mudanças no sistema de informação do país, com vista a

integrar os diversos sistemas de informação de saúde de rede nacional, contrastando com a anterior diversidade de sistemas de informação nas várias esferas de saúde, completamente desarticulados quanto a organização, objetivo e modelo de atenção. Apesar das mudanças na reorientação nos sistemas de informação, este estudo ratifica a presença de incompatibilidade com relação à uniformidade das informações registradas, não sendo possível a utilização desses separadamente para o conhecimento da real situação epidemiológica de um dado agravo. Corroborando com a opinião de autores sobre a necessidade de ampliar as fontes de informações, quando em estudos semelhantes a este³³.

Na literatura atinente ao tema, é discutida a relevância dos indicadores de natimortalidade como ferramenta importante para avaliar as condições de vida e de assistência no pré-natal e no parto³¹. Entretanto, também é abordada a pouca importância que a mortalidade fetal vem tendo como problema de saúde pública, tanto no que diz respeito à sua epidemiologia, quanto ao desenvolvimento de estudos individualizados sobre mortalidade perinatal e infantil. As lacunas no registro de óbitos fetais e não fetais por SC, certamente derivam dessa baixa importância.

Foram identificados neste estudo, diversas variáveis importantes para o diagnóstico e o seguimento, tanto da mãe quanto da criança, com campos de informações em branco ou ignorado. Esses aspectos também foram encontrados em estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro e em São Paulo^{34,35}, diferindo, apenas, com relação às frequências dessas ocorrências e da população estudada.

A baixa realização de condutas preconizadas para a atenção pré-natal, a exemplo do diagnóstico sorológico na gestante e no parceiro sexual, e a realização da sorologia para HIV constituem importantes indicadores da baixa resolutividade das ações de pré-natal para surpreender precocemente possíveis agravos à saúde da gestante e do feto, e contribuir para a prevenção da reinfecção na gestante, interromper a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, prevenir e reduzir a transmissão vertical da sífilis e do HIV.

A sorologia para HIV integra o protocolo das atividades de vigilância da SC, fundamentado nos conhecimentos epidemiológico e clínico sobre a vulnerabilidade da transmissão tanto do HIV quanto do *Treponema pallidum* na gestante e na criança. Entretanto, neste estudo, foi constatado, tanto nas mães quanto nos recém-nascidos, que o campo de informação sobre a realização desse exame foi, na sua maioria, em branco ou ignorado. Este resultado corrobora os que foram encontrados por outros autores^{35,36} em São Paulo, e contrasta com um estudo na Rússia, quando em uma amostra de 850 gestantes com sífilis, apenas 3,5% não tinham essa informação³⁷. Neste estudo, foi evidenciado o quão ainda é frágil o desenvolvimento das ações de controle na rede de saúde visando oportunizar a realização conjunta do diagnóstico de sífilis, e da infecção pelo HIV na gestante.

Possivelmente, vários aspectos envolvem essa pouca efetividade, como: a recusa das pacientes quanto à realização do exame, considerando que a sorologia para HIV é realizada mediante o consentimento, apesar de no protocolo integrar os exames a serem solicitados no pré-natal^{38,39}, como também pode ser atribuída a lacunas na qualificação dos profissionais quanto ao acon-

selhamento para a adesão da gestante à realização do exame, tendo em vista a possibilidade de prevenção da transmissão do HIV para o feto, no caso de gestante soropositivo. Ainda, pode ser resultado de baixa infra-estrutura para a realização desse, ou a não-adesão dos próprios profissionais de saúde inseridos na atenção à gestante.

Deve também ser destacada, já amplamente veiculado na literatura, a frequência de pessoas portadoras de DST e soropositivas para HIV, sendo abordadas como facilitadores dessa co-infecção, o compartilhamento das mesmas formas de transmissão e, em especial, a presença de DST ulcerativas, que aumentam essa possibilidade⁴⁰.

