

PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES TRIADAS PELO PROGRAMA DE PROTEÇÃO À GESTANTE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA NO PERÍODO DE 2013

Célio de Almeida Rocha Junior¹

Hugo de Castro Lobo¹

Prof. Leonardo Izidório Cardoso Filho²

Resumo

Neste trabalho foi relatado dados que quantificou o número existente de gestante triadas pelo (PPG) Programa de Proteção a Gestante do Estado de Goiás no município de Goiânia, no período de 2013, determinando a prevalência da infecção por sífilis, indicando as pacientes com positividade, bem como identificando os fatores de risco relacionados a obtenção da infecção decorrente da doença.

Causada por uma bactéria gram-negativa em forma de espiroqueta denominada de *TREPONEMA pallidum*, que se tratado precocemente é facilmente curada. Se não tratado poderá ter consequências graves, geralmente complicações cardiovasculares, oftalmológicas, ósseas, auditivas e alterações do sistema nervoso central(PETER, 2000; AZIMIR, 2003).

Sua transmissão de caráter adquirido é pela via sexual, já a congênita é pela transmissão vertical(AVALLEIRA, 2006).

Apresenta-se em três fases distintas: primária, secundária e terciária (BRASIL, 1988).

É inadmissível que uma doença tão antiga atinja alto índice entre as doenças venéreas e inúmeros casos de morbidade e mortalidade neonatal (MAGALHÃES et,al; 2011) .

Estas pacientes foram analisadas em dois momentos: uma primeira amostra foi coletada por volta da oitava semana de gestação, uma segunda amostra por volta da trigésima semana.

Neste intervalo as pacientes que apresentaram positividade no exame a seco, foram reconvocadas para realização da coleta em soro.

Depois da triagem as positivas receberam tratamento para evitar transmissão vertical.

Foi utilizada a metodologia Elisa, na triagem sorológica para sífilis em papel filtro, que consiste em uma técnica amplamente utilizada para rotina laboratorial.

Os pacientes com positividade em papel filtro foram reconvocadas para coleta em soro, que fizeram exames complementares e confirmatórios, como VDRL e FTABS.

Palavras chaves:gestantes, prevalência, sífilis.

¹ Acadêmico do Curso de Biomedicina da Faculdade União de Goyazes

² Orientador: Prof.Faculdade União de Goyazes; outras instituições

Prevalence of syphilis among pregnant women screened by the Protection Program of the Mother in the city of Goiânia-Goiás in 2013.

ABSTRACT

This study reported data that quantified the existing number of pregnant women screened by the Program to Protect Pregnant (PPG) in Goiânia, State of Goiás, in 2013, determining the prevalence of syphilis infection, indicating patients with positivity, well as identifying the risk factors related to obtaining the infection due to the disease.

Syphilis is caused by a spirochete shaped bacterium called *TREPONEMA pallidum*, which is easily cured treated early. If untreated could have serious consequences, usually cardiovascular, ocular, skeletal, hearing and disorders of the central nervous system (PETER, 2000; AZIMIR, 2003).

Its transmission character is acquired through sexual contact, as is the congenital transmission (AVALLEIRA, 2006). It comes in three distinct phases: primary, secondary and tertiary (BRAZIL, 1988).

It is unacceptable that such an ancient disease reaches high rate of venereal disease and numerous cases of neonatal morbidity and mortality (MAGALHÃES et al, 2011).

These patients were analyzed in two stages: a first sample was collected around the eighth week of gestation, a second sample at about the thirtieth week. Meanwhile the patients who were positive on examination cleaning, were recalled for blood sampling in serum.

After screening the positive received treatment to prevent vertical transmission. ELISA was the methodology used in serological screening for syphilis on filter paper, which is a widely used technique for routine laboratory.

Patients with positivity on filter paper were recalled to collect serum, which made complementary and confirmatory tests such as VDRL and FTABs.

Keywords: pregnant women, prevalence, syphilis.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa descrita pela primeira vez há cerca de 500 anos. Relatos de sua presença na Europa logo após o descobrimento da América mesclam-se com a sua existência no Velho Continente em período anterior às viagens de Cristóvão Colombo ao novo mundo (SOUZA, 2005). Contudo, está longe de poder ser considerada uma doença do passado, permanecendo uma causa importante de doença venérea, com possíveis implicações na morbidade e mortalidade neonatal.

