

SÍFILIS CONGÊNITA NA AMAZÔNIA: DESVELANDO A FRAGILIDADE NO TRATAMENTO*
CONGENITAL SYPHILIS IN THE AMAZON: REVEALING THE FRAGILITY OF THE TREATMENT
LA SÍFILIS CONGÉNITA EN LA AMAZONÍA: DESCUBRIMIENTO DE LA FRAGILIDAD EN EL TRATAMIENTO

Patrícia Cristina Tavares Lobato¹, Francisca Evelen Suelen Silva de Aguiar², Nely Dayse Santos da Mata³, Luzilena de Sousa Prudêncio⁴, Rosana Oliveira do Nascimento⁵, Kelly Huany de Melo Braga⁶, Camila Rodrigues Barbosa Nemer⁷, Rubens Alex de Oliveira Menezes⁸

RESUMO

Objetivo: analisar a situação do tratamento inadequado da Sífilis Congênita (SC). **Método:** trata-se de um estudo misto, descritivo, com dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2014 a 2017. Realizaram-se, adicionalmente, entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde da Atenção Básica (AB), sendo os dados quantitativos estudados pela estatística descritiva, e os qualitativos, por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados:** identificaram-se 61 recém-nascidos que receberam tratamento inadequado para SC. Entrevistaram-se enfermeiros da AB do município de Macapá atuantes nas áreas de abrangência das residências das crianças. Aponta-se que as análises das entrevistas permitiram a criação de três categorias: o saber do enfermeiro sobre a doença; a experiência do enfermeiro para a detecção de casos de SC na sua área de atuação; e as estratégias do enfermeiro para a busca de crianças com história de sífilis. **Conclusão:** evidenciou-se a fragilidade no tratamento da SC em Macapá com um alto índice de tratamento inadequado. Avalia-se que os perfis sociodemográficos e clínico das mães e crianças potencializam as vulnerabilidades individual, programática e social.

Descritores: Sífilis Congênita; Criança; Transmissão Vertical; Tratamento Farmacológico; Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the situation of inadequate treatment of Congenital Syphilis (CS). **Method:** it is a mixed, descriptive study with data collected in the System of Information on Disease Notification (SINAN), within the period from 2014 to 2017. In addition, semi-structured interviews were carried out with health professionals from Basic Care (BC), with the quantitative data studied through descriptive statistics, and the qualitative data by means of Content Analysis. **Results:** 61 newborns who received inadequate treatment for CS were identified. Nurses from the BC of Macapá who work in the areas of the children's residences were interviewed. It is pointed out that the analysis of the interviews allowed the creation of three categories: the nurse's knowledge on the

disease; the nurse's experience for the detection of cases of CS in his/her area of operation; and the nurse's strategies for the search of children with history of syphilis. **Conclusion:** the fragility in the treatment of CS in Macapá was evidenced with a high rate of inadequate treatment. The sociodemographic and clinical profiles of mothers and children are estimated to have enhanced individual, programmatic and social vulnerabilities.

Descriptors: Congenital Syphilis; Child; Vertical Transmission; Drug Treatment; Community Health Nursing; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar la situación de tratamiento inadecuado de la Sífilis Congénita (CS). **Método:** se trata de un estudio descriptivo mixto, con datos recogidos en el Sistema de Información de Enfermedades de Notificación, en el período de 2014 a 2017. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud de atención primaria (AB), datos cuantitativos que se estudian mediante estadística descriptiva, y datos cualitativos, a través del análisis de contenido. **Resultados:** se identificaron 61 recién nacidos que recibieron tratamiento inadecuado por CE. Se entrevistó a enfermeras de AB en la ciudad de Macapá que trabajan en las áreas cubiertas por los hogares de los niños. Se señala que el análisis de las entrevistas permitió la creación de tres categorías: el conocimiento de la enfermera sobre la enfermedad; la experiencia del enfermero en la detección de casos de CS en su área de especialización; y las estrategias de la enfermera para encontrar niños con antecedentes de sífilis. **Conclusión:** se evidenció debilidad en el tratamiento del CS en Macapá con una alta tasa de tratamiento inadecuado. Se evalúa que los perfiles sociodemográficos y clínicos de madres e hijos potencian las vulnerabilidades individuales, programáticas y sociales.

Descriptores: Sífilis Congénita; Niño; Transmisión Vertical; Tratamiento Farmacológico; Enfermería en Salud Comunitaria; Salud Pública.

¹Universidade Federal do Amapá/UNIFAP. Macapá (AP), Brasil.

¹ <http://orcid.org/0000-0003-0248-0653> ² <http://orcid.org/0000-0001-5177-5752>

³ <http://orcid.org/0000-0002-0245-8141> ⁴ <http://orcid.org/0000-0003-3364-071X>

⁵ <http://orcid.org/0000-0003-4517-0962> ⁶ <http://orcid.org/0000-0001-7629-9852>

⁷ <http://orcid.org/0000-0003-1252-3709> ⁸ <http://orcid.org/0000-0002-0206-5372>

*Artigo extraído da monografia << Sífilis congênita em crianças de uma cidade da Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento e construção de um plano de intervenção>>. Universidade Federal do Amapá/UNIFAP. 2018.