A sífilis insere-se dentre as DST ulcerativas mais frequentes, que possibilitam essa co-infecção, por apresentar características clínicas, como a lesão ulcerada, que facilita a infecção pelo HIV. Somam-se a essa probabilidade, as características biológicas da mulher, a exemplo da fragilidade das mucosas vaginais, que aumentam o risco dessa co-infecção. É importante ressaltar que a infecção pelo *Treponema pallidum* e pelo HIV na gestante, pode acentuar o risco de o feto ser contaminado pelo HIV, assim como, o recém-nascido infectado pelo HIV, pode ter uma maior progressão da severidade da SC, a exemplo da neurosífilis⁹, além das possíveis dificuldades na abordagem e no seguimento terapêutico, decorrentes das reações orgânicas conseqüentes da imunodeficiência provocada pelo HIV^{9 40-42}.

A análise das variáveis relacionadas com a assistência pré-natal revela um percentual expressivo da realização deste exame, com campo de informação em branco, ignorado e não-realizado. Ainda assim, dentre as que tinham informação, o número de consulta mais freqüente esteve em conformidade com a preconização mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde^{38,39}. Entretanto, identificaram-se possíveis perdas de oportunidade para prevenir a transmissão vertical da sífilis, considerando que, dentre as informações sobre o número de consulta de pré-natal, a maior frequência foi de 4 a mais de 6 consultas e a idade gestacional mais freqüente na primeira consulta entre 1 e 6 meses, semelhante a outros estudos^{35,38,43,44} e contrastando com os resultados de investigações realizadas na Bolívia, Quênia e África do Sul¹⁵, que apontam como maior dificuldade, além da baixa infra-estrutura para o controle da SC, o fato de as gestantes comparecerem à consulta de pré-natal após seis meses de gestação.

O expressivo percentual de mães com o campo de informação sobre a realização de pré-natal em branco ou com essa informação ignorada, não possibilita a inferência geral sobre a cobertura deste, ainda que quantitativa. Entretanto, na análise dentre aquelas que tinham a informação de terem realizado o pré-natal, o início deste foi em tempo hábil para interromper a cadeia de transmissão e prevenir a SC.

Os resultados sobre mães que realizaram o primeiro VDRL foi pouco expressivo, e ainda menor sobre a realização do segundo VDRL, colocando em evidência a perda de oportunidades para essa prevenção e, ainda, a qualidade das ações do pré-natal, sob suspeita.

As características relacionadas com a irregularidade e a inefetividade da assistência pré-natal são apontadas, universalmente, como a principal característica para o recrudescimento da SC.

Entretanto, essas características, não ocorrem de forma isolada, mas, conseqüente ao contexto sócio-político-econômico-cultural e biológico que envolve a mulher, evidenciando a negligência nas políticas públicas de saúde para com esse segmento.

No contexto biológico, é discutida a conformação biológica da mulher que pode torná-la mais vulnerável às infecções transmitidas sexualmente⁴⁵⁻⁴⁷ como a sífilis e, em especial, a sífilis materna, considerando que a ectopia fisiológica da gestante deixa o colo do útero bastante vascularizado e friável, podendo ser uma porta de entrada importante para o *Treponema pallidum* e contribuir para a ocorrência da SC⁴⁸.

No contexto sócio-político-econômico-cultural, é apontada a marginalização principalmente em grupos mais excluídos socialmente, como as negras e as índias. “Tais aspectos, resultam do processo de construção de gênero em nossa sociedade, onde ainda predominam relações hierárquicas de poder entre mulheres e homens”⁴⁹, nos quais, “as mulheres ocupam o pólo dominado”⁵⁰ sendo também discutida a sua influência na negociação do sexo seguro^{51,52}.

Apesar desse cenário, assiste-se há décadas a fragmentação das ações dirigidas à assistência à saúde da mulher, traduzidas por atividades isoladas, que desde a década de 1990, descaracterizou o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) como um programa pensado para atender integralmente às mulheres, assim como a mudança no enfoque materno-infantil substituído “pelo interesse primordial pela saúde das crianças”⁵⁰. Entretanto, essa mudança de enfoque, não resultou em mudanças efetivas nas ações de saúde para a criança, quando se constata nos dias atuais, o aumento da morbimortalidade, conseqüente a agravos que dispõem de tecnologia para prevenção, tratamento e cura, como no caso específico da sífilis congênita.

