



**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SÍFILIS CONGÊNITA ASSOCIADOS À
ESCOLARIDADE MATERNA**
**EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CONGENITAL SYPHILIS ASSOCIATED WITH MATERNAL
EDUCATION**
**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA SÍFILIS CONGÉNITA ASOCIADOS A LA ESCOLARIZACIÓN
MATERNA**

Gabrielle Souza Santos¹, Larissa Xavier Oliveira², Alzira Maria D`Avila Nery Guimaraes³, Daniele Marin Nardello⁴, Juciene de Matos Braz⁵, Ikaro Daniel de Carvalho Barreto⁶

RESUMO

Objetivo: analisar aspectos epidemiológicos da sífilis congênita associados à escolaridade materna. **Método:** estudo exploratório feito por meio da análise de dados retrospectivos do Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN) e do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), em Aracaju/SE, de 2008-2012. Os dados foram analisados no Programa Estatístico SPSS 17.0, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) e estimadas as razões de chances pela regressão logística. Os dados foram apresentados em tabelas e uma figura, em seguida, discutidos com a literatura. **Resultados:** foram notificados 318 casos de sífilis congênita, com um elevado número de casos em crianças cujas mães apresentavam escolaridade superior a 8 anos ($n=186$). Foi verificada, majoritariamente, a não realização do tratamento do parceiro concomitante ao da gestante, e essa tende a apresentar escolaridade inferior a 8 anos. **Conclusão:** foi notificado um número elevado de SC, no período investigado, associada à escolaridade materna inferior a 8 anos, com um menor número de consulta pré-natal e de tratamento do parceiro. **Descritores:** Sífilis Congênita; Epidemiologia; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze epidemiological aspects of congenital syphilis associated with maternal education. **Method:** an exploratory study was conducted by means of analysis of retrospective data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the National Live Birth Information System (SINASC) in Aracaju, state of Sergipe, between 2008 and 2012. Data were analyzed in the statistical software SPSS 17.0. Pearson's chi-squared test (χ^2) was used and odd ratios were estimated through logistical regression. Data were presented in tables and a diagram and then compared with literature. **Results:** 318 cases of congenital syphilis were reported, with a high number of cases in children whose mothers had more than eight years of education ($n=186$). In most cases, sexual partners were not treated simultaneously with the pregnant women, who tended to have less than eight years of education. **Conclusion:** a high number of cases of congenital syphilis was reported in the period under study, with an association with less than eight years of maternal education, lower number of prenatal consultations and treatment of partners. **Descriptors:** Congenital Syphilis; Epidemiology; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar aspectos epidemiológicos de la sífilis congénita asociados a la escolarización materna. **Método:** estudio exploratorio, utilizando análisis de datos retrospectivos del Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN) y Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) en Aracaju/SE, de 2008-2012. Datos analizados con Programa Estadístico SPSS 17.0. Aplicado test Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) y estimadas razones de oportunidad por regresión logística. Datos presentados en tablas y una figura, discutidos luego según la literatura. **Resultados:** fueron notificados 318 casos de sífilis congénita, con elevado número de casos en niños con madres de escolarización superior a 8 años ($n=186$). Verificada mayoritariamente la no realización del tratamiento del compañero conjuntamente con la embarazada, tendencia verificada en madres con escolarización inferior a 8 años. **Conclusión:** notificado elevado número de SC en el período investigado, asociado a escolarización materna inferior a 8 años, con menor número de consulta prenatal y tratamiento del compañero. **Descriptores:** Sífilis Congénita; Epidemiología; Salud Pública.

¹Enfermeira, Clínica e Hospital São Lucas. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: gabrielle_aju@hotmail.com; ²Enfermeira (egressa), Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: lah.fpd@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: alzirany@uol.com.br; ⁴Enfermeira, Professora, Faculdade Estácio de Sergipe/SE, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: daninardello.dn@gmail.com; ⁵Enfermeira (egressa), Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: juciene_enfermagem@hotmail.com; ⁶Estatístico, Mestrando em Biometria e Estatística Aplicada, Universidade Federal Rural de Pernambuco/UFRPE. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: daniel.carvalho.ib@gmail.com

