



Cenário epidemiológico da sífilis congênita e suas medidas de mitigação

Epidemiological scenario of congenital syphilis and its mitigation measures

Yvinna Marina Santos Machado¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7077-0623>Gabriel de Alencar Melo²ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3225-0933>Maria Nizete Tavares Alves³ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3530-9422>Edilma Gomes Rocha Cavalcante⁴ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6861-2383>Maria de Fátima Vasques Monteiro⁵ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9530-3105>^{1,2,3,4,5}Universidade Regional do Cariri/URCA. Crato (CE), Brasil.

Editor Científico:

Tatiane Gomes Guedes

Editor Chefe:

Maria Wanderleya de Lavor
Coriolano Marinus

Submissão: 26/02/2024

Aceito: 21/10/2024

Publicado: 11/12/2024

RESUMO

Objetivo: analisar o cenário epidemiológico da sífilis congênita e suas medidas de mitigação na região de saúde do Cariri - Ceará. **Método:** estudo transversal a partir de casos notificados de sífilis congênita na região de saúde do Cariri, pelo SINAN, no período de 2017 a 2021. Utilizou-se as variáveis pré-natal, sífilis materna e tratamento de parceiro para proceder à análise da patologia na região, obtendo-se uma amostra de 10 municípios, mediante cálculo de expressividade, com resultados $\geq 0,50\%$. Considerou-se o índice de desenvolvimento humano municipal para a análise dos resultados. Foi aplicado um questionário on-line aos núcleos de educação permanente em saúde e à vigilância epidemiológica, para identificar as ações de mitigação da sífilis congênita nos municípios. **Resultados:** identificou-se uma cobertura de pré-natal satisfatória, entretanto foi observado o diagnóstico tardio da sífilis gestacional e a baixa realização de tratamento do parceiro, além da subnotificação da sífilis congênita e déficits em educação permanente em saúde. **Conclusão:** esses achados desqualificam as ações de cuidado no pré-natal e fragilizam as ações de mitigação da sífilis congênita, estando relacionados às lacunas assistenciais e à deficiência da EPS nos serviços.

Descritores: Sífilis Congênita; Saúde Materno-Infantil; Assistência Perinatal; Vigilância em Saúde Pública; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the epidemiological scenario of congenital syphilis and its mitigation measures in the Cariri Health Region - Ceará. **Method:** this was a cross-sectional study based on cases of congenital syphilis notified by NDIS in the Cariri Health Region between 2017 and 2021. The variables prenatal care, maternal syphilis and partner treatment were used to analyze the pathology in the region, obtaining a sample of 10 municipalities, by calculating expressiveness, with results $\geq 0.50\%$. The municipal human development index was used to analyze the results. An online questionnaire was applied to the permanent health education centers and epidemiological surveillance in order to identify actions to mitigate congenital syphilis in the municipalities. **Results:** satisfactory prenatal care coverage was identified, however, late diagnosis of gestational syphilis and low partner treatment were observed, as well as underreporting of congenital syphilis and deficits in permanent health education. **Conclusion:** These findings disqualify prenatal care actions and weaken actions aimed to mitigate congenital syphilis, and are related to gaps in care and deficiencies in PHE in the services aimed to mitigate

Descriptors: Syphilis, Congenital; Maternal and Child Health; Perinatal Care; Public Health Surveillance; Epidemiology.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Machado YMS, Melo GA, Alves MNT, Cavalcante EGR, Monteiro MFV. Cenário epidemiológico da sífilis congênita e suas medidas de mitigação. Rev. enferm. UFPE on line. 2024;18:e261789 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.261789>

INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita (SC) é uma doença infectocontagiosa sistêmica, causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum*, resultante da transmissão por via transplacentária, da gestante infectada não tratada, ou tratada inadequadamente, ao conceito. Estima-se que aproximadamente 90% das infecções por sífilis, no mundo, ocorram em países de baixa e média rendas.¹

O aumento da incidência da SC no mundo pode estar associado às práticas sexuais desprotegidas, aumento das migrações entre os países e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente em relação ao pré-natal e às ações de educação em saúde às gestantes.² Recentemente, observou-se no Brasil, um aumento da incidência da SC, com a crescente notificação das taxas da doença e o maior índice de natimortalidade, havendo uma maior prevalência em crianças <1 ano de idade, apesar da amplitude do cuidado pela Estratégias de Saúde da Família (ESF).³⁻⁴

Nesse contexto, a SC foi incluída na lista nacional de doenças de notificação compulsória, a partir da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. Ademais, a prevenção da SC tornou-se prioridade para o Ministério da Saúde (MS), junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan Americana da Saúde (OPAS).⁵