Como citar este artigo

Lobato PCT, Aguiar FESS, Mata NDS, Prudêncio LS, Nascimento RO, Braga KHM, et al. Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e245767 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245767>

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de fácil tratamento, que possui alto risco de infecção materno-infantil no período gestacional. Quando há tratamento inadequado ou o não tratamento dessa gestante, a doença tende a evoluir para Sífilis Congênita (SC).¹ Considera-se tratamento inadequado para sífilis materna: quando realizado com outro medicamento que não a penicilina; quando incompleto para o estágio da doença, mesmo tendo sido feito com penicilina; quando o início ou finalização do tratamento ocorre nos 30 dias anteriores ao parto; quando há ausência de queda ou elevação dos títulos do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) após tratamento adequado; quando o parceiro não é tratado, é tratado inadequadamente ou não se tem informação disponível sobre o seu tratamento. Para crianças, o não tratamento com penicilina na dose e/ou tempo preconizado também é definido como inadequado.²

A SC caracteriza-se pelo resultado da disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum* da gestante infectada para o seu concepto por via transplacentária, podendo ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.³ Entre os fatores epidemiológicos associados ao alto risco para exposição da gestante à sífilis, destacam-se: pré-natal ausente ou inadequado; gestante adolescente; uso de drogas ilícitas; múltiplos parceiros sexuais; história de doença transmitida sexualmente na gestante ou parceiro sexual; baixo nível socioeconômico e cultural.² Portanto, a SC apresenta-se como importante indicador da qualidade da atenção à saúde materno-infantil, expondo falhas na assistência pré-natal.

O diagnóstico e o tratamento da SC tornam-se mais difíceis do que o da sífilis materna, pois envolvem prolongamento da hospitalização e realização de exames mais onerosos e complexos.⁴ O tratamento deve ser realizado com medicamentos, levando-se em consideração sua eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão e disponibilidade.⁵

Calculou-se, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018, que a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,4/1.000 nascidos vivos, de incidência de SC foi de 9,0/1.000 nascidos vivos e de mortalidade por SC foi de 8,2/100 mil nascidos vivos. Nota-se, apesar do aumento de casos notificados, que nenhuma Unidade da Federação (UF) apresentou uma taxa de incidência de SC mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode refletir a melhora da notificação dos casos de sífilis em gestantes no país.⁶

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima 1 milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes no mundo.⁶ Confirmaram-se no Brasil, em 2018, 26.219 casos de SC em menores de um ano de idade. Apontou-se, comparando-se os anos 2009 e 2018, que a taxa de incidência aumentou

em 333,96%, passando de 2,1 para 9,0 casos por mil nascidos vivos.⁷ Detectaram-se no estado do Amapá, entre os anos de 2014 e 2017, 211 casos de SC. Ressalta-se que o município com a maior incidência foi Macapá, com 159 casos confirmados.⁸ Pontua-se que os altos índices de SC demandam medidas preventivas mais efetivas, como o controle e o tratamento adequado da doença, além de que essas estratégias sejam repassadas sistematicamente entre os profissionais de saúde.⁹

Observou-se em 2017 que o percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal foi de 39,3% no Amapá, a média nacional tendo sido de 69,3%. Verifica-se que o Amapá apresentou o menor percentual entre os estados do país, bem como a maior taxa de mortalidade (19,7) em menores de um ano de idade por mil nascidos vivos face à média nacional de 12,4. Identificou-se em 2016 uma razão de óbitos maternos devido a causas diretas por 100 mil nascidos vivos de 141,7 - a maior do país.¹⁰

Dados do Ministério da Saúde (MS) revelaram que, em 2014, 68,5% das gestantes com sífilis no Amapá realizaram o diagnóstico no 3º trimestre de gestação e, em 2017, cerca de 46,5% o fizeram. Pelo diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre, sugerem-se o acesso tardio ao pré-natal, a falta de diagnóstico no início do pré-natal, ou uma infecção recente (primeiro teste negativo na entrada do pré-natal).⁷ Esses dados apontam falhas na assistência pré-natal no estado, pois esses exames devem ser disponibilizados às gestantes na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana), e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores.

Compreende-se, entre os anos de 2014 e 2017, que houve uma crise global de desabastecimento das penicilinas em decorrência de ser um produto sem patente e que oferece um lucro reduzido para as poucas empresas que as produzem.¹¹ Constata-se, assim, que muitas gestantes foram tratadas com eritromicina ou ceftriaxona, ou mesmo ficaram sem tratamento. Considera-se o uso de drogas além da penicilina inadequado para evitar a SC, pois elas não atravessam a barreira transplacentária e não tratam o feto.¹²

Verifica-se que nem todas as unidades básicas de saúde (UBS) no estado do Amapá administram a penicilina benzatina, o que pode ser uma barreira para o tratamento das gestantes. Disponibilizam-se os testes para sífilis na gestação nas UBSs, porém a adesão ao pré-natal ocorre de forma tardia. Encontram-se também dificuldades de adesão do parceiro sexual com a finalidade de tratamento. Nota-se que as mulheres diagnosticadas no pré-natal, com receio do julgamento e das atitudes dos parceiros, não os informam sobre os resultados dos testes.¹³

