

O PANORAMA EPIDEMIÓLOGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE: ESTRATÉGIAS PARA A ELIMINAÇÃO

The epidemiological panorama of congenital syphilis in a northeast capital: strategies for elimination

El panorama epidemiológico de la sífilis congenida en un capital del nordeste: estrategias para la eliminación

Kátia Nobre Cedrim Lucena¹; Sueli Teresinha Cruz Rodrigues²; Amuzza Aylla Pereira dos Santos^{3}; Anne Laura Costa Ferreira⁴; Elisa Marina do Prado Silva⁵; Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira⁶*

Como citar este artigo:

Lucena KN, Rodrigues ST, Santos AAP, *et al.* O PANORAMA EPIDEMIÓLOGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE: ESTRATÉGIAS PARA A ELIMINAÇÃO. Rev Fun Care Online.2021. jan./dez.; 13:730-736. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7586>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to describe the panorama of congenital syphilis in a Northeast Capital over the period from 2010 to 2015. **Methods:** this is a descriptive epidemiological study, which was undertaken using the retrospective survey type with a quantitative approach. **Results:** most mothers that performed prenatal care were diagnosed only at the time of childbirth or curettage, and did not undergo any treatment. Most children were diagnosed with recent congenital syphilis. The municipality maintained an average of 2 cases of congenital syphilis deaths/year and an incidence rate above the national average. **Conclusion:** the results presented by the present study confirm that congenital syphilis is still far from being eradicated in the municipality, since incidence rates are remaining above the national average.

Descriptors: Nursing, Congenital syphilis, Epidemiology, Care line, Health surveillance.

¹ Graduação em Enfermagem da UFAL. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.

² Mestre em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.

³ Graduada em Enfermagem, Doutora em Ciências da Saúde, Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.

⁴ Graduada em Enfermagem, Mestre em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.

⁵ Graduação em Enfermagem da UFAL. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.

⁶ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFAL. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever o panorama da sífilis congênita em uma capital do Nordeste no período de 2010 a 2015. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo levantamento retrospectivo, com abordagem quantitativa. **Resultados:** a maioria das mães realizaram o pré-natal, foram diagnosticadas apenas no momento do parto ou curetagem e não realizaram nenhum tratamento. A maioria das crianças foram diagnosticadas com sífilis congênita recente. E o município manteve-se com uma média de 2 casos de óbitos por sífilis congênita /ano e uma taxa de incidência acima da média nacional. **Conclusão:** os resultados apresentados pelo presente estudo comprovam que a sífilis congênita ainda se encontra longe de ser erradicada no município, pois as taxas de incidência estão se mantendo acima da média nacional.

Descritores: Enfermagem, Sífilis congênita, Epidemiologia, Linha de cuidado, Vigilância em saúde.

RESUMEN

Objetivo: Describir el panorama de la sífilis congénita en una capital del Nordeste en el período de 2010 a 2015. **Métodos:** se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, del tipo levantamiento retrospectivo, con abordaje cuantitativo. **Resultados:** la mayoría de las madres realizaron el prenatal, fueron diagnosticadas apenas en el momento del parto o curetaje y no realizaron ningún tratamiento. La mayoría de los niños fueron diagnosticados con sífilis congénita reciente. Y el municipio se mantuvo con una media de 2 casos de muertes por sífilis congénita / año y una tasa de incidencia por encima de la media nacional. **Conclusión:** los resultados presentados por el presente estudio comprueban que la sífilis congénita aún se encuentra lejos de ser erradicada en el municipio, pues las tasas de incidencia se mantienen por encima de la media nacional.

Descriptores: Enfermería, Sífilis congénita, Epidemiología, Línea de cuidado, Vigilancia en salud.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são causadas por agentes patogênicos que são transmitidos, principalmente, por meio do contato sexual desprotegido com uma pessoa infectada. Também pode ser transmitida verticalmente, ou seja, da mãe para a criança por via transplacentária durante a gestação. As ISTs compõem um grande problema de saúde pública e na população brasileira sexualmente ativa, a sífilis está entre as ISTs de maior incidência ao ano.¹⁻²

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica, prevenível, curável, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. As principais vias de transmissão são através do ato sexual desprotegido (sífilis adquirida) e verticalmente, em gestantes (sífilis na gestação), com consequências graves para o feto, podendo levar a morte através da sífilis congênita.³⁻⁴