INTRODUÇÃO

Apesar de ser uma doença muito antiga, a sífilis congênita (SC) continua sendo, em nível mundial, um grande problema de saúde pública.¹ Dentre as várias doenças que podem ser transmitidas via ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui uma das maiores taxas de transmissão.² Além disso, produz desfechos graves para a gestação e para a criança, a exemplo do parto prematuro, óbito fetal e neonatal, muitas vezes com fetos hidrópicos e infecção congênita do recém-nascido.³⁻⁴

Segundo a Organização Mundial de Saúde, anualmente existem dois milhões de gestantes infectadas pela sífilis, sendo que aproximadamente 25,0% desses casos convertem-se em natimortos ou abortos espontâneos, e os outros 25,0%, em recém-nascidos com baixo peso ao nascer ou infecção neonatal grave, associando-se os dois casos a um maior risco de mortalidade perinatal.³

A SC tornou-se um agravamento de notificação compulsória, desde 1986, para fins de vigilância epidemiológica.⁵ Essa doença apresenta-se como uma das principais causas de morbimortalidade perinatal evitável, em virtude da fácil prevenção. No entanto, a negligência das medidas preventivas e a falta ou inadequação da assistência pré-natal impedem a realização do acompanhamento diagnóstico, de um plano de intervenções precoce, assim como, o tratamento da mãe e do parceiro concomitantemente.^{1,3,6} A sífilis caracteriza-se como um evento sentinela de qualidade de atenção à saúde, pela simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico.¹

No período de 1998 a junho de 2012, no Brasil, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 80.041 casos de SC em crianças na faixa etária menor que um ano de idade. Dentre esses, a Região Sudeste registrou 36.770 (45,9%); o Nordeste, 25.133 (31,4%); o Norte, 6.971 (8,7%); o Sul, 6.143 (7,7%), cerca de cinco vezes menos que a região nordeste; e o Centro-Oeste, 5.024 (6,3%).⁷

A incidência de SC no Brasil em menores de 1 ano, em 2011, apresentou uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos. Nesse mesmo ano, notificou-se, no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), um total de 112 óbitos, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 3,9 por 100.000 nascidos vivos.⁷

Sergipe encontra-se entre os três estados brasileiros que apresentaram as maiores taxas de incidência de SC no ano de 2011, revelando uma taxa de 6,7 casos por 1.000 nascidos

vivos.⁷ Considerando essa problemática, a qual envolve fatores de ordem social, política e econômica, ressalta-se a importância deste estudo, a fim de evidenciar a trajetória epidemiológica dessa doença no município de Aracaju/SE, assim como possibilitar a disponibilização de informações que possam contribuir para que os gestores planejem e executem programas de prevenção da transmissão vertical dessa doença.

Este estudo tem como objetivo analisar aspectos epidemiológicos da sífilis congênita associados à escolaridade materna.

MÉTODO

Estudo exploratório, retrospectivo, realizado no período de 2008 a 2012, no município de Aracaju, Brasil, capital do estado de Sergipe; localiza-se no Nordeste do Brasil e conta com uma rede de atenção básica de saúde com 43 Unidades de Saúde da Família (USF), as quais realizam consultas médicas e de enfermagem, o que pode proporcionar o acompanhamento da gestante próximo a sua residência. Apesar da cobertura de pré-natal nesta capital atingir um número elevado, constatou-se que desigualdades socioeconômicas, fatores demográficos e fatores de risco comportamentais ainda são fatores importantes associados ao pré-natal inadequado.⁸ O Ministério da Saúde recomenda que a mulher grávida realize um quantitativo mínimo de seis consultas no pré-natal. Além disso, nas USF são desenvolvidas atividades educativas que versam sobre o cuidado materno e infantil.⁹

A população do estudo constituiu-se de todos os casos de SC notificados no período selecionado, incluindo abortos e natimortos, ocorridos em filhos de mães residentes no município de Aracaju. Para a coleta de dados, foram utilizados dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN) e do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) do município do Aracaju, referentes ao período de 2008-2012.