Nesse sentido, salienta-se entre as medidas que respondem à reemergência da sífilis o emprego de estudos estratégicos regionais que permitam formas de intervenção a partir da realidade local, utilizando-se das mais variadas ferramentas metodológicas. Faz-se necessário, para

Efetuiu-se o estudo em duas etapas. Na primeira, utilizaram-se os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentados por fichas de notificação compulsória, que consistem em formulários padronizados com informações sociodemográficas e clínicas de pacientes preenchidos por profissionais de saúde. Incluíram-se somente os casos de sífilis congênita em residentes de Macapá registrados no SINAN entre janeiro de 2014 e dezembro de 2017 que atenderam ao critério de definição de casos confirmados segundo o MS e que não fizeram o tratamento adequado (considerou-se como adequado somente o tratamento com penicilina ou com dose, período e via apropriados conforme orienta o MS).⁸⁻¹² Excluíram-se os casos duplicados e identificados a partir da análise do SINAN.

Enfatiza-se que as informações coletadas das fichas deram suporte à identificação do perfil epidemiológico das mães e das crianças notificadas com o agravo, além de se determinar a área de abrangência em que as mães residiam até o momento do parto.

Encontraram-se, no conjunto de variáveis presentes nas fichas de notificação, as características sociodemográficas maternas, tais como: idade; cor ou raça (branca, preta, amarela, parda, indígena ou ignorada); escolaridade (analfabeta, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior incompleto, Ensino Superior completo ou ignorada); e características clínicas - se realizou o pré-natal (sim, não ou ignorado), e o diagnóstico de sífilis materna (durante o pré-natal, no momento do parto/curetagem, após o parto ou ignorado). Adaptou-se a variável idade por faixa etária: 14-19 anos; 20-29 anos; 30-35 anos; 36-40 anos e acima de 40 anos.

Listaram-se entre as variáveis das características sociodemográficas infantis analisadas: sexo (masculino ou feminino); cor ou raça (branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorada ou não especificada); e características clínicas - diagnóstico clínico (assintomático, sintomático ou ignorado), esquema de tratamento feito na maternidade (outro esquema ou não realizado), e medicação usada quando se apontava outro esquema (ceftriaxona, cefepime, outras medicações ou não informado). Utilizou-se, na análise das variáveis dos perfis sociodemográfico e clínico materno-infantil, a estatística descritiva.

Apresentou-se, na segunda etapa da pesquisa, a proposta do estudo à Coordenação de Vigilância em Saúde, à Coordenação do Programa de Controle de Sífilis e à Coordenação da Estratégia Saúde da Família do município de Macapá, bem como convidaram-se os participantes da pesquisa. Realizou-se posteriormente o acolhimento, envolvendo os profissionais de saúde que atuavam nas áreas adstritas aos endereços das crianças. Determinou-se entre os profissionais que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) o fluxo das ações que envolveram o planejamento das atividades desenvolvidas para a busca ativa das crianças e o seu acompanhamento ambulatorial.

Após a coleta de dados, procedeu-se à entrevista semiestruturada de oito enfermeiros utilizando-se o critério de saturação dos dados, o qual ocorre quando novos elementos deixam de surgir nos dados coletados. Em pesquisas qualitativas, sabe-se que a identificação da saturação é um critério determinante para a interrupção da coleta de dados e a definição do tamanho da amostra.¹⁶ Gravaram-se as entrevistas, compostas por quatro perguntas abertas, com o consentimento dos participantes. Executaram-se as entrevistas na UBS onde cada enfermeiro era lotado, com exceção de duas realizadas em locais de escolha dos participantes. Selecionaram-se os horários de acordo com a disponibilidade de cada profissional e a duração das entrevistas variou, em média, de 20 a 30 minutos.

Transcreveram-se as informações obtidas nas falas das entrevistas e realizaram-se leituras exaustivas das mesmas. Fizeram-se, em seguida, seu recorte, agrupamento e codificação. Registrase que cada enfermeiro recebeu um código de identificação contendo a letra “E”, inicial da palavra enfermeiro, seguida de um número ordinário sequencial (E1 a E8) para se manter o anonimato dos participantes. Destaca-se que essas entrevistas tiveram como foco principal conhecer as informações prévias que os enfermeiros possuíam acerca da sífilis, da SC e das estratégias utilizadas para a busca ativa e o acompanhamento das crianças em suas áreas de abrangência.

Para o processo de análise dos dados, recorreu-se ao modelo proposto por Bardin,¹⁷ segundo o qual a Análise de Conteúdo se dá em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação. Aponta-se que a pré-análise é o momento de se organizar o material, formular hipóteses ou questões norteadoras e elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final. Observa-se que a exploração do material consiste na codificação em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades. Verifica-se, no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que os achados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Propõem-se, em seguida, inferências e interpretações em relação aos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Nota-se que as análises das entrevistas permitiram a criação de três categorias: o saber do enfermeiro sobre a doença; a experiência do enfermeiro para a detecção de casos de SC na sua área de atuação; e as estratégias do enfermeiro para a busca de crianças com história de sífilis.

