Faculdades Integradas de Patos
Curso de Medicina
v. 6, 2021, p. 498-512
ISSN: 2448-1394

Journal of Medicine and Health Promotion

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DA PARAÍBA, 2017-2019

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPLHILIS IN THE STATE OF PARAIBA, 2017-2019

Micaele da Silva Garcia
Centro Universitário/Faculdades Integradas de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
micaele.garcia@hotmail.com

Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues
Centro Universitário/Faculdades Integradas de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba - Brasil
ertasoraya@gmail.com

RESUMO
Objetivo: Realizar uma análise epidemiológica da sífilis congênita no estado da Paraíba no período compreendido entre 2017 e 2019, destacando os benefícios da assistência pré-natal qualificada na prevenção desse agravo.
Métodos: Trata-se de um estudo de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa. O estado da Paraíba tem população estimada de 4.039.277 pessoas, sendo a população desta pesquisa compreendida por todos os casos notificados de sífilis congênita no estado, totalizando 1.124 casos. Foi utilizada como fonte de dados o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), considerando os registros entre 2017 a 2019.
Resultados: Foram notificados 1.124 casos de sífilis congênita no período estudado, sendo 90,9% diagnosticado com SC recente. Em relação às gestantes, a maioria possuía idade entre 20 e 29 anos (53,5%), até 7 anos de estudo (36,8%) e eram pardas (84,7%). Quanto à assistência à saúde, 87,1% realizaram pré-natal, tendo o diagnóstico de SG em 51,0% dos casos, sendo o tratamento materno considerado inadequado em 65% dos casos.
Conclusões: Apesar da redução discreta de casos na Paraíba nos últimos três anos, ainda existem falhas em diversos pontos de atenção à saúde, em especial na assistência pré-natal, no que tange à prevenção da transmissão vertical e ao manejo adequado da sífilis congênita, evidenciando a necessidade de melhoria da qualidade da assistência pré-natal e da notificação de casos, além da intensificação das ações educativas sobre ISTs para alcançar o controle da sífilis congênita.

Palavras-Chave: Sífilis congênita; Saúde materno-infantil; Epidemiologia.

ABSTRACT
Objective: To carry out an epidemiological analysis of congenital syphilis in the state of Paraiba in the period between 2017 and 2019, highlighting the benefits of qualified prenatal care in preventing this disease.
Methods: This is a retrospective study, with a quantitative approach. The state of Paraíba has an estimated population of 4,039,277 people, the population of this research

being comprised of all notified cases of congenital syphilis in the state, totaling 1,124 cases. The data source used was the SINAN (Information System for Notifiable Diseases), considering the records from 2017 to 2019.
Results: 1,124 cases of congenital syphilis were reported in the studied period, 90.9% of whom were diagnosed with recent SC. In relation to pregnant women, most were aged between 20 and 29 years (53.5%), up to 7 years of study (36.8%) and were brown (84.7%). As for health care, 87.1% underwent prenatal care, with the diagnosis of SG in 51.0% of cases, with maternal treatment considered inadequate in 65% of cases.
Conclusions: Despite the discreet reduction of cases in Paraíba in the last three years, there are still failures in several points of health care, especially in prenatal care, with regard to the prevention of vertical transmission and the proper management of congenital syphilis, showing the need to improve the quality of prenatal care and the notification of cases, in addition to the intensification of educational actions on STIs to achieve control of congenital syphilis.

Keywords: Congenital syphilis; Maternal and Child Health; Epidemiology.

1. Introdução

Conforme os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que diariamente ocorram mais de 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos, o que representa mais de 376 milhões de casos novos anuais de quatro infecções que estão entre as mais frequentes: clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis, destacando que esta última soma um total de 6,3 milhões de casos novos[1]. Devido à sua magnitude, este panorama é considerado um problema de saúde pública, afetando diretamente a qualidade de vida das pessoas infectadas e podendo trazer diversas repercussões à sua saúde.

É importante destacar que essas infecções têm em comum a forma de transmissão, por contato sexual sem proteção, sendo que cada uma delas apresenta características distintas, tornando-se fundamental conhecer cada patologia para traçar as ações específicas de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, a sífilis caracteriza-se como uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, crônica e curável, exclusiva do ser humano, já conhecida desde o século XV, cujo agente etiológico é o *Treponema pallidum*, do grupo das espiroquetas, descoberto em 1905, sendo uma das ISTs mais antigas e conhecidas[2].