O SINASC, sistema de informação de âmbito nacional, sob a responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, foi implantado com o objetivo principal de conhecer o perfil epidemiológico dos nascidos vivos.¹⁰ Baseia-se em dados contidos nas Declarações de Nascido Vivo (DNV), documento oficial e padronizado para todo o país.¹¹

O SINAN é um sistema informatizado de base de dados, gerenciado pelo Ministério da Saúde, que tem por objetivo a coleta e processamento dos dados epidemiológicos das doenças, de notificação compulsória,

permitindo assim a análise do perfil de morbidade e contribuindo para a tomada de decisões nas três esferas do governo.¹²

As variáveis utilizadas neste estudo foram: raça/cor materna (branca, parda, preta, indígena), realização de consulta pré-natal (sim e não), tratamento adequado (sim, não e não realizado), tratamento do parceiro concomitante ao da gestante (sim, não e ignorado) e momento do diagnóstico da sífilis materna (gestação, parto/curetagem e após o parto/curetagem), faixa etária (< 20 anos e ≥ 20 anos), e a escolaridade materna foi estratificada (<8 anos e ≥8 anos). Todas essas variáveis estão contidas na ficha de notificação da SC do SINAN.

Os dados foram armazenados em um banco de dados, no Programa *TabWin*, posteriormente, foi realizada análise exploratória, com a apuração de frequências simples absolutas e percentuais das variáveis categóricas. Para verificar a associação das variáveis, foi utilizado o teste qui-quadrado

de Pearson (X^2), bem como, para avaliar as intensidades dos fatores de risco, foram estimadas as razões de chances não ajustadas (modelos univariados) e ajustadas (modelo multivariado), com seus respectivos intervalos de confiança, através de regressão logística.¹³ Foram considerados significantes as variáveis com $p < 0,05$.

Os dados foram analisados no Programa Estatístico SPSS 17.0. A partir dos resultados significativos das razões de chances ajustadas, foi analisado o mapa perceptual através de uma análise de correspondência múltipla.¹⁴

RESULTADOS

Verificou-se que, entre os anos 2008 e 2012, foi notificado, no município de Aracaju, um total de 318 casos de SC. Foi evidenciado um incremento no número de casos nos anos de 2008 (n=37) a 2012 (n=122) (Figura 1).

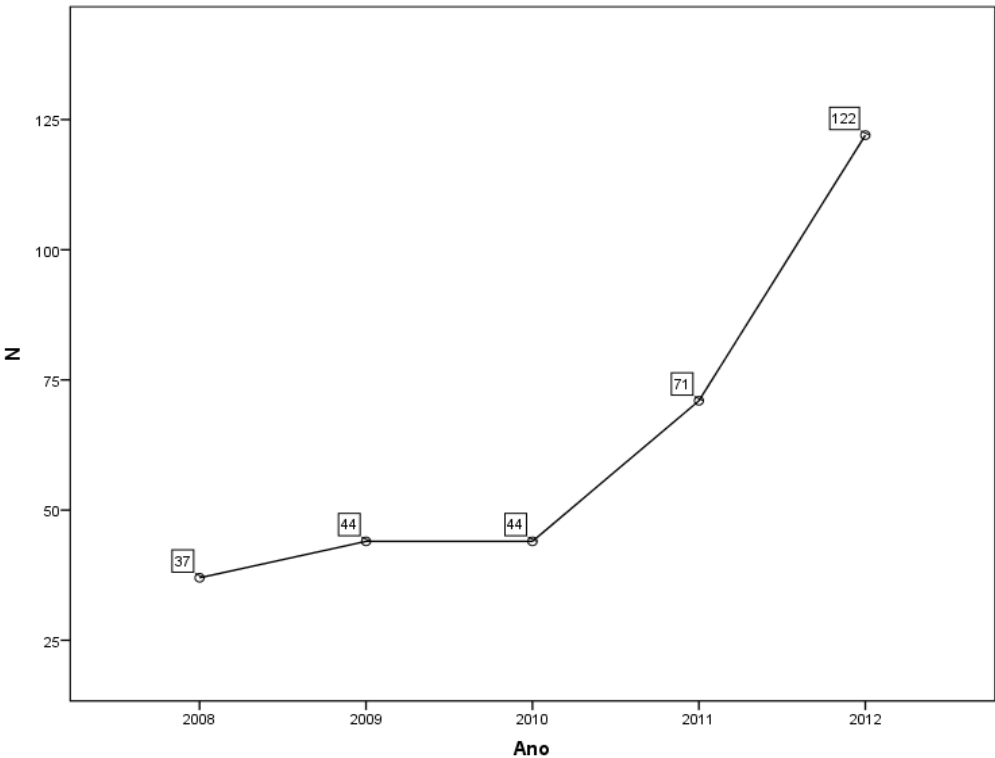


Figura 1. Distribuição dos casos notificados de sífilis congênita, Aracaju, SE, 2008-2012