Por outro lado, essas ações têm sido insuficientes qualiquantitativamente para atender à demanda, especialmente no que se refere à prevenção e ao controle das DST, em especial, a sífilis adquirida por mulheres em idade fértil, dentre estas, as gestantes. Concomitante a essa constatação, vem sendo observado o aumento da mortalidade materna por causas evitáveis, o aborto, a reincidência e o desconhecimento da magnitude das DST, especialmente entre as mulheres, o aumento de alguns agravos à saúde das crianças, como as doenças congênitas, a exemplo da sífilis congênita, que é apontada na literatura e foi constatada, neste estudo, em nosso meio, uma importante ocorrência.

Os resultados mais expressivos deste estudo vieram das ações de vigilância da SC na assistência ao parto, pela da qual mães e recém-nascidos, ou apenas puérperas, no caso de natimorto, foram diagnosticadas e tratadas. Foi também constatado um percentual considerável de recém-nascidos infectados e assintomáticos ao nascer. Achados também apontados, tanto nos dados oficiais quanto nos resultados de outros estudos no país, e em outras partes do mundo. Ressalta-se também que a informação sobre o número de parceiros neste estudo e a ausência de tratamento desses são semelhantes na quase totalidade dos estudos globais. Portanto, é um indicativo relevante para o redirecionamento das ações, visando a interromper a cadeia de transmissão.

A realização de ações de investigação de SC no momento da atenção ao parto, é uma oportunidade para detectar casos de SC.

Entretanto, ainda que essa seja uma oportunidade importante para tratar a sífilis na mulher e possivelmente contribuir na prevenção ou na redução da gravidade de seqüelas já instaladas nos recém-nascidos, e um momento ímpar na retaguarda das ações de controle para surpreender os possíveis casos de reinfeção ou ausência de investigação, diagnóstico e tratamento no pré-natal, alguns aspectos relacionados com o predomínio dessas ações na assistência ao parto em detrimento de ocorrerem na assistência pré-natal, devem ser destacados. Dentre estes, apontam-se a investigação tardia com relação à prevenção da transmissão vertical da sífilis, a redução da possibilidade de prevenir seqüelas no RN e o conseqüente aumento de ônus no sistema de saúde.

A ênfase na realização da vigilância da SC no âmbito hospitalar, na atenção ao parto, distancia-se da prevenção de riscos e da identificação de “indícios de danos”⁵³, considerando as características específicas do agravo, dentre as quais se destacam-se o período de latência na mulher, e também a ausência de sinais e os sintomas ao nascer na maioria dos infectados nascidos vivos.

Observou-se também, que apesar das ações de controle estarem mais direcionadas para a prevenção do dano no ambiente hospitalar, ainda assim, apresentaram pouca agilidade na intervenção para o êxito desta, haja vista a observação de recém-nascidos em que o diagnóstico foi realizado após 3 dias, e em um número importante após dez dias. Possivelmente, outra suspeita diagnóstica e ou a realização deste após a alta da maternidade.

A baixa realização de VDRL do líquido foi observada na maioria dos recém-nascidos deste estudo. Resultado também encontrado em um estudo no Rio de Janeiro³⁴. Essa evidência representa a pouca sensibilidade para a investigação da neurosífilis que, além de ter conhecida a probabilidade da sua ocorrência, é mais agressiva à saúde da criança e tem conduta diferenciada quanto à forma de tratamento. Na Bahia, esse aspecto foi assinalado em 1998⁵⁴.

Considerando o curto período de internamento para o parto, a demanda, além de outros possíveis fatores, e a demora observada para instituir o diagnóstico podem constituir barreiras para que mães e recém-nascidos, ou só puérperas, no caso de abortamento, morte do recém-nascido ou sorologia negativa neste, saíam da maternidade diagnosticadas(os) e tratadas(os). Assim, apesar das ações de vigilância mais acentuadas na assistência hospitalar, constataram-se perdas de oportunidade para diagnosticar e tratar, semelhantes à observação na atenção pré-natal. Essa constatação é relevante e ganha mais importância quando se observa a baixa frequência de mães diagnosticadas no pré-natal. A maioria dos recém-nascidos foi assintomática ao nascimento, e a quase totalidade dos parceiros das mães não foram tratados.