O Ministério da Saúde (MS) determina que toda criança exposta à sífilis na gestação, tratada ou não no período neonatal, deve ser acompanhada ambulatoriamente. Porém, especialmente no Brasil, não existem estudos suficientes sobre este seguimento, o que não condiz com a

importância do assunto.⁶⁻⁷

Ao longo do tempo, diversas estratégias de contenção da doença têm sido implantadas com o objetivo de diminuir e controlar as taxas de incidência nos países, estados e municípios e até mesmo alcançar a erradicação da infecção. Em 2015, foram estabelecidas algumas metas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), tais como: taxa de incidência mínima de 0,5 casos para cada 1000 nascidos vivos e fornecimento de diagnóstico precoce e tratamento adequado para no mínimo 95% das gestantes e parceiros. A sífilis congênita é de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986; a sífilis em gestante, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010.⁸

Apesar de, o protocolo clínico estar bem estabelecido e o tratamento ser de baixo custo e ser oferecido à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a persistência da alta incidência de sífilis congênita ainda se caracteriza como um sinalizador de que a qualidade da assistência à saúde materno-fetal ainda não está adequada.⁹

Mesmo com a notificação compulsória e todas as tentativas de erradicação da infecção, os números de casos novos não tem mostrado diminuição considerável. De acordo com o Boletim Epidemiológico para Sífilis de 2017, a região nordeste tem apresentado taxas de incidência de sífilis congênita maiores que a taxa nacional. O estado Alagoas vem apresentando uma queda nas taxas de detecção da sífilis congênita desde 2015, porém, está entre as Unidades Federativas com os maiores coeficientes de mortalidade por sífilis congênita em menores de um ano por 100 mil nascidos vivos e dentro desta perspectiva o município de Maceió encontra-se na lista de municípios prioritários, pois apresentou taxas de incidência de sífilis congênita maiores do que as taxas de detecção de sífilis em gestantes, sendo maior que a média nacional.⁸⁻⁹

Diante deste cenário, o presente estudo teve como pergunta norteadora qual a características epidemiológica dos recém-nascidos expostos à sífilis congênita?

A fim de responder a questão norteadora o estudo tem como objetivo descrever o panorama da sífilis congênita em uma capital do Nordeste no período de 2010 a 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo levantamento retrospectivo a partir de uma série temporal, com abordagem quantitativa.

As variáveis primárias foram a ocorrência de sífilis na gestação, de sífilis congênita em menores de um ano, uma vez que o Ministério da Saúde definiu esta faixa etária a fim de orientar as ações de vigilância epidemiológica, e de óbito infantil específico por sífilis congênita. Já as variáveis secundárias foram os fatores associados à estas infecções e

os casos de nascidos vivos de mães residentes em Maceió durante o período determinado na pesquisa. Os fatores associados à sífilis congênita e sífilis na gestação para esta pesquisa seguem o modelo da Ficha de Investigação e Notificação para estas infecções.

Foram realizados levantamentos dos dados socioculturais e clínicos da gestante diagnosticada com sífilis e das características epidemiológicas relacionadas às crianças menores de um ano diagnosticadas com sífilis.

Os dados foram obtidos através das bases de dados de domínio público do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Secretaria de Vigilância em Saúde, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Sistema de Notificações e Agravos Notificados (SINAN) e do Boletim Epidemiológico (BE) de 2017 elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Todos esses sistemas são alimentados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde.

Os critérios de elegibilidade foram: ter sido notificado compulsoriamente entre Janeiro de 2010 a Dezembro de 2015; casos de sífilis na gestação; casos de crianças menores de um ano que foram notificadas por diagnóstico final de sífilis congênita; casos de óbito infantil específico por sífilis congênita; ter sido notificado em Maceió; nascidos vivos de mães residentes em Maceió. Fizeram parte dos critérios de exclusão: ter sido notificado após Dezembro de 2015, pois os dados posteriores a esta data ainda não se apresentam completos; gestantes que não realizaram o pré-natal em Maceió.