A sífilis é uma doença infecciosa causada por uma espiroqueta que foi descoberta por Fritz Richard Schaudinn e Paul em 1905 (SOUZA, 2005) denominada *TREPONEMA pallidum*. Se tratada precocemente é facilmente curável. No entanto, poderá ter consequências graves (nomeadamente alterações do SNC, cardiovasculares, ósseas, oftalmológicas e auditivas), caso não se interrompa o curso natural da doença (PETER, 2000; AZIMI, 2003).

O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-15 nm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2 micrometros de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetilmurâmico e N-acetilglucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos (AVELLEIRA, 2006).

A sífilis é doença transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis (AVELLEIRA, 2006).

Geralmente a sífilis é subdividida em fase primária, em que a lesão específica é o cancro duro ou protossifiloma, que surge em média duas semanas após a infecção, fase secundária que é caracterizada pela disseminação do treponema por todo corpo. Geralmente sua manifestação ocorre de quatro a oito semanas depois do aparecimento do cancro duro (BRASIL, 1988) e a fase terciária onde os pacientes, geralmente desenvolvem

lesões localizadas cutâneo-mucosas, alterações cardiovasculares, neurológicas e articulares (MAGALHÃES et al., 2011).

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *T. pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária (BERMAN, 2004). A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão da doença são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero (BRASIL, 2006).

O diagnóstico laboratorial da sífilis é dividido em dois grupos: provas não treponêmicas e provas treponêmicas. Cada um possui características distintas que as tornam úteis para diferentes propósitos. São complementares, não exclusivas entre si. As não treponêmicas são mais úteis nas triagens. As treponêmicas são reservadas para confirmação quando uma não treponêmica é positiva e (KONEMAN, 2001; PEELING, 2001; ROTTA, 2005) são específicos para detecção e anticorpos anti-*T. pallidum*. Positivam-se primeiro quando comparados com testes não treponêmicos (DAVID, 2003).

Ao contrário de outras doenças de transmissão sexual que afetam os recém-nascidos, a Sífilis Congênita pode ser prevenida e ou tratada *in útero*, desde que devidamente rastreada e apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais. Sua ocorrência evidencia falha dos serviços de saúde, (BRASIL, 2006).

Por outro lado, apesar de décadas de experiência com a Sífilis congênita, ainda surgem problemas na definição de caso índice, avaliação diagnóstica, tratamento e seguimento.

No Brasil, a sífilis congênita passou a ser de notificação compulsória em 1986, por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (Brasil. Portaria no 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827). Sabemos, porém que frequência da doença é maior do que a demonstrada pelos números oficiais, pois existem falhas no diagnóstico, nas condutas médicas e nos mecanismo de notificação da doença (REIS FLORES, 2011).

Foram encontrados em estudos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde, em 1993, que 153.462 mulheres deveriam ser positivas ao exame de VDRL (*VeneralDiseaseReserachLaboratory*). Estas poderiam gerar 130.443 crianças portadoras de sífilis congênita, porém, menos de 400 casos foram notificados no mesmo período no Brasil (BRASIL, 1993).

Acredita-se que o ressurgimento da sífilis da década de 90, foi causado por problemas de ordem social associados com envolvimento com drogas e prostituição (SISON,1997; SANCHEZ,1997), o que gerou novos casos de recém-nascido infectados com a doença.

A sífilis é uma doença de grande morbidade na vida intra-uterina. A infecção precoce na grávida não tratada transmite-se em 60-100% dos casos ao feto, resultando em 40% de mortes fetais ou perinatais e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos (MAGALHÃES et al., 2011).

A sífilis ocupa, conforme a região, a segunda ou terceira causa de ulcera genital, de acordo com os dados de prevalência nos trópicos. (outras são o cancro mole e herpes genital). Houve recrudescimento da sífilis na Irlanda, Alemanha e cidades americanas, como San Francisco e Los Angeles, em grupos com comportamento de risco, como homens que fazem sexo com homens (HSH) e profissionais do sexo(AVELLEIRA, 2006).

Nos Estados Unidos, em 2004 houve aumento de 11,2% dos casos de sífilis primária, que passaram de 7.177 em 2003 para 7.980 (AVELLEIRA, 2006).