Fonte: SINAN. Secretaria Municipal de Saúde, Aracaju\SE

Na Tabela 1, foram analisadas variáveis dos casos de sífilis congênita, relativas aos aspectos sociodemográficos, comparando-as com a escolaridade materna. A faixa etária predominante das gestantes foi ≥ 20 anos, totalizando 266 (84,7%), com maior frequência

nas mulheres com escolaridade > 8 anos. Dentre as mães com escolaridade superior a 8 anos, 155 (82,9%) declararam-se de cor parda.

Ressalta-se ainda o quantitativo de 43 (13,5%) dados ignorados relacionados à variável cor/raça.

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos relacionados à sífilis congênita. Aracaju, 2008 -2012

Variáveis*	Escolaridade		Total n e 0%	p
	≤ 8 anos n(%)	> 8 anos n(%)		
Faixa etária				0,603 (0,437)
< 20 anos	22 (17)	26 (14)	48	
≥ 20 anos	106 (83)	160 (86)	266	
Cor/raça				24,459 (<0,001)
Branca	8 (6,1)	4 (2,1)	12	
Parda	84 (64,1)	155 (82,9)	239	
Preta	4 (3,1)	9 (4,8)	13	
Indígena	4 (3,1)	7 (3,7)	11	
Prejudicado	31 (23,7)	12 (6,4)	43	

Fonte: SINAN. Secretaria Municipal de Saúde, Aracaju, SE, 2008-2012*O número varia em cada variável, devido às informações prejudicadas da característica que está sendo analisada.

Na Tabela 2, evidencia-se que 146 (48,2%) das mães não realizaram pré-natal e, destas, 71 (48,6%) tinham escolaridade inferior ou igual a 8 anos. De todos os casos notificados, apenas 6 mães (1,9%) realizaram tratamento de forma adequada e, destas, 2 (33,3%) apresentaram escolaridade superior a 8 anos. Foi verificado que 159 (50,8%) das mães não

realizaram nenhum tratamento, 70 (44%) delas apresentaram escolaridade superior a 8 anos. Além disso, 269 parceiros (84,6%) não realizaram tratamento concomitante ao da gestante. Referente ao diagnóstico da sífilis, 231 mães (73,5%) foram diagnosticadas apenas no momento do parto/curetagem ou após o parto.

Tabela 2. Aspectos relativos ao pré-natal e tratamento da sífilis. Aracaju, 2008-2012

Escolaridade				
Variáveis*	≤ 8 anos n (%)	> 8 anos n(%)	Total n e %	p
Consulta pré-natal (n=303)				8,20(0,004)
Sim	51 (32,5)	106 (67,5)	157	
Não	71 (48,6)	75 (51,4)	146	
Tratamento adequado (n=313)				1,359(0,507)
Sim	4 (66,7)	2 (33,3)	6	
Não	92 (62,2)	56 (37,8)	148	
Não realizado	89 (56,0)	70 (44,0)	159	
Tratamento do parceiro concomitante ao da gestante (n=318)				4,217(0,121)
Sim	14 (42,4)	19 (57,6)	33	
Não	164 (61,0)	105 (39,0)	269	
Prejudicado	9 (56,2)	7 (43,8)	16	
Momento do diagnóstico (n=314)				2,592(0,274)
Gestação	55 (66,3)	28 (33,7)	83	
Parto/curetagem	115 (56,1)	90 (43,9)	205	
Após o parto/curetagem	16 (61,5)	10 (38,5)	26	

Fonte: SINAN. Secretaria Municipal de Saúde, Aracaju, SE, 2008-2012
*O número varia em cada variável, devido às informações prejudicadas da característica que está sendo analisada.