Apesar de não ter sido objeto do estudo pesquisar os prováveis fatores sócio-econômico relacionados com a determinação da sífilis congênita, destacamos que a maioria das mães tinha escolaridade até primeiro grau e eram domésticas, seguidas de donas-de-casa. Essa constatação pode ser o indício da ocorrência desse agravo entre mulheres e crianças oriundas da população mais empobrecida, e com prováveis dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Possivelmente, pertencem aos grupos mais atingidos pelas políticas públicas adotadas na América Latina e no Brasil, entre as décadas de 1980 e 1990, período em que se

acentuou a queda na renda por habitante, aumentando o número de indivíduos na linha de pobreza e abaixo dela⁵⁵. Esse fato também teve e tem efeitos cumulativos no acesso aos serviços de saúde para esses indivíduos. Apesar dos esforços do movimento da reforma sanitária, que teve como desfecho o Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de universalizar, integrar e igualar o acesso, os descaminhos no contexto da aplicação desse sistema, ainda hoje, faz com que essas pessoas estejam revivendo as dificuldades de décadas passadas, ainda que apresentem aspectos diferenciados dos idos das décadas de 1970, 1980 e 1990^{55,56}.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a sífilis congênita apresenta em nosso meio um perfil de agravo recrudescente. As taxas de incidência foram acima do parâmetro nacional estabelecido para o controle e as características analisadas, tanto referentes aos casos quanto às mães, apontam baixa resolutividade na rede básica de saúde, com relação à atenção à saúde da mulher, especificamente na assistência pré-natal, assinalando uma possível inferência da inefetividade da atenção pré-natal, como preditor da sífilis congênita. A ausência de uniformidade nas ações de vigilância, com relação a investigação, notificação e registro, possivelmente contribuíram para a baixa qualidade das informações. Em vista desses resultados, identifica-se que urge a implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo, de treinamentos sobre definição de caso de sífilis congênita e uniformidade da conduta de vigilância, de registro no SINAN, e uma avaliação da situação epidemiológica do agravo no município com consequente direcionamento das ações de controle.

Agradecimentos

Aos professores, funcionários, colegas, sobretudo dirigentes das instâncias colegiadas do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, pelo apoio e solidariedade, sobretudo quando das interrupções e retomadas no desenvolvimento dessa pesquisa. À Margarida Machado, diretora da Faculdade de Enfermagem da UCSAL (*in memoriam*) pelo consentimento e interlocução junto à reitoria pela licença para o desenvolvimento da pesquisa; a Lorene Pinto (superintendente da SUVISA) e Marlene T. B. Carvalho (diretora) e aos demais colegas da DIVEP/SES – Bahia, pela solidariedade no desenvolvimento da pesquisa; à Diretoria de Informação e Comunicação em Saúde (DICS) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Márcia Mazzei) pela disponibilização dos dados, em especial, Ângela Vasconcelos, Aidil da Silva (*in memoriam*) e Vandinei, pela coleta/importação e junção dos dados da base de informação sobre o agravo; a Wilson de Sousa de Almeida e Ricardo Gutierrez pela colaboração na construção das tabelas e gráficos; Edleide e Luciara Brito, colaboração no processamento e análise estatística dos dados; Dolores Fernandez Fernandez, Eliana de Paula e Tânia Santiago (IPERBA-BA), Maria José Silva e Fábio Carmo (Maternidade Tsylla Balbino) pelo acesso e pela coleta de dados complementares nas fichas e prontuários; aos professores Lícia Moreira (HUPES/UFBA), Eduardo Mota (ISC/UFBA) e Mirian Paiva (EEUFBA) pelas sugestões no direcionamento do estudo; às professoras Gesilda Lessa, Stella Barros (EEUFBA) e Maria da Conceição N. Costa