Foram encontrados 760 natimortos entre 14.627 casos de sífilis em um estudo realizado nos Estados Unidos entre os anos de 1992 e 1998. Em um estudo de coorte prospectivo na Tanzânia, 51,0% dos casos de natimortos estavam relacionados à sífilis materna (SARACENI, 2005). Na Federação Russa, vem se registrando um aumento da incidência da doença, e um estudo de 850 grávidas identificou 544 casos que resultaram em 26,0% de óbitos fetais ou neonatais (LTIKHONOVA, 2002).

A incidência entre homens norte-americanos é 3.5 vezes maior que entre mulheres, e o número de casos continua subindo, particularmente entre homossexuais (PAN, 2006).

Na África, são estimadas que 2 000 000 ou mais de mulheres portadoras de sífilis fiquem grávidas a cada ano. Destas 1 640 000 delas continuam doentes durante a gravidez (SCHMID, 2004).

Na Zâmbia, apesar das elevadas taxas de sífilis congênita, apenas 30% das gestantes foram selecionadas para a realização do screening para sífilis, sendo que a procura para o pré-natal chega a 90% (WORLD, 2005).

Em um estudo realizado em Nairobi, Kenya no ano de 2000, de 22 466 mulheres que dão à luz, 12 414 (55%) foram testados para a sífilis e destas 377 foram reagentes (M Temmerman, 2000).

Segundo a Organização Pan-Americana da saúde (AHO), a sífilis é um problema de saúde pública sério na Américas e particularmente na América Latina e no Caribe onde estimativas apontam mais de 330 000 mulheres grávidas, doentes e sem tratamento. Elas darão à luz a 110 000 bebês com sífilis congênita e um número similar resultará em aborto espontâneo (PAN, 2006).

Segundo estimativas a Organização Mundial de Saúde, em 1999, o número de novos casos de sífilis foram 12 milhões, sendo que 3 milhões ocorreram na América Latina(WORLD, 2004).

Segundo dados dos serviços de banco de sangue da Organização Pan-americana de Saúde 0,16% do total de sangue transfundido na América Latina não foram tirados para sífilis durante o ano de 2003 (ORGANIZACIÓN, 2005).

Em 1993, o Ministério da Saúde do Brasil, juntamente com a Organização Pan-Americana(OPAS) e Organização Mundial de Saúde(OMS) e mais outros seis países da América Latina e Caribe assumiu o compromisso para a elaboração do plano de ação, visando à eliminação da Sífilis Congênita nas Américas, tomando como referência no Brasil, onde foram registrados 5.792 casos da doença no ano de 2005 (MAGALHÃES et al., 2013).

Um estudo realizado no Brasil entre 1996 a 2009 demonstrou a mortalidade por Sífilis nas regiões brasileiras, sendo 9% na região norte, 33% na região nordeste, 46% na região sudestes, 9% na região sul e 4% no centro-oeste. O coeficiente de mortalidade por Sífilis no Brasil de nascidos vivos foi de 3,2/100.000 de acordo com a região de residência; 1,9 para a região norte (6 óbitos); 3,5 para a nordeste (31 óbitos); 4,3 para a sudeste (48 óbitos); 1,1 para a sul (4 óbitos) e 1,8 para a centro-oeste (4 óbitos), sendo que no período

de 1996 a 2009, no país, ocorreram 1.189 óbitos por Sífilis Congênita.(ABRÃO COSTA et al., 2014).

É inaceitável que uma doença tão antiga, da qual se conhece o agente, o tratamento e a cura, ainda continue sendo uma doença venérea importante e responsável por um grande número de pessoas doentes e inúmeros casos de morbidade e mortalidade neonatal.

O diagnóstico de sífilis congênita se enquadra entre as doenças perinatais evitáveis, pois o procedimento e tratamento podem ser realizados durante a gestação. O não tratamento acarretará em danos consequenciais.

A sífilis é causa de grande morbidade na vida intra-uterina. A infecção precoce na grávida não tratada transmite-se em 60-100% dos casos ao feto, resultando em 40% de mortes fetais ou perinatais e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos (MAGALHÃES et al., 2011).

Com o objetivo de eliminação da sífilis congênita, o Ministério da Saúde (MS, 1993) recomenda o rastreio da sífilis na gravidez, utilizando-se o VDRL, teste quantitativo não treponêmico, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão.