Baseou-se a discussão dos dados na literatura pertinente ao assunto. Sublinha-se que a pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo o parecer sido consubstanciado, assinado e

liberado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá no dia 1º de dezembro de 2017 sob o número 2.410.045.

RESULTADOS

Constatou-se que 61 crianças do município de Macapá nascidas entre os anos de 2014 e 2017 não receberam a droga de primeira escolha (penicilina G cristalina) para o tratamento da SC, o que corresponde a cerca de 40% dos casos de SC confirmados naquele período no município.

Perfil das mães e suas crianças (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas das mães com tratamento inadequado para SC. Macapá (AP), Brasil, 2014-2017.

Variáveis Maternas	(n)	(%)
Faixa Etária		
14 a 19 anos	13	21
20 a 29 anos	32	53
30 a 35 anos	10	16
36 a 40 anos	5	8
Acima de 40 anos	1	2
Total	61	100
Cor		
Branca	4	6
Preta	3	5
Parda	48	79
Ignorada	6	10
Total	61	100
Escolaridade		
Analfabeta	1	2
Ensino Fundamental incompleto	21	34
Ensino Fundamental completo	6	10
Ensino Médio incompleto	14	23
Ensino Médio completo	6	10
Ensino Superior incompleto	3	5
Ignorada	10	16
Total	61	100
Pré-Natal Realizado		
Sim	41	67
Não	7	12
Ignorado	13	21

Total	61	100
Diagnóstico de Sífilis Materna		
Durante o pré-natal	20	33
No momento do parto	27	44
Após o parto	9	15
Ignorado	5	8
Total	61	100

Fonte: SINAN/Divisão de Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde de Macapá (AP).

Tabela 2. Características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas de crianças com tratamento inadequado para sífilis. Macapá (AP), Brasil, 2014-2017.

Variável infantil	(n)	(%)
Zona de moradia		
Urbana	59	96,7
Rural	2	3,3
Total	61	100
Sexo		
Feminino	30	49
Masculino	31	51
Total	61	100
Cor		
Branca	4	6
Preta	3	5
Parda	25	41
Ignorada	25	41
Não especificada	4	7
Total	61	100
Diagnóstico clínico		
Assintomático	48	79
Sintomático	8	13
Ignorado	5	8
Total	61	100
Esquema de tratamento feito na maternidade		
Outro esquema	55	90
Não realizado	6	10
Total	61	100
Medicação usada quando em outro esquema		
Ceftriaxona	12	22
Cefepime	29	53

Outras medicações*	10	18
Não informada	4	7
Total	55	100

Fonte: SINAN/Divisão de Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde de Macapá (AP).

*Essas informações não estão claras na consolidação dos dados.

Perfil dos profissionais de saúde

Sabe-se que os profissionais entrevistados atuavam na Atenção Básica (AB) de Macapá, predominando entre eles o sexo feminino. Entende-se que a idade variou entre 34 e 50 anos, e a maioria (cinco enfermeiros) atuava há mais de dez anos na AB.

Categoria 1 - O saber do enfermeiro sobre a doença

Percebe-se de maneira geral sobre os aspectos conceituais que os participantes demonstraram conhecer a sífilis, a SC e os riscos de transmissão da doença para o feto quando não há o acompanhamento adequado da gestante durante o pré-natal. Citaram-se algumas das consequências da SC, como observa-se em suas falas:

É uma infecção sexualmente transmissível que pode acontecer na mulher ou no companheiro dela e que pode ser transmissível para a criança no estágio gestacional [...] quando a mulher não faz o tratamento. (E7)

[...] uma sífilis não tratada, ela acaba levando a [...] cegueira, surdez, acho que chega a ter deficiência mental também. (E4)

O tratamento, a gente faz de acordo com a titulação também [...]. A gente tem a penicilina nos postos, que são disponibilizados com três doses. (E2)

O tratamento da sífilis congênita é mais complexo porque [...] é realizado na maternidade, algumas vezes [...] com procaína de 500 [...] no período até dez dias [...] se rescindir ou se a mãe se ausentar, começa tudo de novo. (E3)

Categoria 2 - A experiência do enfermeiro para a detecção de casos de SC na sua área de atuação

Destaca-se que, questionados sobre a existência de crianças com SC na sua área de cobertura, a maioria dos participantes relatou desconhecer casos recentes.

[...] quanto à sífilis, a congênita, não temos muito contato [...] mas não houve casos de relatos nos últimos dois a três anos dessas crianças com sífilis congênita. (E1)

[...] não, anteriormente eu não tinha nenhuma informação de criança com sífilis, pelo menos que eu tenha visto, que eu tenha atendido; que eu saiba, não. (E4)

Observa-se que existe ainda uma lacuna no conhecimento de alguns enfermeiros em relação aos casos de SC existentes na sua área de abrangência, o que mostra o desconhecimento do perfil epidemiológico da sua clientela. Identificaram-se, no entanto, aqueles que relataram conhecer casos de SC em sua área de cobertura e descreveram a maneira como estes chegam ao seu conhecimento: por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), da busca ativa na comunidade e de comunicados da Vigilância ou da Coordenação de Sífilis, quando há notificações.