Na análise univariada (tabela 3), foi verificado que a variável cor parda implica em uma chance diminuída de a gestante ter escolaridade inferior a 8 anos (OR: 0,36 IC: 0,22-0,62 p<0,05) e cor ignorada representa 4,52 (IC: 2,22-9,20 p<0,05) vezes mais chance de ter escolaridade mais baixa.

Na regressão logística multivariada (tabela 3), constatou-se que a chance de a gestante apresentar escolaridade inferior a 8 anos é

aproximadamente 2 (IC:1,25 -3,28, p: 0,004) vezes maior dentre aquelas que não realizaram nenhuma consulta pré-natal. Em relação à não realização do tratamento do parceiro concomitante ao da gestante, esta tende a apresentar escolaridade inferior a 8 anos, 2,48 (IC: 1,02- 4,41, p 0,013).

Tabela 3. Razões de chances (RC) e correspondentes intervalos de confiança (IC 95%) para a escolaridade materna associados à sífilis congênita, estimados pelo modelo de regressão logística univariado e multivariado. Aracaju, SE, 2008- 2012

Variáveis*	OR Não Ajustado (IC Wald 95%)	P	OR Ajustado (IC Wald 95%)	P
Cor/raça*				
Branca	2,97 (0,87-10,10)	0,080	-	
Parda	0,36 (0,22-0,62)	0,000	-	-
Preta	0,62 (0,19-2,07)	0,439	-	-
Indígena	0,81 (0,23-2,82)	0,741	-	-
Ignorado	4,52 (2,22-9,20)	0,000	-	-
Consulta pré-natal				
Sim	1(-)	-	1 (-)	-
Não	1,97 (1,24-3,14)	0,04	2,03 (1,25-3,28)	0,004
Tratamento adequado				
Sim	1(-)	-	-	-
Não	1,22 (0,21-6,86)	0,82	-	-
Não realizado	1,57 (0,28-8,84)	0,60	-	-
Tratamento do parceiro concomitante ao da gestante				
Sim	1(-)	-	1(-)	-
Não	2,12 (1,02-4,41)	0,44	2,48 (1,21-5,05)	0,013
Momento do diagnóstico				
Gestação	1(-)	-	-	-
Parto/curetagem	1,54 (0,90-2,62)	0,113	-	-
Após o parto	1,23 (0,49-3,06)	0,659	-	-

Fonte: SINAN. Secretaria Municipal de Saúde, Aracaju, SE, 2008-2012
*Categoria de referência, indivíduos não pertencentes a cor/raça.

A Figura 2 representa o mapa perceptual obtido por meio da análise de correspondência múltipla, que demonstra um resultado

destacado para o perfil das mães com menos de 8 anos de estudo, corroborando com os resultados da regressão logística multivariada.