Quando se compara os números encontrados em estudos epidemiológicos com os números oficialmente notificados, notamos uma grande diferença. Os estudos nos revelam um número muito maior de pacientes positivas. Isso deixa claro que existe uma enorme falha nos serviços de notificação compulsória (LEAL et al., 2003).

Neste trabalho, analisaremos a prevalência da sífilis em gestantes nas diferentes regiões do município de Goiânia.

O Programa de Proteção à gestante (PPG) foi implantado em Setembro de 2003 no Estado de Goiás pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Instituto de Diagnóstico e Prevenção (IDP) da Associação de Pais e Amigos Excepcionais de Goiânia (APAE-Goiânia). É um programa de fácil acesso e gratuito onde toda gestante atendida na consulta de pré-natal nos postos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), é submetida a exames de tiragem para Sífilis, Chagas, HTLV 1 e 2, Rubéola, Toxoplasmose, Citomegalovírus, Hepatites B e C e HIV 1 e 2.

O IDP-APAE arca com todos os custos, desde o envio do papel filtro para os postos de coletas até seu retorno ao laboratório.

O programa utiliza coleta de sangue em papel filtro (punção digital), o que oferece enormes vantagens em relação aos métodos usuais, como facilidade na coleta, transporte, armazenamento e custos. O programa tem como objetivo atingir todo Estado, aumentando o número de gestantes triadas no pré-natal e, conseqüentemente, detectar precocemente as doenças que trazem prejuízo à saúde da mãe ou da criança (MACEDO FILHO, 2008). Caso o resultado seja positivo para alguma doença, a gestante faz outros exames confirmatórios. Para realização dos exames confirmatórios, é necessário uma recoleta em tubo (soro) que também é custeada pelo IDP (MACEDO FILHO, 2008).

Em caso de confirmação a gestante do município é atendida no IDP-APAE-Goiânia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Determinar a prevalência da infecção por sífilis em gestantes triadas pelo Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás de janeiro de 2013 a dezembro de 2013 no município de Goiânia Goiás.

2.1. Objetivos específicos

Identificar potenciais fatores de risco associados à gestação para a aquisição da infecção por sífilis.

Identificar as faixas etárias mais acometidas pela doença.

Identificar a prevalência por distrito sanitário.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é decorrente do projeto que foi analisado e aprovado pelo comitê de ética da Faculdade União de Goyazes o protocolo de número 037/2014-1. Os dados foram coletados do registro de sorologia do Programa de Proteção a Gestante do IDP da APAE de Goiânia Goiás.

Este é um estudo descritivo, do tipo quantitativo, com coleta retrospectiva de dados do Sistema de Processamento de Dados do Instituto de Diagnóstico e Prevenção da APAE de Goiânia, entre janeiro e dezembro de 2013.

A população do estudo constituiu-se de gestantes oriundas do programa de proteção à gestante (PPG) da rede de saúde pública do município de Goiânia no período de 2013. Implantado em setembro de 2003, o programa visa detectar precocemente as doenças que trazem prejuízo à saúde da mãe ou da criança. Realiza gratuitamente a triagem de nove doenças através de coletas realizada por punção digital em papel filtro (sangue seco). Com apenas punção digital, são preenchido seis discos delimitados em papel filtro (para os exames de primeira fase, por volta da oitava semana) e três discos delimitados (para os exames de segunda fase, por volta da trigésima semana) que, após secagem natural, são envelopados e enviados por correio ao IDP. O IDP-APAE arca com todos os custos, desde o envio do papel filtro para os postos de coletas até seu retorno ao laboratório. Nos casos em que há necessidade de uma segunda coleta em tubo, o IDP também costeia esse material.

Estas pacientes foram analisadas em dois momentos:

- Uma primeira amostra foi coleta no início da gestação, por volta da oitava semana.
- Uma segunda amostra coletada por volta da trigésima semana.

Neste intervalo, as pacientes que apresentaram positividade no exame a seco, foram reconvocadas para realização da coleta em soro.

Depois de feita toda triagem, as positivas receberam tratamento para evitar a transmissão vertical.