No período de 1999 a 2022, identificaram-se 293.339 casos de SC em menores de um ano de idade no país, por meio do SINAN. Desse total, 44,3% foram identificados na Região Sudeste; 29,9% na Região Nordeste; 11,8% na Região Sul; 8,5% na Região Norte, e 5,5% na Região Centro-Oeste.⁶

Diante disso, o coeficiente de mortalidade infantil por SC apresentou uma variação nos últimos 10 anos, tendo o maior coeficiente no ano de 2018, com 6,1 óbitos/1000 nascidos vivos. Em 2022, o coeficiente reduziu para 5,7 óbitos/1000 nascidos vivos (Brasil, 2022b).⁷

Os estados brasileiros com maior índice de SC, entre os anos de 2020 e 2021, foram: Roraima (135,6%), Amapá (92,5%), Acre (72,6%), Ceará (46,3%) e Espírito Santo (36,0%).⁷ Em relação ao estado do Ceará, um estudo realizado em 2022 revelou que, entre os anos 2008 e 2018, foram notificados 10.682 casos de SC no estado, com maior prevalência no ano de 2017, com um total de 1.319 casos, o que contribuiu com o aumento de 35% dos óbitos infantis decorrentes da patologia.⁸

Entre os anos 2012 e 2020, a incidência da SC no estado do Ceará se manteve acima da média nacional, registrando, no último ano, um total de 1.176 casos. Além disso, até o mês de setembro de 2022, notificaram-se 1.122 casos de SC no estado, representando uma taxa de incidência de 16,8 casos/1000 nascidos vivos.⁶

Em relação às Regiões de Saúde (RS) do Ceará, no ano de 2022 foram registrados 801 casos notificados com a taxa de detecção de 21,8 na RS de Fortaleza; 172 casos com a taxa de detecção de 13,3 na RS Norte; 73 casos com a taxa de detecção de 6,4 na RS do Cariri; e 56 casos com a taxa de detecção de 11,8 na RS Sertão Central.⁷

Diante do exposto, a prevalência da SC reflete uma fragilidade na assistência à saúde materno-infantil, na qual existem diversas lacunas quanto ao diagnóstico oportuno e o tratamento efetivo da sífilis na gestação, embora tenham disponíveis os insumos e protocolos assistenciais, os quais são necessários para viabilizar o fluxo do atendimento frente à doença.⁹

Nesse sentido, a existência de casos de SC no Brasil pode ser considerada uma grande falha no sistema de saúde vigente, trazendo assim, a necessidade de compromisso em saúde, a fim de fortalecer as políticas, os testes e as diretrizes de acompanhamento e as estratégias de mitigação de maior eficácia para reduzir a transmissão da sífilis durante a gravidez, em todos os níveis de assistência.^{3,10}

Por último, a redução da mortalidade materno-infantil é uma das prioridades sanitárias do Plano Regional de Saúde do Ceará 2023-2027, tendo em vista a alta incidência da SC no estado.

Assim, nota-se a importância de se realizar uma avaliação das estratégias de controle da SC que são adotadas pelas três esferas de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). Assim, objetiva-se analisar o cenário epidemiológico da SC e suas medidas de mitigação na Região de Saúde do Cariri (RSC) - Ceará.

OBJETIVO

Analisar o cenário epidemiológico da sífilis congênita e suas medidas de mitigação na região de saúde do Cariri - Ceará.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal elaborado a partir de dados sobre os casos notificados de SC na RSC, nos cinco últimos anos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), correspondente ao período de 2017 a 2021.

A Lei nº 17.006/2019 desenha o estado do Ceará em cinco RS: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/ Jaguaribe. A região do Cariri possui área territorial de 5.456,01 km², com uma população estimada de 1.475.262 habitantes, integrando um total de 45 municípios, sendo estes ramificados pelas Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde (COADS): Crato, Brejo Santo, Icó e Iguatu e Juazeiro do Norte.

Dessa forma, analisou-se a totalidade de casos notificados de SC na região, como também os desfechos sobre a realização de pré-natal, diagnóstico da Sífilis Gestacional (SG) e o tratamento do parceiro, de gestantes residentes da RSC, no período delimitado.

Assim, a pesquisa foi desenvolvida em duas etapas consecutivas. Na primeira etapa, houve uma busca pelo número de casos confirmados de SC por municípios da RSC, por meio da seção “Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN)”, selecionando a categoria: “Sífilis Congênita” e a área territorial do estado do Ceará.

A partir disso, utilizou-se como linha de pesquisa os casos de SC por município de residência. Para filtrar os dados, utilizaram-se quatro colunas, sendo elas: a) macrorregião de saúde de residência, b) pré-natal, c) sífilis materna e, d) tratamento do parceiro, sendo a alínea “b” até “d” as variáveis determinadas para a análise deste estudo. Por último, selecionou-se o conteúdo de casos confirmados, no período de 2017 a 2021 e a macrorregião de saúde de residência do Cariri (2308 3ª MACRO-CARIRI)¹.