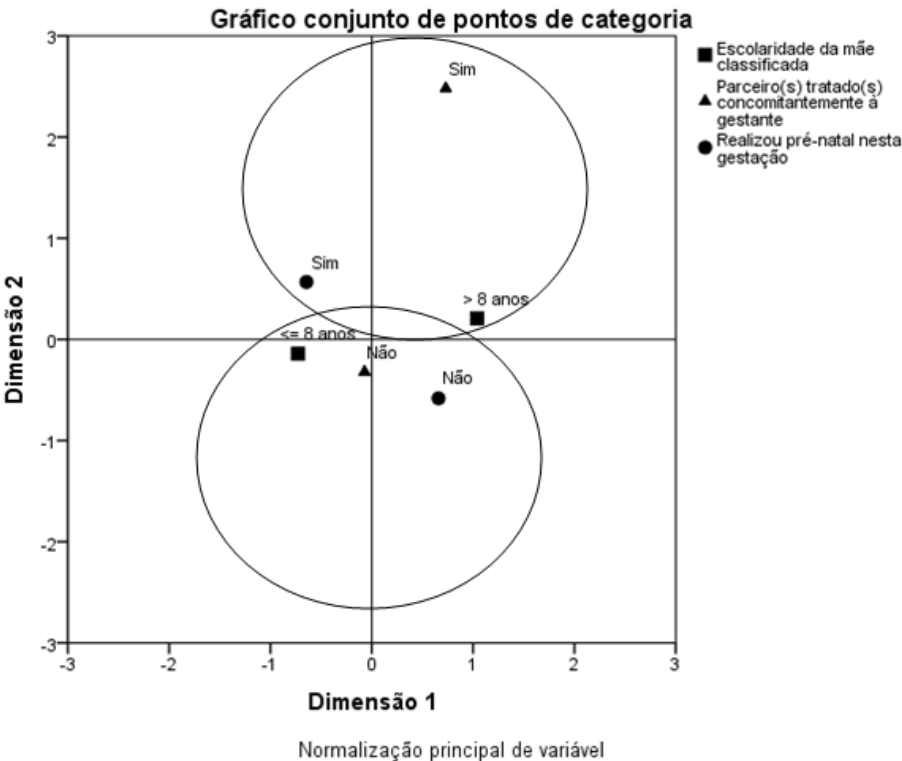


Figura 2. Mapa perceptual da análise de correspondência múltipla relacionada à escolaridade materna associada à sífilis congênita. Aracaju, SE, 2008- 2012

DISCUSSÃO

Taxas elevadas de SC foram verificadas no município de Aracaju, totalizando 318 casos notificados no período investigado. Evidencia-se que a incidência aumentou entre os anos de 2008 e 2012, variando de 3,9 para 13,1 casos novos/1000 nascidos vivos, respectivamente. No ano de 2008, em 897 municípios brasileiros, foi encontrada essa mesma

tendência.¹⁵ Esses números elevados de casos refletem uma baixa qualidade na assistência pré-natal, no entanto, possivelmente, esse fato também pode estar relacionado a uma melhora na notificação.

Em um estudo realizado, em 2015, com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Teresina-PI, foram identificados profissionais desatualizados frente à condução de um caso de exame de VDRL reagente e à

abordagem ao parceiro, fazendo-se necessária a realização de capacitações periódicas.¹⁶

Verificou-se um elevado número de casos (59,2%) em crianças cujas mães apresentavam escolaridade superior a 8 anos. Dessa forma, constata-se que a sífilis congênita ocorre também em crianças filhas de mães com escolaridade acima de oito anos. A ocorrência de SC acarreta consequências graves para a gestação e para a criança, além de gerar gastos expressivos nesse setor.^{1,3,4} No boletim epidemiológico da sífilis publicado em 2012, o estado de Sergipe ocupa o terceiro lugar no *ranking* brasileiro em incidência desse agravo.⁷

Muitos fatores de risco demográficos e comportamentais estão relacionados à sífilis em gestantes. O perfil sóciodemográfico das mães de recém-nascidos com SC foi de, predominantemente, mulheres na faixa etária de 20 anos ou mais, de cor parda e com escolaridade superior a oito anos de estudo. Esse perfil é, em parte, muito semelhante ao encontrado no trabalho realizado em Belo Horizonte, em 2013.¹⁰ Em outro estudo, realizado no estado de Sergipe, verificou-se relação entre a sífilis e a idade, sendo prevalente na faixa etária de 20 a 34 anos.¹⁷ Contudo, a escolaridade materna superior a 8 anos difere do perfil encontrado em outros estudos. No interior do Rio Grande do Sul, em 2014, o estudo destacou a associação da sífilis com a baixa escolaridade e ausência de parceiro.¹⁸

Destaca-se como importante medida de diagnóstico e tratamento desse agravo o seguimento das consultas de pré-natal, que visam assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável. O Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas no pré-natal, assim como, a realização do *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) durante a primeira consulta e no terceiro trimestre gestacional, para o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis. O VDRL corresponde ao teste sorológico não treponêmico para o diagnóstico da sífilis, apresentando resultados quantitativos expressos em títulos e é o exame de escolha para acompanhamento dos casos.^{3,7}

O Plano Nacional de DST/AIDS lançou como estratégia, para qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV e da sífilis, a implantação do teste rápido para o diagnóstico. O teste rápido corresponde a um teste treponêmico de triagem, bastante prático e de fácil execução, utilizando amostra de sangue total colhido por punção

digital ou venosa, apresentando resultados qualitativos de 10 a 15 minutos.^{7,19}