Os coeficientes de incidência de sífilis na gestação foram obtidos a partir do número de casos de gestantes diagnosticadas com sífilis detectados em Maceió no determinado período, dividido pelo número total de nascidos vivos residentes no mesmo local (com informações demográficas disponibilizadas através dos censos demográficos) e ano de notificação, vezes 1.000; o coeficiente de incidência de sífilis congênita foi obtido através do número de casos de crianças menores de um ano diagnosticadas com sífilis detectados em Maceió no determinado período, dividido pelo número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano de notificação, vezes 1.000.⁸

Já os coeficientes de mortalidade por sífilis congênita foram obtidos a partir do número de óbitos por sífilis congênita em determinado período e local de residência, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local no mesmo período, vezes 100.000.⁸

Os dados obtidos foram organizados a partir das variáveis descritas na metodologia desta pesquisa, adicionados a planilhas para confecção de tabelas e figuras e foram analisados através da estatística descritiva baseada na frequência absoluta e relativa utilizando o Excel® 2013 e Word® 2013 na forma de porcentagem simplificada.

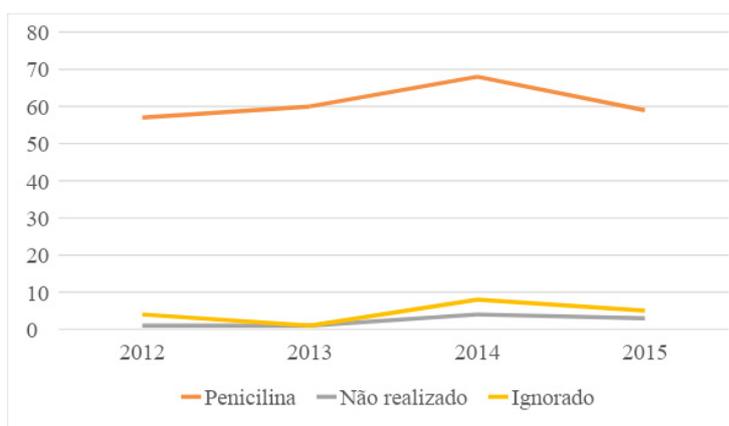
Este estudo não necessitou ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012

do Conselho Nacional de Saúde, pois os resultados são referentes às bases de dados de acesso público da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Alagoas (SESAU).

RESULTADOS

A maioria dos casos de sífilis na gestação foram detectados no segundo trimestre e foram notificadas quanto a classificação clínica de sífilis primária.

Figura 1 – Distribuição dos casos de gestantes com sífilis segundo esquema de tratamento por ano de diagnóstico, notificados entre 2012-2015. Maceió/AL, 2018.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2018.

Conforme a **Figura 1**, foi possível observar um aumento no número de casos de gestantes que passaram a ser tratadas com Penicilina entre os anos de 2012 e 2014. Já entre os anos de 2014 e 2015, nota-se um declínio considerável nestes casos e um aumento nos casos de gestantes que não realizaram nenhum tipo de tratamento. Não foram disponibilizados dados acerca do esquema de tratamento das gestantes dos anos anteriores a 2012.

Com relação às características sociodemográficas maternas dos casos notificados de sífilis congênita, notou-se que a maioria das mães possuíam entre 20 e 29 anos, se autodeclaravam pardas e não concluíram o ensino fundamental. Já com relação ao diagnóstico materno de sífilis dos casos notificados de sífilis congênita, observou-se que a maioria realizou o pré-natal e foram diagnosticadas apenas no momento do parto ou curetagem. Além disso, uma grande minoria foi tratada de forma adequada e mais da metade não realizaram nenhum tratamento e não tiveram seus parceiros sexuais tratados.

Tabela 1 - Número de casos de sífilis congênita e taxa de incidência, por 1000 nascidos vivos, no período de 2010-2015, no estado de Alagoas e capital. Maceió/AL, 2018.

Ano	Alagoas			Maceió		
	NV	Casos notificados N=2.115	Incidência	NV	Casos notificados N=1.146	Incidência
2010	54.164	217	4,0	15.201	115	7,5
2011	54.281	324	5,9	15.466	173	11,2
2012	52.510	368	7,0	14.873	222	14,9
2013	52.488	409	7,7	15.172	225	14,8
2014	51.859	413	7,9	14.886	220	14,7
2015	52.257	384	7,3	15.558	191	12,2

Fonte: SINASC, SINAN, Ministério da Saúde/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2018.