Acredito que eu deva ter tido, no total, contando com esta da sífilis congênita, [...] umas cinco durante esse tempo que eu estive aqui. (E6)

Se tiver algum caso, geralmente, a Vigilância ou a Coordenação de Sífilis, de IST, eles sempre entram em contato com a gente porque é notificado na hora do nascimento, aí já entram em contato. (E2)

Um dos casos foi identificado pelo Agente Comunitário de Saúde. Tem a busca ativa dentro da área e, também, [...] a gente faz a descoberta de alguns casos na nossa área. (E2)

Categoria 3 - As estratégias do enfermeiro para a busca de crianças com história de sífilis

Aponta-se, sobre as estratégias que envolvem a busca das crianças quando informados os casos de SC na área de abrangência pela Vigilância Epidemiológica das IST, que a maioria dos enfermeiros conta com o ACS para realizá-la, apenas uma participante tendo informado que busca comparar com os relatos e exames no prontuário, como se pode observar nas duas falas seguintes:

Bem, a estratégia é ir à casa mesmo [...]. ir logo pra ver, investigar e trazer essa mãe pra cá, pra gente poder ver o que foi, se foi tratado, só pra fazer toda aquela investigação, aquela consulta clínica, tanto no bebê como na mãe, no parceiro também, e fazer esse acompanhamento. O principal é isso, ir à casa. (E5)

Primeiro, o prontuário, [...] pra avaliar o que houve durante esse acompanhamento do pré-natal, se a gente que detectou, se ela abandonou ou se a gente nem tinha essa informação [...] depois fazer a procura, se essa criança fez a consulta de puericultura, né, e por último fazer a visita domiciliar, busca ativa in loco, com a ajuda do ACS. (E6)

DISCUSSÃO

Observa-se a predominância de mães jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, de cor parda, com Ensino Fundamental incompleto. Acrescenta-se que mais da metade realizou o pré-natal, todavia o rastreamento para sífilis no momento do parto foi registrado em apenas 44% dos casos. Detecta-se o predomínio do diagnóstico de SC em crianças residentes na capital em estudo. Verifica-se, a partir das variáveis infantis, que não houve diferença para o sexo. Soma-se a prevalência de 41%

para a cor parda e para item ignorado. Constatou-se que os diagnósticos clínicos foram em sua maioria assintomáticos, tendo sido realizado outro tipo de tratamento para SC, prevalecendo o uso de cefepime e ceftriaxona.

Pontua-se que o número de notificações de SC dentro dos aspectos pesquisados foi predominante na zona urbana de Macapá. Encontraram-se dados semelhantes em um estudo que descreveu os casos de SC e sífilis gestacional nos municípios brasileiros, relacionando-os com o perfil de acesso ao pré-natal nos anos de 2003 a 2008. Aponta-se no referido estudo que apenas no ano de 2008 foram notificados 5.541 casos de SC em 897 municípios, dentre os quais 87% a 90% dos casos eram residentes de zonas urbanas.¹⁸

Compreende-se, nesta pesquisa, que o perfil epidemiológico materno abrangeu a faixa etária de 20 a 29 anos, grupo que apresentou o maior risco de adquirir a infecção na gestação. Explica-se esse achado pela vulnerabilidade da população de adultos jovens, mais exposta às doenças sexualmente transmissíveis visto que se trata de uma fase de amadurecimento etário, emocional e cognitivo acompanhada de negligência no uso de contraceptivos tanto para se evitar uma gravidez não planejada, quanto para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).¹⁹

Observa-se que características como raça/cor e baixo nível de escolaridade são variáveis que diversos estudos demonstraram estar associadas à sífilis gestacional. Nota-se que este é o perfil de indivíduos com uma condição socioeconômica menos favorecida e com menos acesso à saúde de qualidade.²⁰ Destaca-se a variável escolaridade, considerada um marcador de maior risco para exposição às ISTs devido a um limitado entendimento da importância das medidas de prevenção.

Considera-se importante destacar que embora o risco seja maior em populações mais vulneráveis, não se trata de uma condição exclusiva desse grupo, uma vez que, independentemente da condição social ou econômica, todos podem adquirir a infecção.²¹

No que diz respeito à realização do pré-natal, constatou-se que a maioria das mulheres o fizeram, porém o diagnóstico da sífilis materna ocorreu, na maioria dos casos, no momento do parto. Define-se a SC como um evento sentinela da qualidade do pré-natal, sendo a sua falta inversamente proporcional às taxas de morte infantil, aborto espontâneo e natimortos devido à doença.¹⁸⁻²¹

Reforça-se, por essas correlações, a hipótese de que a SC é um preditor da qualidade do pré-natal, revelando-se as condições precárias da assistência à saúde materna e infantil no Brasil.²² Listam-se diversos fatores condicionantes e determinantes de um pré-natal adequado: idade gestacional no início do pré-natal; número de consultas; realização dos exames de rotina; entre outros.¹⁹ Sabe-se que há gestantes sem qualquer acompanhamento ou consulta pré-natal que constituem uma população altamente vulnerável à prevalência de sífilis na gestação.²²