No presente estudo, observou-se que, das 318 gestantes, apenas um quantitativo maior que a metade das mulheres realizou consulta de pré-natal. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos onde, mesmo com a realização de consulta de pré-natal, ainda assim houve infecção congênita.^{15,17} As possíveis explicações para isso se relacionam com a baixa qualidade da assistência pré-natal, a falta de realização de exames, falha na interpretação dos resultados, dificuldades de reconhecer os sinais da doença e falha no tratamento da mãe e/ou do parceiro.²⁰

Das gestantes estudadas, um pouco mais que a maioria não realizou tratamento e, destas, apenas 3,8% o realizaram de forma adequada. O Ministério da Saúde orienta que, para ser considerado adequado, no tratamento da gestante com sífilis, afastando a possibilidade de transmissão vertical, a mulher deverá ser medicada com penicilina G benzatina, nas doses apropriadas à fase de infecção, ter parceiro tratado concomitantemente com o mesmo esquema terapêutico, ter sido acompanhada mensalmente e ter finalizado o tratamento, pelo menos, 30 dias antes do parto.⁹

Frente a essa problemática, destaca-se a importância do diagnóstico precoce, pois quanto mais tardio for o diagnóstico e o tratamento da sífilis materna, maior será a dificuldade de concluir o tratamento no tempo necessário, de forma que previna a transmissão vertical da doença. Neste estudo, aproximadamente três de cada quatro gestantes tiveram o diagnóstico no momento do parto/curetagem ou após o parto, quando não é mais possível a prevenção desse agravo, já que o tratamento adequado precisa ser finalizado 30 dias antes do parto.²⁰

Foi evidenciado também que a maioria das gestantes (84,6%) não teve seus parceiros tratados, o que se configura, provavelmente, como um dos principais fatores para a falha terapêutica da gestante e consequente desfecho da doença. Esses dados estão de acordo com estudos que concluíram que o principal fator de falha no tratamento da gestante é a inadequação ou não realização do tratamento do parceiro, assim como o início tardio do pré-natal e diagnóstico deficiente.²²⁻³ Pesquisa realizada em Campo Grande (MS), em 2007, evidenciou que, dentre os principais motivos para não se obter êxito em relação ao tratamento do parceiro, estão relacionados: o estado civil da portadora da infecção, a maioria constituída de mulheres solteiras; a não aceitação do parceiro em

receber o tratamento; a questão social; infidelidade e dificuldade de abordagem dos profissionais de saúde nas questões relacionadas às DSTs.¹⁷

De acordo com a análise univariada, as gestantes de cor parda apresentam chance diminuída para a escolaridade inferior a 8 anos, o que difere do estudo que evidencia que a cor parda está intrinsecamente relacionada à escolaridade inferior a 8 anos.¹⁵ A cor ignorada (prejudicado) apresentou uma chance aumentada para escolaridade inferior a 8 anos, porém, convém destacar que o número elevado de não preenchimento dessa variável na ficha de notificação pode indicar falha na qualidade do registro, como também dificuldade na autoclassificação na cor da pele.

Na análise multivariada, gestante com escolaridade inferior a oito anos apresenta uma tendência mais elevada para a não realização de consulta pré-natal, tendo em vista que indivíduos com baixo grau de escolaridade, muitas vezes, desconhecem ou não valorizam a importância do pré-natal, o que pode diminuir o poder de diálogo com a mulher. Dessa mesma forma, a gestante que possui baixo grau de escolaridade apresenta uma chance aumentada para a não realização do tratamento do parceiro. Em geral, a maioria dos parceiros desvaloriza o autocuidado e desconhece a forma de infecção e reinfecção, não acreditando que também são responsáveis por essa transmissão.²²

Este estudo apresentou algumas limitações relacionadas ao uso de dados secundários, como o subregistro e a possibilidade de subnotificação, evidenciados por fichas preenchidas de forma inadequada, principalmente no que se refere à variável cor/raça que apresentou um elevado contingente de dados ignorados. Por outro lado, os achados permitem afirmar que a situação da SC no município de Aracaju reflete baixa qualidade da assistência pré-natal, evidenciada pela elevada incidência da doença. Além disso, houve baixa adesão do parceiro ao tratamento concomitante ao da gestante, fato preocupante, considerando-se o elevado percentual de tratamentos inadequados ou não realizados. Isso ocasiona a perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento precoce, uma vez que a SC é um agravo prevenível e tratável de forma simples e pouco onerosa, constituindo-se em um evento sentinela.²³

Em um estudo realizado nos países da América Latina e Caribe, observou-se que, para eliminar a SC, é necessário um

compromisso político de alto nível, com o apoio do Ministério da Saúde.²⁴

CONCLUSÃO

Os pilares decisivos para a redução do número de casos desse agravo possuem foco na captação precoce das gestantes, melhoria na qualidade da atenção pré-natal, capacitação dos profissionais, implementação do teste rápido nas unidades de saúde e no início imediato do tratamento durante a gestação e da criança após o parto.