Em Alagoas, foram notificados 2.115 casos de Sífilis congênita em menores de um ano no período de 2010-2015, sendo destes, 1.146 notificados em Maceió, o que corresponde a mais da metade dos casos. O número de nascidos vivos de mães que residiam em Maceió no período de 2010-2015 foi de 91.156. Sendo assim, a taxa de incidência de Maceió foi muito maior comparada a do estado de Alagoas.

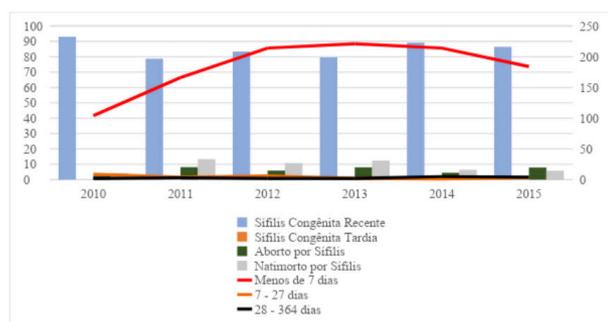
Tabela 2 - Casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico no período de 2010-2015. Maceió/AL, 2018.

Idade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	
							Nº	%
Menos de 7 dias	104	166	214	221	214	184	1103	96,24
7-27 dias	9	4	6	2	1	3	25	2,18
28-364 dias	2	3	2	2	5	4	18	1,57

Fonte: SINAN, Ministério da Saúde/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2018.

O diagnóstico de sífilis congênita em menores de um ano de idade realizado nos primeiros 7 dias de vida corresponde a grande maioria das notificações e houve redução do número de casos diagnosticados nesta faixa etária entre os anos de 2013 a 2015. O maior número de casos e percentual de diagnósticos finais se resume em Sífilis congênita recente, que se refere aos casos notificados em crianças menores de 2 anos.

Figura 2 - Correlação entre os casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final e casos de sífilis congênita segundo idade da criança por ano de diagnóstico, no período de 2010-2015. Maceió/AL, 2018.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2018.

Os casos de óbito por sífilis congênita no município de Maceió mantiveram uma média de 2 casos ao ano no período estudado. Nenhum caso de óbito específico por neurosífilis congênita foi notificado no estado de Alagoas desde 2010 até os dias atuais.⁸

DISCUSSÃO

O aumento no número de casos de sífilis na gestação e sífilis congênita no município de Maceió tem chamado a atenção para a necessidade de desenvolvimento de estratégias e ações de grande impacto e cunho educacional, que repercutam nas taxas de incidência e se voltem ao controle da doença.

Estudos demonstram que esse aumento pode representar a melhoria da notificação de casos ao longo dos anos, atribuída a avanços da vigilância epidemiológica de municípios e Estado, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), bem como o Projeto NASCER nas maternidades de referência.¹⁰

Os resultados deste estudo mostram que a incidência de Sífilis congênita no município de Maceió apresentou resultados mais elevados com relação a incidência em Alagoas e também com relação a incidência de sífilis na gestação, o que pode ser relacionado a possíveis falhas no diagnóstico de sífilis na gestação, notificação errônea como sífilis adquirida e também a falhas no sistema de vigilância epidemiológica de Maceió.¹¹

Os resultados se mostraram muito além do estipulado pela OPAS, de menos de um caso de sífilis congênita para cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2000, sendo a média para o município de Maceió de 12,55 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

As proporções podem se modificar devido a implementação da Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-. DIAHV/SVS/MS, que passará a desconsiderar a informação do tratamento concomitante da parceria sexual das gestantes como critério de classificação para tratamento adequado.⁸

A maioria dos casos de sífilis na gestação foram detectadas no segundo trimestre e 38,72% das gestantes diagnosticadas com sífilis tiveram o diagnóstico apenas no 3º trimestre, o que refere a má qualidade da assistência pré-natal no que diz respeito a captação imediata da gestante, falha na requisição dos exames de primeiro trimestre ou de primeira consulta. É importante salientar que um dos fatores que classificam o tratamento da gestante com sífilis como adequado é, ter completado o esquema de tratamento até 30 dias antes do parto. Além disso, o SUS oferece todos os testes necessários para diagnóstico, cabendo ao profissional da saúde envolvido no processo realizá-los ou solicitá-los no momento oportuno.^{8,11}