Nota-se que a eliminação da SC está pautada em uma assistência pré-natal de qualidade atendendo ao que é preconizado pelo MS, com a melhoria dos meios de diagnóstico. Salienta-se que com base nos pressupostos supracitados nessa pesquisa, em se tratando de diagnóstico, um estudo que investigou os casos de SC e sífilis materna em Montes Claros, Minas Gerais também apontou a descoberta tardia da doença, uma vez que das 93 gestantes investigadas, 62,4% descobriram a enfermidade no momento do parto ou da curetagem.²³

Defende-se que a sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção quando há acesso precoce à testagem no pré-natal e tratamento adequado das gestantes positivas, incluindo o tratamento do parceiro. Enfatiza-se que a política de prevenção da mortalidade materno-infantil inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis. Para tanto, indica-se que o MS vem conduzindo o processo de implantação por meio da Rede Cegonha em seu componente pré-natal, visando a garantir a oferta do teste rápido para a triagem da sífilis no acolhimento ou na primeira consulta da gestante na UBS.²⁴

Pela baixa detecção da SC durante o pré-natal, sugere-se que a realização não tenha sido efetiva para o diagnóstico da sífilis. Encontram-se entre os fatores que podem ter influenciado essa situação o número de consultas de pré-natal inferior ao recomendado; a não realização de exames; o atraso dos laboratórios na entrega dos resultados; bem como a falha dos serviços de saúde em resgatar gestantes que tenham abandonado o acompanhamento pré-natal.²¹ Avalia-se, portanto, que controlar os casos de sífilis por meio de detecção precoce, do manejo adequado dos casos, incluindo o tratamento do parceiro e uso de preservativo constitui a forma mais viável de regressão da doença, além de ser fundamental para a prevenção de novos casos, evitando assim que consequências danosas acometam as crianças.²⁵

Acredita-se que as crianças com SC deverão ser investigadas ainda na maternidade quanto às manifestações clínicas, a exames complementares e ao resultado do teste não treponêmico. Ressalta-se, independentemente do histórico de tratamento materno, que os RNs com resultado de teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições (ex.: mãe 1:4 e RN \geq 1:16) são considerados casos de SC, devendo ser notificados, investigados, tratados e acompanhados quanto a aspectos clínicos e laboratoriais.²⁵⁻²⁶ Devem-se realizar, para o diagnóstico de sífilis, um teste treponêmico e um teste não treponêmico. Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se sempre que possível iniciar a investigação por um teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, ELISA, entre outros).²⁴⁻²⁶

Reforça-se, no que diz respeito às características das crianças, que não houve diferença quanto ao sexo, e a cor da pele foi ignorada ou não especificada. Registra-se, quanto às características clínicas das crianças investigadas, que a maioria foi assintomática ao nascimento, o que ratificou os

resultados de um estudo realizado em seis hospitais públicos do Distrito Federal, onde das 81 crianças notificadas para SC, 71,6% foram assintomáticas ao nascer.⁵

Torna-se importante que a avaliação dos casos suspeitos de SC seja realizada de maneira completa e segura, pois mesmo diante dos protocolos terapêuticos e medicamentos disponibilizados pelo MS, os serviços de saúde continuam a prestar uma assistência precária aos RNs com SC.⁵ Exemplifica-se esse aspecto pelo uso de outros antibióticos para o tratamento dessa doença nas crianças, como o cefepime e a ceftriaxona, que foram as medicações mais prevalentes nesse estudo. Alerta-se, contudo, que o MS recomenda o uso de ceftriaxona apenas na indisponibilidade da penicilina G cristalina ou potássica, haja vista que não há evidências científicas da eficácia daquele medicamento no tratamento de SC.²⁷

No período de abrangência do estudo e em decorrência do desabastecimento global de penicilina, bem como no país, verificou-se que o MS emitiu a Nota Informativa Conjunta nº 68/2016,²⁷ a qual orienta o tratamento da SC e neurosífilis em RNs no contexto da indisponibilidade da penicilina cristalina e procaína. Informou-se, nessa recomendação, que a ceftriaxona era a única droga elencada como opção terapêutica na ausência da penicilina, sendo que quando realizado o tratamento com ceftriaxona, deveria ser efetuado um acompanhamento clínico e laboratorial mais rigoroso até a obtenção do sucesso terapêutico.

Constatou-se nesta pesquisa que 61 crianças do município de Macapá que nasceram entre 2014 e 2017 não receberam a droga de primeira escolha para o tratamento da SC, a penicilina G cristalina, sendo essa a única capaz de curar a sífilis.⁵ Sabe-se que para se eliminar a sífilis é preciso o comprometimento dos profissionais de saúde e gestores no atendimento aos casos da doença, sendo importante ainda que os profissionais tenham conhecimento sobre a doença, bem como o domínio sobre o manejo adequado dos casos.²⁸

Enfatiza-se que a ausência de médicos na UBS não configura motivo para a não realização da administração oportuna da penicilina benzatina por profissionais de enfermagem na AB.¹² No que se refere ao conhecimento dos profissionais sobre a SC, percebeu-se nesse estudo por meio das entrevistas que os participantes conheciam o agravo, mas não sabiam da existência de casos na sua área de abrangência.