Após a extração dos dados pelo SINAN, priorizou-se a análise dos municípios com expressividade para a SC, parâmetro este definido pelo valor igual ou maior que 0,50% para os percentuais obtidos de cada município, utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos notificados (2017-2021)}}{\text{Número de nascidos vivos (2017-2021)}} \times 100$$

A partir do cálculo, identificaram-se dez municípios da RSC a contemplarem a amostra de municípios com expressividade para a SC, sendo eles: Altaneira, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira, Mauriti, Missão Velha, Penaforte e Piquet Carneiro.

Mediante a obtenção da amostra, foi realizada a descrição dos dados considerando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de cada município, no contexto do cenário epidemiológico da SC na RSC. O IDHM é um instrumento de acompanhamento do desenvolvimento humano dos municípios brasileiros, elaborado com base nos dados dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹¹

Destarte, a partir da delimitação da amostra, foi desenvolvido um questionário on-line, a partir da plataforma *Google Forms*, para avaliar as medidas de mitigação da SC de cada município. O questionário foi estruturado com 15 perguntas objetivas, organizadas em

¹O Plano Diretor de Regionalização do Ceará de 2019 definiu o espaço geográfico, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes do estado do Ceará, como “Regiões de Saúde”. Entretanto, em nível nacional, e conseqüentemente, na plataforma SINAN, utiliza-se o termo “Macrorregião”.

alternativas de “sim” e “não”, relacionadas às ações desenvolvidas nas esferas de Atenção Primária, Secundária e Terciária, e de forma transversal, na Educação Permanente em Saúde (EPS), para a mitigação da SC na RSC, com foco nas variáveis definidas na primeira etapa da pesquisa.

Dessa forma, participaram da pesquisa sete articuladores dos Núcleos de EPS e um coordenador da Vigilância Epidemiológica, que estão vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, portanto, apenas oito municípios, que contemplaram a amostra, aceitaram participar da pesquisa. Para a resolução das questões, foi disponibilizado um tempo de cinco a 10 minutos aos participantes.

Para averiguar a existência de irregularidades que pudessem interferir na mensuração dos resultados alcançados, o referido instrumento de coleta de dados foi previamente submetido a um teste piloto com municípios que não contemplaram a amostra da pesquisa. Por fim, os critérios de exclusão do segundo momento da pesquisa abrangeram os questionários não devolvidos no período preconizado e os municípios que se opuseram a participar do estudo.

Mediante a obtenção das informações da primeira e segunda etapas, os dados foram organizados e tabulados no *software Microsoft Office Excel 16.0*, apresentando um número absoluto e percentual. Ressalta-se que esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri, sob Parecer de nº 67840023.1.0000.5055. E, o estudo foi desenvolvido conforme os requisitos presentes na Resolução nº 466/2012.¹²

Por último, a pesquisa procedeu à coleta de dados conforme a Lei Geral de Proteção e Segurança de Dados nº 13.709/2018, garantindo o anonimato do entrevistado e a realização da coleta mediante o consentimento do titular, conforme o Art. 7º, itens I e IV da lei.¹³

RESULTADOS

Conforme a tabela 1, verificou-se uma oscilação entre a quantidade de casos notificados no decorrer dos anos da amostra, porém, é evidente que há uma totalidade relevante de casos, sendo 2018 o ano com maior registro (n= 69) e 2021 o ano com menor número de casos (n= 35). Além disso, nota-se que os municípios que apresentaram maior percentual de casos foram: Barbalha (1,44%), Altaneira (0,87%), Barro (0,84%) Juazeiro do Norte (0,75%) e Missão Velha (0,71%).

Tabela 1. Casos notificados de SC na RSC registrados por ano e municípios. Cariri (CE), Brasil, 2024.

Municípios	IDHM	2017	2018	2019	2020	2021	Total	NV	(%)
Altaneira	0,602	2	2	-	-	-	4	456	0,87%
Barbalha	0,683	13	18	14	14	12	71	4.920	1,44%
Barro	0,599	1	1	-	5	1	8	951	0,84%
Brejo Santo	0,647	1	6	5	7	1	20	3.170	0,63%
Juazeiro do Norte	0,694	28	29	36	20	12	125	16.555	0,75%
Lavras da Mangabeira	0,613	5	2	1	-	1	9	1.360	0,66%
Mauriti	0,605	1	5	4	4	3	17	2.782	0,61%
Missão Velha	0,622	2	4	2	5	4	17	2.386	0,71%
Penaforte	0,646	-	1	-	2	1	4	745	0,53%
Piquet Carneiro	0,600	-	1	2	-	-	3	584	0,51%
Total	-	53	69	64	57	35	278	33.909	7,55%

Notas: NV= nascidos vivos. Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

De acordo com a tabela 2, apenas os municípios de Barbalha, Juazeiro do Norte, Mauriti e Piquet Carneiro apresentaram cobertura de pré-natal abaixo de 100%.