Das 408 gestantes diagnosticadas com sífilis, 113 foram classificadas com sífilis primária e 52 com sífilis secundária, ou seja, 40,45% dessas mulheres possuíram maior probabilidade de transmitir o treponema ao feto, uma vez que existem relações diretas entre o estágio da infecção na gestante e a transmissão da bactéria. Quanto mais recente a infecção, maior a probabilidade de infecção ao feto. Porém, é importante ressaltar outro aspecto dessa variável, pois do total de gestantes, 121 (29,66%) tiveram a classificação da infecção ignorada, o que chama a atenção para o mal preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação, ou ainda para a dificuldade em determinar o estágio da doença, seja por falta de insumo ou por falta de atualização dos profissionais de saúde.¹²

O esquema de tratamento que mais predominou entre as notificações de sífilis na gestação foi o tratamento com Penicilina, o qual é a droga de primeira escolha para tal, segundo o Ministério de Saúde. Porém, entre os anos de 2014 e 2015 houve uma redução no número de gestante tratadas com Penicilina e um aumento no número de gestantes tratadas com outro esquema medicamentoso e que tiveram esquema de tratamento ignorado. Isto se deve ao fato de que em 2014 houve um desabastecimento de Penicilina nas unidades de saúde. O Ministério da Saúde, em consonância com esta situação, emitiu uma Nota Informativa Conjunta de nº 109/2015, tornando público o desabastecimento nacional de penicilinas, em especial da Penicilina benzatina, em decorrência da falta de matéria-prima específica para a sua produção no mercado global.^{4,13}

Em relação ao grau de escolaridade das mães de crianças diagnosticadas com sífilis congênita, predominaram mulheres que apresentavam ensino fundamental incompleto, o que leva a inferir que esta população com baixa instrução possui pouco entendimento acerca da doença, da importância do acompanhamento durante a gestação e também sobre prevenção de IST. As mulheres com baixa escolaridade e pretas ou pardas apresentaram uma prevalência maior de sífilis na gestação.¹⁴

Outro item observado foi a ocorrência de casos de sífilis congênita em crianças e mães com 12 ou mais anos de escolaridade (ensino superior completo), pois acreditar-se que essa população possua conhecimentos mínimos acerca das IST, formas de prevenção e importância da realização do pré-natal. Além disso, também é preocupante o número de casos classificados como ignorado no que diz respeito à escolaridade, pois correspondeu a 16,8% dos casos.¹⁰

A média de idade de mães que tiveram seus filhos diagnosticados com sífilis foi de 15-29 anos, fato constatado também em outros estudos realizados em outras capitais brasileiras, como por exemplo, no Distrito Federal, Ceará e Natal. Esse resultado justifica-se pela realidade feminina brasileira, onde essa faixa etária representa o auge da fase reprodutiva, o que sugere um maior número de gestações na faixa etária em questão.¹⁵

Quase 90% dos casos de sífilis congênita tiveram a variável raça/cor da mãe classificadas em pardas, porém este resultado coincide com outros estudos realizados em outros locais, tais como em Recife, Natal e Espírito Santo. Além disso, dados do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde, também reafirmam essa predominância de etnia.¹⁶⁻¹⁷

Diante dos casos de sífilis congênita notificados em todo o município, apenas 67,36% das mães realizaram o pré-natal. Além disso, não foi possível detectar quantas consultas de pré-natal foram realizadas, pois não existiam dados disponíveis sobre esta variável durante o período estudado. Sendo assim, nota-se uma grande falha na captação das gestantes e, conseqüentemente, da realização do pré-natal, já que o Ministério da Saúde preconiza que a cobertura do pré-natal deve ser adequada em quantidade e qualidade e abranger 100% das gestantes.¹⁰

Com relação ao momento do diagnóstico da sífilis materna, observou-se que em mais da metade dos casos o diagnóstico só é feito no momento do parto, apenas 25,04% descobrem a infecção durante o pré-natal e 14,83% somente após o parto, o que configura, mais uma vez a baixa qualidade da assistência durante o pré-natal. Estudo realizado em uma cidade de Minas Gerais obteve resultados semelhantes quanto ao momento do diagnóstico da gestante.¹⁸