Verifica-se ainda que os enfermeiros contavam apenas com o ACS como estratégia de busca ativa na comunidade, ação que poderia ser ampliada por meio do serviço de Vigilância em Saúde do município para se informar de algum caso suspeito, pelos sistemas de informação de notificação ou de resultados laboratoriais.

Observa-se, em relação às características dos profissionais de saúde entrevistados, que houve predominância do sexo feminino, de idades entre 34 e 50 anos e de tempo de atuação na AB

superior a dez anos. Aponta-se que essas características foram encontradas em outros estudos em que a maioria dos participantes era do sexo feminino, com graduação em Enfermagem e atuando na AB há mais de dez anos.²⁹

Salienta-se que foi unânime entre os participantes o conhecimento dos riscos de transmissão do agente etiológico da sífilis para a criança durante uma gestação com tratamento inadequado. Revelaram-se achados semelhantes em um estudo realizado no Piauí com 55 enfermeiros da AB, em que 74,6% conheciam os riscos da transmissão vertical do *Treponema Pallidum* para o feto durante qualquer estágio gestacional.³⁰ Mostra-se nesse mesmo estudo que os profissionais enfermeiros conhecem o manual de prevenção da SC e o tratamento da sífilis de acordo com o seu estágio.³⁰ Não obstante, alerta-se que conhecer sobre a doença não é suficiente, sendo necessário valer-se da situação epidemiológica da sua região para que sejam constituídas estratégias de monitoramento para o público-alvo específico.

Verifica-se nos resultados desta pesquisa o desconhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre casos recentes de SC na sua área de cobertura, fato que outros autores também abordaram em seus estudos, em que 89,1% dos enfermeiros relataram desconhecer casos notificados de SC na sua comunidade.³⁰

Especifica-se que apenas duas enfermeiras referiram conhecer casos recentes de SC na comunidade e em seus depoimentos foi possível observar que os casos chegam até elas por meio de comunicados ou notificações da Vigilância em Saúde, das coordenações de IST do município ou quando o ACS identifica os casos na comunidade. Percebe-se, quanto às estratégias de busca dos casos de SC, que os resultados desse estudo revelam que o ACS é fundamental nesse processo e tem um papel no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade atendida, o que permite a criação de vínculos, propiciando o contato direto com a equipe.

Entende-se que algumas limitações desse estudo estão relacionadas às informações sobre tratamento não adequadas e obtidas exclusivamente por meio das fichas de notificação. Sabe-se que existem falhas no preenchimento das notificações e na completude do consolidado de dados no sistema de notificação local. Informa-se que não houve acesso aos profissionais que prestam assistência na rede hospitalar do estado por não fazerem parte do estudo.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se nesse estudo a fragilidade no tratamento da SC no município de Macapá (AP) com uma alta percentagem de tratamento inadequado, revelando falhas na capacidade de intervenção dos serviços para a diminuição da transmissão vertical, diagnóstico e tratamento de gestantes e parceiros, bem como o seguimento e acompanhamento das crianças.

Verificaram-se também falhas na capacidade de identificação e notificação dos casos de SC. Desvelou-se a insuficiência do conhecimento dos profissionais quanto aos protocolos estabelecidos pelo MS, assim como a fragilidade na gestão de saúde nas ofertas de medicações de primeira escolha, na referência e contrarreferência dos recém-nascidos com a patologia e na baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Infere-se, associando-se esse contexto aos perfis sociodemográfico e clínico das mães e crianças, que estas apresentam vulnerabilidade individual, programática e social. Conclui-se, portanto, que é necessário o comprometimento dos profissionais e gestores da saúde para o fortalecimento das ações propostas como diretrizes organizativas primordiais no processo de trabalho da AB do município.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram igualmente na concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo com contribuição intelectual e na aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Silva VBS, Backes MTS, Mello JF, Magagnin JS, Brasil JM, Silva CI, et al. Collective construction of a flowchart for follow-up of pregnant women with syphilis in the municipality of São José-SC. *Cogitare Enferm.* 2020; 25:e65361. DOI: 10.5380/ce.v25i0.65361
2. Nunes JT, Marinho ACV, Davim RMB, Silva GGO, Felix RS, Martino MMF. Syphilis in gestation: perspectives and nurse conduct. *J Nurs UFPE on line.* 2017 Dec; 11(12):4875-84. DOI: 10.5205/1981-8963-v11i12a23573p4875-4884-2017
3. Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, Souza Júnior JG, Silva FS. Epidemiological profile of congenital syphilis. *J Nurs UFPE on line.* 2019; 13(3):604-13. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i03a236252p604-613-2019
4. Rosa RFN, Araújo AS, Silva ADB, Silva AK, Martins JVM, Alves JM, et al. The management of gestational syphilis in the prenatal. *J Nurs UFPE on line.* 2020; 14:e243643 DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243643