3.1. Coleta e processamento das amostras

As amostras foram coletadas por punção digital em Papel Filtro S & S 903 em uma ficha padronizada de identificação da gestante que contem seis discos de papel filtro para primeira coleta (por volta da oitava semana de gestação) e 3 discos de papel filtro para segunda coleta (por volta da trigésima semana de gestação) , secas ao ar por 60 a 90 minutos, armazenadas em temperatura ambiente (local seco, arejado e sem incidência direta do sol), posteriormente colocadas em envelopes e enviadas ao laboratório do IDP- APAE de Goiânia, onde foram armazenadas entre 2 e 8 graus C, até a realização do exame POP 05 – PROGRAMA TESTE DA MAMÃE; POP 12 – RECEPÇÃO DE AMOSTRAS E PICOTE).

Antes da realização dos exames, as amostras foram analisadas quanto à qualidade da coleta. Amostras mal coletadas com quantidade de sangue insuficiente, secagem inadequada, coloração não correspondente a de sangue seco, amostras contaminadas com qualquer material que interfira no exame como álcool, tinta de caneta ou água, amostras com datas de coletas superiores a 30 dias, são canceladas e solicitadas novamente (POP 12 – RECEPÇÃO DE AMOSTRAS E PICOTE).

Na próxima fase, as amostras foram picotadas automaticamente em disco de 3 mm e encaminhadas para realização dos exames (POP 12 – RECEPÇÃO DE AMOSTRAS E PICOTE).

3.2. Teste de triagem

Na triagem sorológica pra sífilis, em papel filtro, foi utilizada a metodologia ELISA que consiste em uma técnica amplamente utilizada para rotinas de laboratório, excelente como método de triagem por sua alta sensibilidade e adequada especificidade. Foram utilizados kits vendidos comercialmente e com registro no Ministério da Saúde (ANVISA). Utilizamos neste estudo o Kit para detecção de sífilis da MBIOLÓG. As amostras em papel

filtro foram eluidas, usando eluente próprio para este tipo de material biológico e posteriormente a realização do exame seguiu a técnica descrita nos kits comerciais.

Para extração do acAnti – treponemicosIgG e IgM, usamos um picote de 3 mm de diâmetro que foi colocado para eluição em 200 ul de eluato próprio, na placa de realização do exame para pesquisa de ac Anti-treponemicosIgG e IgM por ELISA. A placa ficou em homogenizadores com rotação de 1000 rpm a temperatura ambiente por 1 hora e logo após foram realizados os exames de ELISA manual seguindo a técnica específica (IT 13 – SÍFILIS).

3.3. Testes confirmatórios

As pacientes que apresentaram positividade para sífilis no exame realizado através do papel filtro, foram reconvocadas para coleta de soro para realização de exames complementares e confirmatórios como VDRL e FTABS. O soro foi coletado em tubos estéreis, separado por centrifugação e congelado para envio ao laboratório (POP 80 –RECONVOCAÇÃO; POP 27 PROCESSO TÉCNICO; IT 13 – SÍFILIS; IT 19 – FTA-ABs; IT 22 - VDRL).

As pacientes positivas do interior do Estado foram acompanhadas pela equipe do PPG (obstetra, infectologista, pediatra e psicólogos), enquanto as paciente positivas da região metropolitana de Goiânia foram encaminhadas e seguidas pelos centros de referências (POP 25 – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR).

3.4. Análise de dados e resultados

Os dados foram coletados do banco de dados de registros de sorologias do Programa de Proteção à Gestante do IDP da APAE de Goiânia – GO, através de tabelas geradas pelo sistema eletrônico do mesmo. Após esta fase, as variáveis de estudo foram alocadas em planilhas do aplicativo Microsoft Excel 14.0 para Windows® para posterior análise no programa SPSS Statistics, Foi realizada a exclusão das amostras duplicadas, através do pareamento do nome e data de nascimento das gestantes.