Tabela 2. Número de consultas pré-natal de gestantes com SG na RSC. Cariri (CE), Brasil, 2024.

Municípios	Casos notificados	Pré-natal	(%)
Altaneira	4	4	100,0%
Barbalha	71	64	90,1%
Barro	8	8	100,0%
Brejo Santo	20	20	100,0%
Juazeiro do Norte	125	109	87,2%
Lavras da Mangabeira	9	9	100,0%
Mauriti	17	16	94,1%
Missão Velha	17	16	100,0%
Penaforte	4	4	100,0%
Piquet Carneiro	3	2	66,6%
Total	278	252	90,6%

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

De acordo com a tabela 3, os municípios de Barbalha (42,2%), Brejo Santo (55,0%),

Juazeiro do Norte (40,0%), Missão Velha (47,0%) e Piquet Carneiro (33,3%) apresentaram registros importantes de diagnóstico de SG no serviço terciário, embora tenham apresentado cobertura de pré-natal de 100%.

Tabela 3. Notificação de sífilis materna diagnosticada no pré-natal, parto e pós-parto na RSC. Cariri (CE), Brasil, 2024.

Municípios	Casos notificados	Pré-natal	%	Parto/ curetagem	%	Após o parto	%
Altaneira	4	4	100,0%	0	0,0%	0	0,00%
Barbalha	71	39	54,9%	30	42,2%	1	1,40%
Barro	8	5	62,5%	2	25,0%	0	0,00%
Brejo Santo	20	8	40,0%	11	55,0%	0	0,00%
Juazeiro do Norte	125	70	56,0%	50	40,0%	3	2,40%
Lavras da Mangabeira	9	7	77,7%	2	22,2%	0	0,00%
Mauriti	17	12	70,5%	4	23,5%	0	0,00%
Missão Velha	17	9	52,9%	8	47,0%	1	5,80%
Penaforte	4	1	25,0%	3	0,0%	0	0,00%
Piquet Carneiro	3	2	66,6%	0	33,3%	1	33,3%
Total	278	157	56,5%	110	39,6%	6	2,16%

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Enfatiza-se que os municípios que apresentaram cobertura de pré-natal de 100% também apresentaram percentuais elevados de tratamento de parceiro não realizado, sendo eles: Altaneira (75,0%), Barro (75,0%), Brejo Santo (65,0%), Lavras da Mangabeira (77,7%) e Penaforte (50,0%). Entretanto, o maior percentual da não realização do tratamento do parceiro foi aplicado ao município de Piquet Carneiro (100,0%), como observado na tabela 4.

Tabela 4. Tratamento de parceiros das gestantes realizado e não realizado na RSC. Cariri (CE), Brasil, 2024.

Municípios	Casos notificados	Ignorado	(%)	Realizado	(%)	Não realizado	(%)
Altaneira	4	1	25,0%	0	0,00%	3	75,0%
Barbalha	71	8	11,2%	35	49,2%	28	39,4%
Barro	8	2	25,0%	0	0,00%	6	75,0%
Municípios	Casos notificados	Ignorado	(%)	Realizado	(%)	Não realizado	(%)
Brejo Santo	20	3	15,0%	4	20,0%	13	65,0%
Juazeiro do Norte	125	14	11,2%	49	39,2%	62	49,6%

Lavras da Mangabeira	9	1	11,1%	1	11,1%	7	77,7%
Mauriti	17	6	35,2%	5	29,4%	6	35,2%
Missão Velha	17	3	17,6%	8	47,0%	6	35,2%
Penaforte	4	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%
Piquet Carneiro	3	0	0,0%	0	0,00%	3	100,0%
Total	278	39	14,0%	103	37,0%	136	48,9%

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Na tabela 5, verifica-se que 12,5% dos municípios não souberam informar o número de casos de SC notificados, no entanto, 100% tinham conhecimento quanto à busca e a notificação dos casos no município. Quanto às consultas de pré-natal, 100% dos municípios informaram a realização das seis consultas requisitadas pelo Previn Brasil, com solicitação de exames de VDRL, testagem e tratamento do parceiro e o tratamento da SG pela APS.

Entretanto, é evidente que metade dos municípios informaram a não realização de ações de EPS nos níveis secundário e terciário.

Tabela 5. Respostas do questionário sobre as medidas de mitigação para a SC na Região de Saúde do Cariri. Cariri (CE), Brasil, 2024.