REFERÊNCIAS

1. Costa CC, Freitas LV, Sousa DMN, Oliveira LL, Chagas ACMA, Lopes MVO, Damasceno, AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev esc enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 10];47(1):152-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100019&script=sci_arttext
2. Ministério da Saúde (BR). Programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS: diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Geneva: Editora da Organização Mundial de Saúde; 2008.
4. Guinsburg R, Santos AMN, Goulart AN, Kopelman BI, Almeida MFB, Miyoshi MH. Sífilis congênita. In: Guinsburg R, Santos AMN. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004.
5. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, Durovni B. Vigilância da sífilis na gravidez. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2007 [cited 2015 Sept 12];16(2):103-11. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000200005&script=sci_arttext&tlng=es
6. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 [cited 2015 Sept 10];21(4):1244-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000400027&script=sci_arttext
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e hepatites virais: boletim epidemiológico sífilis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
8. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza LD et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, northeast Brazil.

BMC pregnancy and childbirth [Internet]. 2009 [cited 2015 Sept 10];9(31). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/31>

9. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids: diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

10. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 12];18(2):499-506. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200021&script=sci_abstract&tlng=pt

11. Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 10];48(6):977-84. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600977&script=sci_arttext&tlng=pt

12. Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 11];47(1):147-57 Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/76592>

13. Agresti A. Categorical data analysis. 2nd ed. New Jersey: Hoboken; 2002.

14. Hair JF, Black B, Babin B, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis. 6 Ed. New Jersey: Prentice Hall, 2006.

15. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev saúde pública [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 12];46(3):479-86. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000300010&script=sci_arttext

16. Silva TCA, Pereira AML, Silva HRG, Sá LC, Coêlho DMM, Barbosa MG. Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. Revista interdisciplinar [Internet]. 2015 [cited 2015 Sept 13];8(1):174-82. Available from:

<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/361>

17. Inagaki ADM, Oliveira LAR, Oliveira MFB, Santos RCS, Araújo RM, Alves JAB et al. Soroprevalência de anticorpos para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis e HIV em gestantes sergipanas. Rev soc bras med trop [Internet]. 2009 [cited 2015 Sept 13];42(5):532-6. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000500010

18. Chaves J, Bassani DCH, Ghignatti B, Derlan CB, Koepp J, Possuelo L. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. Revista da AMRIGS [Internet]. 2014 [cited

2015 Sept 14];58(3):187-92. Available from: <http://www.amrigs.com.br/revista/58-03/003.pdf>

19. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para a sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 14];18(2):499-506. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200021&script=sci_abstract&tlng=pt

20. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

21. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad de saúde pública [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 15];29(6):1109-20. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000600008&script=sci_arttext

22. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev saúde pública [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 16];47(1):147-57. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019

23. Souza DMN, Costa CC, Chagas ACMA, Oliveira LL, Oriá MOB, Damasceno AKC. Sífilis Congênita: reflexões sobre um agravado sem controle na saúde mãe e filho. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 16];8(1):160-5. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5130>

24. Serruya SJ, Duran P, Martinez G, Romero M, Caffé S, Alonso M et al. Maternal and congenital syphilis in selected Latin America and Caribbean countries: a multi-country analysis using data from the perinatal information system. Sexual health [Internet]. 2015 [cited 2015 Sept 18];12(2):164-9. Available from: http://www.publish.csiro.au/view/journals/dsp_journal_fulltext.cfm?nid=164&f=SH14191

Submissão: 07/11/2015

Aceito: 10/06/2016

Publicado: 01/08/2016

Correspondência

Daniele Marin Nardello
Vila Militar, 104
Bairro Suíça
CEP 49050-500 – Aracaju (SE), Brasil