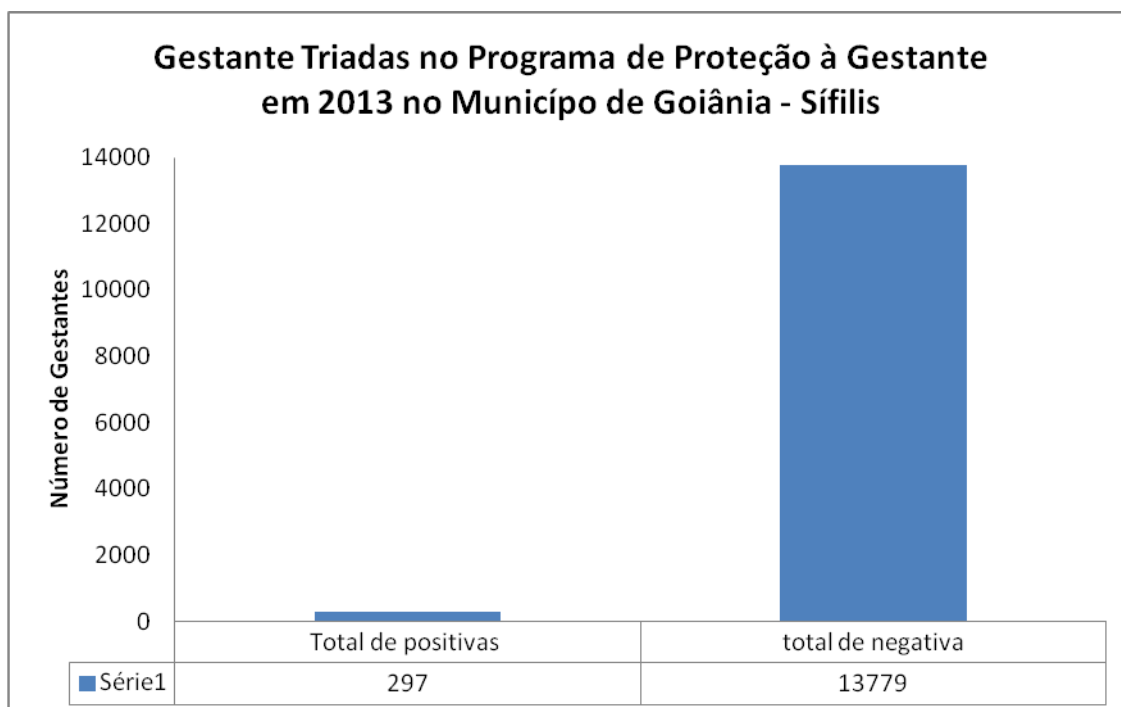
As variáveis de exposição analisadas foram a faixa etária das gestantes, e seus bairros, que foram agrupados em distritos sanitários, seguindo a logística de descentralização estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. A variável de desfecho foi a positividade dos anticorpos para sífilis.

A análise estatística se fundamentou no cálculo do coeficiente de Prevalência. Para a análise da relação entre as variáveis de exposição e a variável de desfecho utilizamos o teste do qui-quadrado (X^2), com nível de significância de 5%.

4. Resultados e Discussão

No período estudado, analisou-se 14076 laudos de sorologia para sífilis, realizados pelo Programa de Proteção à Gestante, no período de janeiro a dezembro de 2013, no município de Goiânia. A prevalência de anticorpos para sífilis nesta população foi de 2,11%.

Mediante os resultados sorológicos analisados, evidenciou-se 297 gestantes positivas para sífilis. Estas gestantes realizaram coleta de sangue venoso para confirmação de sorologia a anticorpos da sífilis por VDRL e FTABS.



Fonte: Instituto de Diagnóstico e Prevenção da APAE

A maior proporção de exames com infecção por sífilis foi verificada no distrito sanitário da Região Noroeste com 62 casos, correspondendo a 20,9% dos casos, não sendo estatisticamente significativa a relação entre os distritos sanitários e a infecção por sífilis na gravidez, com um $p = 0,81$. O distrito sanitário com menor percentual foi o Oeste com 25 casos positivos para sífilis, correspondendo a 8,4% (Tabela 1).

Tabela 1. Gestantes triadas no "Teste da Mamãe" por distrito sanitário, Goiânia, 2013.

Sífilis					
Distrito Sanitário	Negativo (%)	Positivo (%)	GL	χ^2	<i>p</i>
Campinas/Centro	2027 (14,6)	44 (14,6)	7	3.730	0,810
Leste	1776 (12,8)	42 (14,1)			
Noroeste	2528 (18,2)	62 (20,9)			
Norte	1691 (12,2)	34 (11,4)			
Oeste	1477 (10,6)	25 (8,4)			
Sudoeste	2054 (14,5)	41 (13,8)			
Sul	1812 (13,1)	39 (13,1)			
Indeterminado	414 (3,0)	10 (3,4)			
Total	13779 (100)	297 (100)			

A idade da população em estudo variou entre 14 e 51 anos. A faixa etária predominante foi entre 24 e 31 anos com 109 casos, correspondendo a 36,7%, sendo estatisticamente significativa a relação entre a idade e a infecção pelo *T. Pallidum*, $p = 0,01$. (Tabela 2)

Tabela 2. Gestantes triadas no "Teste da Mamãe" por faixa etária, Goiânia, 2013.