Perguntas do questionário on-line	Respostas	
	Sim n (%)	Não n (%)
1. O (a) Sr. (a) sabe quantos casos de SC foram notificados no seu município no período de 2017 a 2021?	7 (87,5)	1 (12,5)
2. A busca ativa de casos de SG e SC está sendo realizada no município?	8 (100,0)	0 (0,00)
3. Os casos de SG e SC estão sendo notificados no município?	8 (100,0)	0 (0,00)
4. As consultas de pré-natal, realizadas pelas Unidades de Saúde da Família (USF), atingem as seis consultas requisitadas pelo Programa Previn Brasil?	8 (100,0)	0 (0,00)
5. No município, o exame VDRL está sendo solicitado nas consultas de pré-natal?	8 (100,0)	0 (0,00)
6. No município, a testagem e o tratamento para a sífilis estão sendo ofertados aos parceiros pela APS?	8 (100,0)	0 (0,00)
7. O tratamento da SG está sendo ofertado nas USF do município?	7 (87,5)	1 (12,5)
8. No município, está havendo a contrarreferência das gestantes diagnosticadas com sífilis?	7 (87,5)	1 (12,5)
9. Está sendo realizada a notificação compulsória das SG e SC na APS do município?	7 (87,5)	1 (12,5)
10. Está sendo realizada a notificação compulsória das SG e SC na Atenção Secundária do município?	7 (87,5)	1 (12,5)
Perguntas do questionário on-line	Respostas	
	Sim n (%)	Não n (%)
11. Está sendo realizada a notificação compulsória das SG e SC na Atenção Terciária do município?	6 (75,0)	2 (25,0)

12. Está havendo a oferta de capacitações profissionais sobre SG e SC no município?	5 (62,5)	3 (37,5)
13. O pré-natal de risco habitual está realizando ações de EPS sobre SG e SC?	6 (75,0)	2 (25,0)
14. O pré-natal de alto risco está realizando ações de EPS sobre SG e SC?	4 (50,0)	4 (50,0)
15. As maternidades e/ou casas de parto estão realizando ações de EPS sobre SG e SC?	4 (50,0)	4 (50,0)

DISCUSSÃO

Diante da análise dos casos de SC notificados no recorte temporal de 2017 a 2021, observa-se um quantitativo importante de casos de SC notificados na RSC, embora tenha-se observado um menor número de notificações entre os anos de 2020 e 2021. Justifica-se que esse período é compatível com o auge da pandemia da COVID-19, que repercutiu diretamente sobre o rastreio e o controle da SC, tendo em vista as modificações nos protocolos assistenciais para a manutenção da segurança das gestantes das puérperas, que culminaram em impasses no manejo do pré-natal e controle da sífilis durante o período pandêmico.¹⁴

Um estudo de 2020 evidenciou um declínio das notificações da sífilis, principalmente a SC, no estado de São Paulo, no início do ano de 2020, período em que os casos da COVID-19 começaram a surgir no estado.¹⁵ Outro estudo, realizado em 2022, apontou uma redução significativa de registros de doenças de notificação compulsória entre os anos de 2019 e 2020, na qual as sífilis adquirida, gestacional e congênita demonstraram uma queda de até 60% nas notificações e nas internações pelos serviços de saúde, em decorrência do impacto da pandemia da COVID-19 e do monitoramento das doenças de notificação compulsória, levando à subnotificação dos agravos.¹⁶

A assimetria das taxas de sífilis pode estar igualmente associada a vários fatores, como a repercussão das medidas de distanciamento social sobre a cobertura de assistência à gestante com sífilis, ao acesso limitado aos serviços de saúde e às fragilidades inerentes aos serviços de saúde relacionadas ao controle da SC. Outrossim, a vulnerabilidade social e as desigualdades econômicas também refletiram na qualidade do sistema de saúde e o consequente acometimento de doenças, como a sífilis.¹⁷⁻¹⁸

No tocante às medidas de mitigação investigadas nesta pesquisa, foi possível observar que a cobertura de pré-natal foi considerada satisfatória, conforme o parâmetro indicado de 45% de cobertura de pré-natal pelos municípios, ao se observar as limitações existentes para o alcance da cobertura de 100%.¹⁹ Entretanto, evidenciou-se que a notificação e a assistência de pré-natal da gestante com sífilis apresentaram limitações

importantes quanto à sua qualidade, justificadas pelo diagnóstico da SG durante o parto/curetagem, assim como no pós-parto.