5. Cunha NA, Biscaro A, Madeira K. Prevalence of syphilis in parturients attended at a maternity in the city of Criciúma, Santa Catarina. *Arq Catarin Med* [Internet]. 2018 Jan/Mar [cited 2019 Nov 12]; 47(1):82-94. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/282>
6. Rowley J, Hoorn SV, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 2019 Aug; 97(8):548-62. DOI: 10.2471 / BLT.18.228486.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Feb 18]. Available from: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para Prevenção de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 Nov [cited 2019 Nov 15]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-virais/>
9. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Late diagnosis of congenital syphilis: a recurring reality in women and children health care in Brazil. *Rev Paul Pediatr*. 2018 July; 36(3):376-81. DOI:10.1590/1984-0462/;2018;36;3;00011
10. Ministério da Saúde (BR), Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN). Sífilis congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>
11. Nurse-Findlay S, Taylor MM, Savage M, Mello MB, Saliyou S, Lavayen M, et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: an evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. *PLOS Medicine*. 2017 Dec; 14(12):e1002473. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002473
12. Chen X, Li G, Gan Y, Chu T, Liu D. Availability of benzathine penicillin G for syphilis treatment in Shandong Province, Eastern China. *BMC Health Serv Res*. 2019 Mar; 19(1):188. DOI: 10.1186/s12913-019-4006-4
13. Nakku-Joloba E, Kiguli J, Kayemba CN, Twimukye A, Mbazira JK, Parkes-Ratanshi R, et al. Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in Kampala and Wakiso districts, Uganda. *BMC Infect Dis*. 2019 Feb; 19(1):124. DOI: 10.1186/s12879-019-3695-y

14. Santos KK, Alves LC, Vilano LS, Borges NA, Soares JP, Silveira LHA, et al. Frequency of syphilis in pregnant women. *Clin Biomed Res*. 2018 Apr; 38(1):81-6. DOI: 10.4322/2357-9730.75833
15. Ministério do Orçamento Planejamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/macapa/panorama>
16. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018 Jan/Feb; 71(1):228-33. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0616
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
18. Bezerra MLMB, Fernandes FECV, Nunes JPO, Baltar SLSMA, Randau KP. Congenital syphilis as a measure of maternal and child healthcare, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2019 Aug; 25(8):1469-76. DOI: 10.3201/eid2508.180298
19. Padovani C, Oliveira RR, Peloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018 Aug; 26:e3019. DOI: 10.1590/1518-8345.2305.3019
20. Domingues RMSM, Leal MC. Incidence of congenital syphilis and factors associates with vertical transmission: data from the birth in Brasil study. *Cad Saúde Pública*. 2016 June; 32(6):e00082415. DOI: 10.1590/0102-311X00082415
21. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes-estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019 Feb; 14(2):e0211720. DOI: 10.1371/journal.pone.0211720
22. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health*. 2017 Oct; 5(10):e977-e983. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30325-X
23. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 Jan/Mar; 19(1):63-74. DOI: 10.1590/1980-5497201600010006
24. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol*. 2018 Apr; 42(3):176-84. DOI: 10.1053/j.semperi.2018.02.005
25. Costa CV, Santos IAB, Silva JM, Barcelos TF, Guerra HS. Congenital syphilis: repercussions and challenges. *Arq Catarin Med [Internet]*. 2017 July/Sept [cited 2020 Jan 10]; 46(3):194-202. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191>
26. Nunes PS, Zara ALSA, Rocha DFNC, Marinho TA, Mandacarú PMP, Turchi MD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis and their relationship with Family Health Strategy coverage, Goiás, Brazil,

2007-2014: an ecological study. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018 Nov; 27(4):e2018127. DOI: 10.5123/S1679-49742018000400008

27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DST, AIDS e Hepatite Virais. Nota Informativa Conjunta nº 68/2016. Orienta sobre o tratamento da sífilis congênita e neurosífilis em recém-nascidos somente na indisponibilidade de Penicilina G cristalina ou potássica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_tratamento_sifilis_neurossifilis.pdf

28. Hussen S, Tadesse BT. Prevalence of syphilis among pregnant women in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Biomed Res Int*. 2019 July; 2019:4562385. DOI: 10.1155/2019/4562385

29. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational Intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017 Jan; 25:e2845. DOI: 10.1590/1518-8345.1612.2845

30. Silva TCA, Pereira AML, Silva HRG, Sá LC, Coêlho DMM, Barbosa MG. Prevention of congenital syphilis by nurses in the Family Health Strategy. *R Interd [Internet]*. 2015 Jan/Feb [cited 2020 Feb 13]; 8(1):174-82. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Prevencao-da-sifilis-congenita-pelo-enfermeiro-na-Estrategia-Saude-da-Familia.pdf>.

Correspondência

Autor principal correspondente: Rubens Alex de Oliveira Menezes
E-mail: ra-menezes@hotmail.com/rubens.alex@unifap.br

Submissão: 18/05/2020
Aceito: 21/12/2020

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.