Sífilis					
Faixa etária	Negativo (%)	Positivo (%)	GL	χ^2	<i>p</i>
10 – 23 anos	5225 (37,9)	104 (35,0)	2	8,495	0,015
24 – 31 anos	5617 (40,8)	109 (36,7)			
>31 anos	2937 (21,3)	84 (28,3)			
Total	13779 (100)	297 (100)			

5. Conclusão

Sabendo-se que a sífilis é uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, que pode ser prevenida e, principalmente, curável, desde que diagnosticada precocemente, um programa de triagem desenvolvido para esta e outras doenças infecciosas em gestantes, como o oferecido pelo Programa de Proteção à Gestante de Goiás, é de suma importância para evitar danos relacionados à transmissão vertical materno-fetal.

A utilização dos dados do Programa colabora cada vez mais em prol de melhorias das condições para a realização do pré-natal no Estado, almejando que a população de um modo geral tenha condições a uma saúde mais digna, diminuindo as taxas de sífilis congênita quanto à sua prevalência em gestantes.

Espera-se que esta pesquisa contribua como elo de implantação de novos programas de prevenção, triagem e proteção à gestante.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRÃO COSTA, Camila, et al. **Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência**. São Paulo: 2014. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4977>. Acesso em: 15 fev. 2014.

APAE GOIÂNIA, **Procedimento Operacional Padrão 05 – PROGRAMA TESTE DA MAMÃE; POP 12 –RECEPÇÃO DE AMOSTRAS E PICOTE**. Goiânia - Goiás: Revisão 4 de abril de 2014.

APAE GOIÂNIA, **Procedimento Operacional Padrão 12 – RECEPÇÃO DE AMOSTRAS E PICOTE**. Goiânia - Goiás: Revisão 4 de abril de 2014.

APAE GOIÂNIA, **Instrumento de Trabalho 13 - Sífilis**. Goiânia - Goiás: Revisão 4 de abril de 2014.

APAE GOIÂNIA, **Procedimento Operacional Padrão 80 –RECONVOCAÇÃO; Procedimento Operacional Padrão 27 PROCESSO TÉCNICO; Instrumento de Trabalho 13 – SÍFILIS; Instrumento de Trabalho 19 – FTA-ABs; Instrumento de Trabalho 22 - VDRL**. Goiânia - Goiás: Revisão 4 de abril de 2014.

APAE GOIÂNIA, **Procedimento Operacional Padrão 25 – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**. Goiânia - Goiás: Revisão 4 de abril de 2014.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov 2013. doi: 10.1590/S0365-05962006000200002.

AZIMI P., BEHRMAN RE, KLIEGMAN RM, JENSON HB, eds. **Nelson Textbook of Pediatrics**. Philadelphia: WB Saunders Company, 2003: 978-82.

BERMAN, Stuart M. Maternal **syphilis: pathophysiology and treatment**. *Bull World Health Organ*. [online]. 2004, vol. 82, no. 6 [citado 2006-11-21], pp. 433-438. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000600009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Abr 2014. ISSN 0042-9686

BRASIL. Ministério da Saúde 1993. **Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Bases técnicas para eliminação da Sífilis congênita**, 1993.

BRASIL. **Curso do Ministério da saúde**. Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis SIDA/HIV, 1988. P 17- 18

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. P. 7-53.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. Doenças de Notificação Compulsórias. Agosto 2006. P 23- 32.

DAVID L. BROWN, MAJ, MC, USA, and JENNIFER E. FRANK, CPT, MC, USA. **Diagnosis and Management of Syphilis**. Vol. 68/No. 2 (July 15, 2003) De Witt Army Community Hospital, Fort Belvoir, Virginia

GOH B.T., Van Voorst Vader P.C., **European guideline for the management of syphilis**. Int J STD AIDS 2001; 12:

KONEMAM, Elmer W., ALLEN, Stephen D., JANDO William M., SCHERECKENBERGER, Paul C., WINN, Washington C. Jr. **Diagnóstico microbiológico texto e atlas colorido**. 2001 e edição. Editora Médica Científica LTDA.