Diante disso, uma pesquisa demonstrou que o aumento da cobertura de pré-natal não refletiu na redução da incidência da SC, embora tenha exercido uma influência positiva em relação à incidência da SG. Em suma, a qualidade da assistência de pré-natal ainda não é capaz de reduzir o número de casos da doença em recém-nascidos, pois, ainda se observa a ocorrência do diagnóstico tardio da sífilis na gestante.²⁰

Um estudo de 2018 obteve um desfecho similar aos resultados desta pesquisa, referentes ao diagnóstico da SG, onde verificou-se que 98,8% das gestantes tiveram exame VDRL com resultado reagente no momento do parto/curetagem.²¹ Uma pesquisa epidemiológica, realizada na Bahia, no período compreendido entre 2010 e 2016, identificou uma taxa elevada de incidência e mortalidade decorrentes da SC, além de evidências quanto à fragilidade da assistência de pré-natal, assim como a baixa eficácia das ações de prevenção e do tratamento da doença.²¹

Esse problema também foi observado em maternidades públicas na Região Nordeste do Brasil, entre 2013 e 2014, uma vez que no pré-natal, não estavam sendo alcançados a efetividade da prevenção e o rastreamento da sífilis, em razão da identificação de mulheres reagentes para a sífilis, ainda na admissão à maternidade, corroborando, portanto, para a persistência dos entraves no controle da doença.²²

Assim, a ocorrência de falhas no diagnóstico e no tratamento da SG, especialmente no momento do pré-natal, eleva a probabilidade da transmissão materno-fetal, aumenta a incidência da morbimortalidade do binômio mãe-bebê.²³

Outro fator importante esteve relacionado a não realização do tratamento do parceiro, assim como a existência de dados ignorados, que aumentam o risco de reinfecção da gestante e, conseqüentemente, a transmissão materno-fetal da sífilis.

A abordagem ao parceiro é uma das fragilidades no controle da sífilis durante a gestação, em decorrência de sua baixa adesão ao pré-natal e do tratamento inadequado ou não realizado, tornando, portanto, o acompanhamento de pré-natal da gestante insatisfatório.²⁴⁻²⁵

Um estudo de 2019 já apontava que a incidência de SC foi ascendente quando os parceiros das gestantes não foram tratados. Portanto, o tratamento do parceiro é uma importante estratégia de prevenção da SC, uma vez que previne a reinfecção materna por sífilis, e conseqüentemente, reduz o risco de transmissão para o feto.²⁶⁻²⁷

Em relação ao desenvolvimento socioeconômico dos municípios da amostra, percebeu-se que os municípios de maior IDHM apresentaram uma maior notificação de

casos de SC, o que pode indicar o maior acesso da população aos serviços de saúde e aos métodos diagnósticos da patologia.²⁸

Entretanto, o diagnóstico tardio da SG e a não realização do tratamento do parceiro foram observados de forma acentuada nos municípios de maior IDHM. Assim, o IDHM parece não ter sido um ponto-chave para a incidência da SC na RSC, levando à necessidade de investigar o processo de trabalho das equipes multidisciplinares, sobretudo, na APS, quanto à execução das medidas de mitigação da doença, sob o pressuposto da existência de falhas em nível assistencial e gerencial dos serviços de saúde e quanto à efetivação do controle da SC.

Em relação à segunda etapa da pesquisa, observou-se uma discrepância entre as informações obtidas pelo SINAN e as devolutivas dos profissionais responsáveis pelos municípios, em relação à assistência de pré-natal, diagnóstico oportuno da SG e o tratamento do parceiro. Em vista disso, embora tenha-se identificado um importante número de casos de diagnóstico tardio da sífilis em gestantes, foi apontado, pelos participantes da pesquisa, um manejo satisfatório da SG pelo nível primário de atenção, bem como a realização de uma busca ativa da doença no território pelas equipes de saúde da família de cada município.

Referente à assistência ao parceiro, todos os oito municípios informaram a realização do tratamento deste para a prevenção da reinfecção da gestante, durante o pré-natal, embora que, para esse último resultado, identificou-se que mais da metade dos parceiros não possuíam adesão ao tratamento para a sífilis, conforme os dados do SINAN.

Também foram observados os percentuais importantes de respostas relacionadas à subnotificação de casos pelos três níveis de atenção, principalmente nas maternidades. A subnotificação de informações sobre a sífilis dificulta a análise epidemiológica da doença, limitando as estratégias de controle no país.²⁹

Por fim, observou-se a inexistência de atividades de EPS nos níveis secundário e terciário, apontadas por metade dos municípios participantes. A fragilidade nas ações de capacitação profissional representa um importante impasse quanto ao desempenho dos profissionais de saúde, sobretudo, quanto à identificação, ao tratamento e à prevenção da SC, sendo a EPS uma ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil.³⁰

Do exposto, entende-se que as limitações relacionadas à prática da EPS nos serviços de saúde, sobretudo na APS, são potenciais elementos que desqualificam as ações de mitigação da SC, no que se refere à assistência pré-natal, diagnóstico e

tratamento da SG em tempo hábil e a prevenção da reinfecção materna por sífilis, a partir do tratamento do parceiro.