(ISC/UFBA), pela leitura e sugestões ao texto, e Jenny Araújo (EE e ISC/UFBA), pela revisão final no texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Bases técnicas para eliminação da Sífilis Congênita. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 1993.
2. Passos MRL e Fonseca CG. Epidemiologia das DST. DST – J bras Doenças Sex Transm 1990; 2(2,3,4): 37-47.
3. Gutman LT. Syphilis In: Feign R, Cherry JD. Textbook of pediatric infection diseases. 4 ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1998.
4. Pinhata MMM, Yamamoto AY. Infecções Congênicas e Perinatais. *Jornal de Pediatria*, 1999; 75(s1): 15-30.
5. Centers for Disease Control for prevention (CDC). Guidelines for the prevention and control of syphilis. *MMWR* 1988; 47 (RR-1) 29-49.
6. Passos MRL. Sífilis. DST – J bras Doenças Sex Transm 1989; 1(2): 47-60.
7. Passos MRL, Gouvêa TVD, Almeida Filho LG. Sífilis II. In: Passos MRL. Doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1995. p.552:15-22; 86-120.
8. Gonzaga MA. Sífilis Congênita. In: Tonelli E, Freire LMS. Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.444-456. v.2.
9. Guinsburg R. Sífilis Congênita. In: Farhat CK, Carvalho ES, CarvalhoLHFR, Succi RCM. *Infectologia Pediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p.323-334.
10. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: na overview and recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004; 82(6): 424-430.
11. Lawn JE, Causens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why?. Disponível em: . Acessado em fevereiro de 2006.
12. Canela S et al. Sífilis congênita en el hospital Robert Read Cabral. *Ver méd domin* 1990 jul-sept; 51(3): 5-9.
13. Carey JC. Congenital syphilis in the 21st Century. *Current Women's Health Rep*; 2003; (4): 299-302.
14. Kozu KT, Godinho LT, Muniz MVF, Chiarioni P. Mortalidade Infantil: Causas e Fatores de Risco. Um Estudo Bibliográfico. Disponível em:
15. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolívia, Kenia and South África. *Bulletin of the Healt Organization* june 2004; 82: 410-416. Disponível em: . Acessado em: 5 mar. 2006.
16. Centers for Disease Control for Prevention (CDC). Comparison of early and late latent syphilis – Colorado, 1991. *MMWR*. 1993; 42(RR-155-7).
17. Passos MRL et al. Estudo de Equivalência entre Azitromicina e Penicilina G Benzatina no Tratamento da Sífilis. *DST- J bras Doenças Sex Transm*, 2004; 16 (1): 52-66.
18. Paz LC, Pereira GF, Matida LH, Saraceni V Jr., Ramos NA. Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: definição de casos, 2004. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST* 2004; ano 18(1): 10-15.
19. ima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *J Bras Patol Méd. Lab* 2002; 38(4) [periódico on line]. Disponível em: .
20. Moreira LMO. Nível sorológico para sífilis e gestantes e recém-nascidos de uma população da cidade de Salvador [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina/Universidade Federal da Bahia, 1981.
21. Almeida MFG. Sífilis Congênita: Ações de Vigilância descortinando a magnitude na Bahia – Relato de experiência. In: *Anais do V Congresso da Sociedade Brasileira de DST – DST5*. Recife, 2004; CD/ROM.
22. Silva Jr. JB, Barreto ML, Carmo EH. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(2): 63-75.
23. Costa MCN, Azi PA, Paim JS, Silva LMV. Mortalidade Infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001; 17(3): 555-567.
24. Oliveira AB. Mortalidade Infantil por Causas Evitáveis em Salvador – Bahia. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2001.
25. Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, História Natural e prevenção de Doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI 1999; 708: 17-35.
26. Almeida FN. A Clínica e a Epidemiologia. 2ª ed. Salvador: APCE-ABRASCO 1997; p.205:35; 170-171.
27. Breilh J. Nuevos Conceptos Y técnicas de investigación. *Guia Pedagógica para un Taller de Metodología*. 3ª ed. CEAS, Quito: Equador; 1997. p. 366:49.