Apesar de 67,36% das gestantes realizarem o pré-natal e 25,04% serem diagnosticadas durante o pré-natal, apenas 0,7% realizam o tratamento de forma adequada, o que é um dado alarmante, visto que o tratamento é disponibilizado gratuitamente pelo SUS para o paciente. Tendo em vista esses dados, faz-se necessário uma nova abordagem com atualização dos profissionais de saúde, pois o mesmo tem a responsabilidade de investigar, diagnosticar e oferecer subsídios para que o tratamento seja realizado adequadamente no momento oportuno, visto que a vigilância de agravos de transmissão vertical deve ser realizada no período em que a intervenção ainda é possível, e assim, diminuindo os índices de sífilis congênita.¹⁹

Vale ressaltar que o tratamento não se resume apenas à gestante, mas também a toda parceria sexual atual. Ao contrário disso, a mesma estará se reinfectando ao manter relações sexuais desprotegidas com o parceiro infectado, os quais aumentam em cinco vezes o risco de infecção por sífilis congênita. Nesse estudo foi possível analisar os índices de parceiros sexuais tratados, sendo 7,5% classificados como tratados e 74,78% como não tratados, o que mais uma vez recai sobre a baixa qualidade do pré-natal.²⁰

Com relação aos casos de sífilis congênita no município, 96,24% destas foram notificadas com menos de 7 dias de vida, o que leva a crer que a assistência ao RN vulnerável à infecção na maternidade tem sido dada de forma esperada. A notificação da sífilis congênita é compulsória desde 1986, e apesar de ter sofrido diversas modificações ao longo do tempo, hoje se apresenta de fácil entendimento

e preenchimento. Foi possível observar uma queda no número de casos notificados entre os anos de 2013 a 2015, fato que pode ser associado a real diminuição no número de casos devido às campanhas de erradicação da infecção ou a subnotificação.¹⁹

Do total de crianças menores de um ano notificadas com sífilis congênita, grande parte tiveram o diagnóstico final de sífilis congênita recente. Este episódio pode estar relacionado ao grande número de RN notificados com sífilis em menos de 7 dias de vida, já que a sífilis recente corresponde aos casos de sífilis em menores de 2 anos de idade. Maceió não notificou nenhum caso de criança diagnosticada com sífilis congênita tardia, ou seja, a partir dos 2 anos de idade, o que aponta um ótimo rastreio nas maternidades e unidades de saúde, uma vez que os casos são detectados em tempo hábil.^{12,17}

A quantidade de aborto e natimorto por sífilis congênita continua alarmante no município, apesar de existirem campanhas de prevenção e erradicação da infecção e as mesmas estarem sendo intensificadas nos últimos anos, o que mostra a falta de assistência nos níveis primários de atenção à saúde, e também a não aderência ao pré-natal por parte das gestantes.¹⁹

Por fim, com base no cenário apresentado, é importante destacar que uma linha de cuidado à criança exposta ao *T. pallidum* deve ser ajustada e implementada em todos os estados, já que as sequelas da sífilis congênita não tratada ou inadequadamente tratada são graves e podem levar a morte, contribuindo para um aumento nos índices de mortalidade infantil. Maceió, por sua vez, ao implantar a linha de cuidado para sífilis congênita nas unidades de saúde, preza pela qualidade da assistência desde o pré-natal até o seguimento ambulatorial e/ou especializado.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados pelo presente estudo comprovam que a sífilis congênita ainda se encontra longe de ser erradicada no município, pois as taxas de incidência estão se mantendo acima da média nacional e as características estudadas, tanto de sífilis congênita quanto das características maternas, remetem a uma rede de atenção básica precária, com capacidade de resolução baixa nos casos em questão, principalmente no que tange à assistência pré-natal, impedindo a realização do acompanhamento para o diagnóstico da sífilis e a intervenção precoce.

Diante deste cenário epidemiológico alarmante de sífilis no município, este já tem apresentado algumas respostas à população em forma de investigação da realidade local do agravo e a nível de tentativa de diminuição do número de casos de sífilis congênita, com intuito de, ao menos, atingir as taxas preconizadas pelo Ministério da Saúde e posteriormente, alcançar a eliminação do agravo. A implantação de ações e estratégias por parte da Secretaria

Municipal de Saúde exibe a preocupação das autoridades locais e do corpo de profissionais envolvidos no processo de assistência à saúde no que tange ao anseio pela melhoria da qualidade do serviço prestado aos grupos de risco, além de contribuir para uma melhor qualidade de vida da criança exposta ao agravo.