Nesse aspecto, há uma necessidade de fortalecimento das ações de EPS no serviço, para a ampliação das estratégias assistenciais à gestante com sífilis, e seu(s) parceiro(s) para a prevenção da transmissão vertical.

Destarte, como limitação deste estudo, aponta-se, primeiro, que se trata de uma pesquisa transversal, assim não é possível estabelecer uma relação concreta entre o IDHM e a SC, considerando que foram utilizados dados secundários, que são passíveis de infidedignidade, o que inviabiliza a análise dos casos de SC de forma precisa, assim como torna impossível a afirmação da existência de uma relação causal direta entre o nível de desenvolvimento municipal e a incidência da SC.

Nesse aspecto, aponta-se a necessidade de se aprofundar na problemática e desenvolver novos estudos contemplando a relação entre o IDHM e a SC, sob a premissa de elucidar, como esse fator pode se relacionar à incidência da SC na RSC.

CONCLUSÃO

Verificou-se que o cenário epidemiológico da SC na RSC apresenta-se preocupante, tendo em vista que os municípios da amostra obtiveram uma cobertura de pré-natal satisfatória. Entretanto, o elevado número de notificações de SG no momento do parto/curetagem e as limitações quanto ao tratamento do parceiro desqualificam as ações de cuidado à gestante com sífilis no pré-natal.

Esses achados apontaram fragilidades importantes que comprometeram as ações de mitigação da SC na RSC. Apesar disso, não foi possível estabelecer uma relação concreta entre o IDHM e a situação epidemiológica da doença na referida região, justificando, portanto, que as falhas na mitigação da SC estão relacionadas às lacunas assistenciais nos serviços de saúde frente à patologia, que, por sua vez, são propiciadas pela deficiência da EPS nos serviços.

Espera-se, portanto, que esta pesquisa tenha trazido implicações para a construção de novos estudos, considerando a relevância do referido tema perante a sociedade e suas repercussões desfavoráveis à saúde materno-infantil.

Ao se ter conhecimento das fragilidades nas ações de mitigação da SC apontadas neste estudo, almeja-se contribuir para o avanço das práticas assistenciais nos serviços de saúde para o enfrentamento da doença, sobretudo quanto à atuação da Enfermagem no contexto pré-natalista, na qual é inerente ao enfermeiro a comunicação afetiva, escuta

qualificada, práticas de educação em saúde, consultas de acolhimento e desenvolvimento de ações preventivas da sífilis em relação à tríade gestante-parceiro-bebê.

CONTRIBUIÇÕES

Yvinna Marina Santos Machado: concepção, planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. **Gabriel de Alencar Melo:** análise e interpretação dos dados. **Maria Nizete Tavares Alves:** redação e revisão crítica. **Edilma Gomes Rocha Cavalcante:** redação e revisão crítica. **Maria de Fátima Vasques Monteiro:** concepção, planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Sankaran D, Partridge E, Lakshminrusimha S. Congenital Syphilis-An Illustrative Review. *Children (Basel)*. [Internet]. 2023 [cited 2023 oct 12];10(8):1310. DOI: <https://doi.org/10.3390/children10081310>
2. Thean L, Moore A, Nourse C. New trends in congenital syphilis: epidemiology, testing in pregnancy, and management. *Curr Opin Infect Dis*. [Internet]. 2022 [cited 2023 oct 12]; 35(5):452-460. DOI: <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000875>
3. Bezerra MLMB, Fernandes FECV, de Oliveira Nunes JP, de Araújo Baltar SLSM, Randau KP. Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil. *Emerg Infect Dis*. [Internet]. 2019 [cited 2023 oct 12]; 25(8): 1469–1476. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2508.180298>
4. Libera LSD, Gonçalves IR, Sá KCC de, Rodrigues, DA. Principais fatores relacionados à sífilis congênita no Brasil – revisão integrativa. *Facer* [Internet]. 2021 [cited 2023 oct 16]; 10(1). DOI: <https://doi.org/10.37951/refacer.v10i1.5885>
5. Andrade E, Valvassori PMD, Mingote ACA, Guedes AL de L, Nogueira MC. Epidemiologia da sífilis congênita no Brasil: Uma revisão sistemática. *Principia: Cam Inic Cient*. [Internet]. 2020 [cited 2023 oct 16]; 20(1). DOI: <https://doi.org/10.34019/2179-3700.2020.v20.31004>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico: sífilis - 2022. Ministério da Saúde, 2022. [home-page on the Internet]. [cited 2022 oct 20].
7. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde. Boletim epidemiológico: sífilis. Nº 07, de 21 de outubro de 2022. Ministério da Saúde, 2022. [home-page on the Internet]. [cited 2022 oct 20].