28. Soares LT. Os custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina. São Paulo: Cortez 2000. p.78:118.
29. Duarte G, Elucir G, Souza AM, Miyeko H, Zanetti ML. Morte fetal por sífilis: avaliação epidemiológica realizada em Ribeirão Preto: Brasil Bol Oficina Sanit Panam 1994; 116(4): 290-7.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids. Aids no Brasil: Um esforço Conjunto Governo-Sociedade, 1998. p.106.
31. Lorenzi D, Madi JM. Sífilis Congênita como indicador de Assistência Pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2002; 23(3): 647-652.
32. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud: Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: un objetivo alcanzable; 2002.
33. Mota E, Carvalho DMT. Sistema de informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ. & Almeida NF. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.708: 605-28.
34. Saraceni V, Vellozo V, Leal MC, Hartz ZMA. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(4): 419-424.
35. Tayra AP. Sistema de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
36. Vieira AA. Contribuição ao Estudo Epidemiológico da sífilis congênita no Município de Carapicuíba – SP. Ainda Uma Realidade em 2002. DST – J bras Doenças Sex Transm 2005; 17(1):10-17.
37. Tikhonova LE, Salakhov KE, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S. Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants and consequences. Sex Transm Infect 2003; 79(2):106-10.
38. Serruya JS, LagoTDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. Rev Bras Saúde Mater Infant 2004; 4(3). Disponível em: .
39. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília (DF) 2000.
40. Wassserheit JN. Epidemiological synergy: Interrelationships Between: HIV infection and other STDs. In: Aids and women's reproductive health. New York: L L Chen. 1991.
41. Picchi M, Costa MTZ da, Okay Y. Sífilis Congênita: Controvérsias na Abordagem Terapêutica. Pediatria São Paulo, 1996; 18 (3):119-124.
42. Guinsburg R, Dos Santos AMN, Leal DV, Pacheco AABM, Okida KS, Trigueiro TC et al. Sorologia positiva para sífilis no período neonatal: prevalência em maternidade de nível secundário. Associação com fatores de risco maternos e com sorologia positiva para HIV-1. Ver Ass Méd Brasil 1993; 39(2):100-4.
43. Martino H et al. Sífilis Congênita: Incidência, morbidade e mortalidade no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) Niterói – Rio de Janeiro: J Ped 1982; 52(3).
44. Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puerperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(3):168-75.
45. Grinszte B. Mulheres e Aids. Aspectos Clínicos: A Experiência Brasileira In: Seminário de cooperação Brasil-França. Aids e mulheres. Salvador: Anais. 1999; 53-66.
46. Lopes SR & Paiva MS. Doenças sexualmente transmissíveis. Bahia Análise e Dados. Salvador, set 1997; 7(2):162-168.
47. Durovoni B & Silva M. Doenças sexualmente transmissíveis e DST/Aids. In: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, Saúde em Foco. Rio de Janeiro, dez. 1998; v. 7, n.º.
48. Torloni MR et al. Prematuridade e Infecções Congênicas. Femina 2002; 30(6):351-355.
49. Nascimento ER. Assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepções de mulheres em centro de saúde de Salvador/Bahia [Tese doutorado em Enfermagem] Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
50. Aquino EML, Araújo TVB, Marinho LFB. Padrões e Tendências em Saúde Reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica In: Giffin K, Costa SH (Orgs.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz 1999. p. 253-279.
51. Barbosa MR. Negociação Sexual em Tempos de Aids. In. Seminário de Cooperação Brasil-França. Aids e mulheres. Salvador: Anais 1998; p.85-94.
52. Villela WV. Saúde reprodutiva em tempo de Aids: desafios e perspectivas In. Seminário de Cooperação Brasil-França. Aids e mulheres. Anais. Salvador, 1998; p.67-78.
53. Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ & Almeida FN. Epidemiologia e Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi 1999; 570:473-487.
54. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de vigilância da Saúde/Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Relatório Anual de Atividades de Vigilância Epidemiológica, 1998.
55. Soares LTR. Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina. [Tese de Doutorado] Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, 1995.
56. Paim JS, Almeida FN. A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Ed. Casa da Qualidade; 2000. 125p.

Endereço para correspondência:

MARIA DE FÁTIMA GOMES DE ALMEIDA

Endereço: Rua Boa Vista de Brotas, 128, Cond. Marquês de Abrantes, aptº. 902, Boa Vista de Brotas, Salvador, BA, Brasil.

CEP: 40240-346

Tel Res: 55 71 3244-3799

Tel Trab: 55 71 3270-5600/5842 (DIVEP/SESAB)

E-mail: fatima.de.almeida@uol.com.br

Recebido em: 17/10.2007

Aprovado em: 18/12/2008