Ainda assim, sugere-se a realização de estudos de seguimento de gestantes e de crianças infectadas com sífilis, haja vista que a reorganização da linha do cuidado, junto com o Comitê de Investigação de Transmissão Vertical e o projeto “Resposta Rápida à Sífilis”, devem trazer respostas favoráveis no que diz respeito ao cenário epidemiológico de sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2017.
2. BRASIL. Boletim Epidemiológico Sífilis. Boletim epidemiológico. Brasília., Secretaria de Vigilância em Saúde; 2017. Report No.: 2358-9450.
3. Salgueiro SAL. Tendência da sífilis congênita no estado do Pará até 2025. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Belém, 2016. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais.
4. Martins JT, Ribeiro P, Bobroff CC, Marziale HP, Robazzi LdCdC. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador: uma reflexão teórica. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2014 jan./jun.; 35(1).
5. Silva CGe, Sousa Od, Mamôru S. Incidência de sífilis congênita no estado de santa catarina no ano de 2012. Arq. Catarin Med. 2017 abr-jun; 46(2).
6. Costa Cd, Freitas , Sousa MdN, Oliveira Ld, Chagas CMA, Lopes VdO, et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev Esc Enferm USP. 2013 Fevereiro: p. 152-159.
7. Costa Vd, Santos ABd, Silva Md, Barcelos T, Guerra S. Sífilis congênita: repercussões e desafios. Arq. Catarin Med.. 2017 jul-set: p. 194-202.
8. Célia Scari P, Duclou O, Rocha MNM, dos Santos. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade: revisão de literatura. Revista UNINGÁ Review. 2014 JUL-SET; 19(1).
9. Nonato SM, Melo APS, guimaraes DC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2015 Dezembro: p. 681-694.
10. Magalhães MdS, Kawaguchi AL, Dias A, Calderon IdMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública. 2013 Junho; 29(6).
11. Holanda MTCGd, Barreto , Machado MdM, Pereira. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde. 2011 Junho; 20(2).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde 2014[cited 2017 Apr 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
13. Monteiro dOP, Costa CO, Vieira O, Silva ALd. Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/ CRM - DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia. Adolescência & Saúde. 2015 Julho-Setembro: p. 21-32.
14. Bittencourt , Silvia ZC, Costa C. Panorama da sífilis congênita no Espírito Santo, no ano 2013. Revista EMESCAM de Estudos em Saúde. 2018: p. 119-151.

15. Silva Md, Alves dS, Santos Sd, Bragagnollo R, Tavares , Santos APd. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; p. 613-621.
16. Lafeta KRG, Martelli Junior H, Silveira , Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2016 Março; 19(1).
17. Rezende MA, Barbosa. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. Rev. APS. 2015 Abril-Junho; p. 220-232.
18. Pires CS, Oliveira , Rocha MNM, dos Santos A. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade - revisão de literatura-. Revista UNINGÁ Review. 2014 Julho-Setembro: p. 58-64.
19. Gómez-Ríos AC, Carrillo-Rozo ME, Rodríguez-Ortiz JA. Morbimortalidad materno-perinatal en pacientes con infección por VIH, Hospital Simón Bolívar, 2003-2011, Bogotá (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2014[cited 2017 Aug 14];65(4):308-16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n4/v65n4a04.pdf>
20. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/ Aids. Saude Soc[Internet]. 2016 [cited 2017 May 29];(25)3:602-618. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>.

Recebido em: 24/05/2018

Revisões requeridas: 13/12/2018

Aprovado em: 15/02/2019

Publicado em: 27/04/2021

***Autor Correspondente:**

Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Avenida Lourival Melo Mota, s / n, Cidade Universitária
Tabuleiro dos Martins, Maceió, AL, Brasil

E-mail: amuzza.santos@gmail.com

Telefone: +55 (82) 9 8897-9745

CEP: 57.072-900

Os autores afirmam não ter conflito de interesses.