LEAL, Maria do Carmo, et al. **Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal**. Município do Rio de Janeiro, 1999 - 2000. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000500012&script=sci_arttext>. Acesso em 19 mar. 2014.

LTIKHONOVA, E Salakhov, K Southwick, A Shakarishvili, C Ryan and S Hillis for the **Congenital Syphilis Investigation Team**. **Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences** September 2002.

M Temmerman, P Gichangi, K Fonck, L Apers, P Claeys, L Van Renterghem, D Kiragu, G Karanja, J Ndinya-Achola and J Bwayo **Effect of a syphilis control programme on pregnancy outcome in Nairobi**, Kenya 2000)

MACEDO FILHO, José Vicente. **Prevalência da sífilis em gestantes do estado de Goiás, triadas pelo programa de proteção a gestante janeiro de 2005 a dezembro de 2007**. Brasília: 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4890/1/2008_JoseVicenteMFilho.pdf>. Acesso em: 18 de mar. 2014.

MAGALHÃES, Daniela Neves dos Santos, et al. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil**. Brasília: 2011. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf>. Acesso em 10 mar. 2014

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos, et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio**. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em 5 mar. 2014

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidad de VIH/SIDA. **Eliminación de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe**. Marco de referenciaparasuimplementación, 2005.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Regional InitiativeTargetsSyphilis**, 2006

PEELING, Rosanna W., e YE, Htun. **Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview**. Bull World Health Organ. [online]. 2004, vol. 82, no. 6 [citado 2006-11-21], pp. 439-446.Disponívelem:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000600010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0042-9686.

PETER G, ed. **Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases**. Elk Grove village: American Academy of Pediatrics, 2000.

REIS FLORES, Rute Leila. **'Sífilis congênita no município de Belém (Pará): análise dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde (SINAN, SIM e SINASC)'**. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em:[https://www.google.com.br/search?q=S%C3%ADfilis+cong%C3%AA Anita+no+munic%C3%ADpio+de+Bel%C3%A9m+\(Par%C3%A1\)%3A+an%C3%A1lise+dos+dados+registrados+nos+sistemas+de+informa%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+\(SINAN%2C+SIM+e+SINASC\)&aq=schrome..69i57.770j0j7&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8](https://www.google.com.br/search?q=S%C3%ADfilis+cong%C3%AA Anita+no+munic%C3%ADpio+de+Bel%C3%A9m+(Par%C3%A1)%3A+an%C3%A1lise+dos+dados+registrados+nos+sistemas+de+informa%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+(SINAN%2C+SIM+e+SINASC)&aq=schrome..69i57.770j0j7&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8). Acesso em: 01 mai. 2014.

ROTTA, Osmar. **Diagnóstico sorológico da sífilis**. An. Bras. Dermatol, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov 2013. doi: 10.1590/S0365-05962005000300014.

SÁNCHEZ P.J., WENDEL G.D., **Syphilis in pregnancy**. ClinPerinatol 1997; 24(1): 71-87.

SARACENI, Valéria et al . **Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança**. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 21, n.4,2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400027&lng=pt&nrm=iso>. Acessoem: 23 Nov 2013. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400027.

SCHMID, George. **Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention**. Bull World Health Organ. [online]. 2004, vol. 82, no. 6 [citado 2006-11-23], pp. 402-409.Disponívelem:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000600004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0042-9686.

SISON C.G., OSTREA E.M., REYES M.P., SALARI V., **The resurgence of congenital syphilis: a cocaine-related problem.** The Journal of Pediatrics 1997; 130(2): 289-292.

SOUZA, Elemir Macedo de. **Há 100 anos, a descoberta do Treponema pallidum.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000600017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 Nov 2013. doi: 10.1590/S0365-05962005000600017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Department of Reproductive Health and Research (RHR). Sexually transmitted and other reproductive tract infections**, 2005. STI/RTI basics Chapter 3. Detecting STI/RTI

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: Overview and estimates.** Geneva: WHO; 2001. Hallado em <http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/en/>. Acesso: 24 de novembro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: Overview and estimates.** Geneva: WHO; 2004. Hallado em <http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/en/>. Acesso: 24 de novembro de 2013.