8. Matos MF, Sousa LB, Castro RR, Mendonça VM, Cabral BVB, Pereira MLD. Spatial and temporal analysis of notified cases of congenital syphilis in the state of Ceará in the period from 2008 to 2018. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2022 [cited 2022 oct 20]; 11(9): e18611931690. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31690>
9. Moraes BQS, Correia DM, Machado MF. Desafios da sífilis congênita na atenção primária à saúde em Alagoas, Brasil, 2009-2018. *Salud UIS*. [Internet]. 2022 [cited 2023 oct 24]; 54(1):324. DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22031>
10. Arruda LR, Ramos ARS. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. *J Manag Prim Health Care*. [Internet]. 2020 [cited 2023 oct 24]; 12: 1-18. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.511>
11. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) 2018. - 2020. [home-page on the Internet]. [cited 2023 jun 20].
12. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde 12 dez 2012. [home-page on the Internet]. [cited 2023 mai 25].
13. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). 14 out 2018. [home-page on the Internet]. [cited 2023 mai 25].
14. Batinga JCA, Agostinho AYH, França BSR, Machado MF. Tendência da sífilis congênita em Alagoas, Sergipe e Bahia sob a conjuntura da covid-19. *Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente*. [Internet]. 2024 [cited 2024 set 14]; 9(3), 342–357. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2024v9n3p342-357>
15. Domingues CBB, Luppi CG, TAYRA A, Pinto VM, Gregorut CRBS, Tancredi MV. Sífilis e sífilis congênita em tempos de COVID-19. *Bepa* [Internet]. 2020 [cited 2024 set 14]; 17(201):65-67. Available from: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/BEPA182/article/view/34269>
16. Brito C, Formigosa C, Neto O. Impacto da covid-19 em doenças de notificação compulsória no norte do Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2024 set 14]; 35:127-177. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.12777>
17. Oliveira VS, Rodrigues RL, Chaves VB, Santos TS, de Assis, FM, Ternes YMF, Aquino, EC. Aglomerados de alto risco e tendência temporal da sífilis congênita no Brasil. *Rev Panam Salud Publ*. [Internet]. 2020 [cited 2024 set 14]; 10. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.75>
18. Pinheiro YT, Silva RAR. Has the COVID-19 Pandemic Affected the Epidemiology of Syphilis in Brazil? *Rev Bras Ginecol Obstetr*. [Internet]. 2022 [cited 2024 set 14]; 44(6): 629-630. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1748024>
19. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 4/2022-DAPES/SAPS/MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 2022.
20. Soares MAS, Aquino R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde*

Pública. [Internet]. 2021 [cited 2024 set 14]; 37(7). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X002>

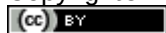
21. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de SG e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [cited 2023 jun 25]; 23(2):563-564. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>
22. Sousa OC, Matos PVC, Aguiar DG, Rodrigues RL, Macêdo IC, Cordeiro DSM, Ferreira MCS, Borges RA. Sífilis congênita: o reflexo da assistência pré-natal na Bahia. *BJHR* [Internet]. 2019 [cited 2023 jun 24]; 2(2):1356–1376. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1352>
23. Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2020 [cited 2023 jun 24]; 28(4):518-528. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>
24. Santos AAA, Araújo FAG, Guimarães TMM. Qualidade da assistência pré-natal associada incidência de sífilis congênita: revisão integrativa. *Res, Soc Dev.* [Internet]. 2022 [cited 2023 jun 24]; 11(14). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36854>
25. Silva CPV, Rocha RSM, Silva PO, Silva QF, Oliveira ES, Francisco MTR, Marta CB. Assistência pré-natal na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa. *Glob Acad Nurs*, [Internet]. 2022 [cited 2023 jun 22]; 3(1). DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200237>
26. Toldo MKS, Menegazzo LS, Souto AS. A recrudescência da sífilis congênita. *Arq Catarin Med.* [Internet]. 2018 [cited 2023 jun 20]; 47(1). Available from: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/165/221>
27. Monteiro R, Côrtes PPR. A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico. *Pró-univerSUS.* [Internet]. 2019 [cited 2023 jun 24]; 10(2). DOI: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i2.1934>
28. Holztrattner JS, Linch GFC, Paz AA, Gouveia HG, Coelho DF. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2023 jun 24]; 24(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>
29. Teixeira LO, Belarmino V, Gonçalves CV, Mendoza-Sassi RA. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. *Ciênc saúde colet.* [Internet]. 2018 [cited 2023 jun 23]; 23 (8): 2587-2597. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016>
30. Pereira, RMS, Selvati FS, Ramos KS, Teixeira LGF, Silva LR. Conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros e médicos sobre sífilis: revisão integrativa. *Rev Recien.* [Internet]. 2020 [cited 2023 jun 24]; 10(31) 131-141. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.131-141>

Correspondência:

Yvinna Marina Santos Machado

E-mail: marinamachado2609@gmail.com

Copyright© 2024 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, 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.