A transmissão da doença ocorre principalmente por via sexual e vertical, podendo ocorrer também por transfusão sanguínea, embora seja raro, sendo a transmissibilidade maior nos estágios iniciais, apresentando redução com a progressão da doença. Em relação à sua forma clínica, a sífilis pode ser classificada de duas formas: quanto às manifestações clínicas (dividindo-se em primária, secundária, latente e terciária) e quanto ao tempo de infecção (dividindo-se em recente – até um ano de evolução – ou tardia, quando há mais de um ano de evolução) [3].

Quando ocorre a transmissão vertical (TV), isto é, da gestante infectada para o concepto, chama-se sífilis congênita (SC), que pode ser por via transplacentária ou,

menos comumente, pelo contato direto da criança com lesões sifílicas mucocutâneas no momento do parto, sendo influenciada pela duração da exposição fetal e pelo estágio da doença materna, com transmissão entre 70% a 100% quando a gestante apresenta sífilis primária e secundária, reduzindo-se para 30% nas fases tardias e, caso não tratada adequadamente, pode trazer consequências tais como aborto, natimorto, prematuridade, morte neonatal e manifestações congênitas de amplo espectro precoces ou mesmo tardias[4].

Conforme dados do Ministério da Saúde, em uma análise comparativa entre 2010 e 2018, houve aumento progressivo da taxa de detecção da sífilis gestacional (SG) e congênita, tendo seu pico em 2018 com registro das taxas de incidência em 21,5 casos por mil nascidos vivos e 9,0 casos por mil nascidos vivos, respectivamente – em números absolutos, isso corresponde a 63.182 gestantes e 26.517 crianças infetadas. Embora em 2019 tenha havido redução desses números, isso pode justificar-se em parte por problemas de transferência de dados estre as esferas de gestão do SUS e demora na notificação de casos no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), podendo não representar a realidade exata da situação da sífilis no pais[5].

Nesse contexto, uma das principais medidas para a redução da sífilis congênita consiste na oferta de assistência pré-natal qualificada, com a realização de consultas periódicas e dos exames necessários, que garanta o rastreamento em tempo hábil, a captação precoce da gestante e sua adesão ao tratamento, tendo em vista que é o tratamento inadequado ou mesmo a sua não realização a principal causa de transmissão vertical, buscando uma abordagem ampla da mãe, do parceiro e da criança[6].

Embora seja uma doença prevenível, os dados epidemiológicos demonstram que a sífilis congênita ainda se destaca como um grave problema de saúde pública, evidenciando a necessidade da adoção de estratégias mais eficazes para o combate da doença e suas repercussões às crianças expostas. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise epidemiológica da sífilis congênita no estado da Paraíba no período compreendido entre 2017 e 2019, destacando os benefícios da assistência pré-natal qualificada na prevenção desse agravo.

2 Métodos

Trata-se de um estudo de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa, cujo intuito consiste na análise dos dados epidemiológicos referentes à sífilis congênita na Paraíba, estado do Nordeste brasileiro, que possui 223 municípios, totalizando uma população estimada de 4.039.277 pessoas[7]. A população do estudo compreende todos os casos notificados de sífilis congênita no estado da Paraíba, constituindo um total de 1.124 casos registrados. Para a realização da pesquisa, foi utilizado como fonte de dados o

SINAN, por meio do DATASUS[8], considerando os registros no período entre 2017 a 2019. Para a análise dos dados obtidos, foram adotadas as seguintes variáveis: casos de sífilis congênita conforme idade da criança e diagnóstico final; perfil epidemiológico materno conforme faixa etária, escolaridade e raça/cor; realização do pré-natal; momento do diagnóstico de sífilis materna; esquema de tratamento materno; e óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano. Os resultados e discussões estão distribuídos e apresentados ao longo do trabalho. As tabelas e gráficos foram criadas pelo Microsoft Excel 2013 e utilizados para facilitar a compreensão dos dados.

3 Resultados e Discussão

Os dados sociodemográficos das mães das crianças notificadas com sífilis congênita na Paraíba no período entre 2017 e 2019 estão dispostos na tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição das características maternas das crianças notificadas com Sífilis Congênita no Estado da Paraíba, Brasil (2017-2019)

Características maternas	N	%
Idade		
10-14 anos	11	1,0%
15-19 anos	286	25,4%
20-29 anos	601	53,5%
≥ 30 anos	209	18,6%
Ignorado	17	1,5%
Escolaridade		
Nenhuma	13	1,2%
Até 7 anos de estudo	414	36,8%
≥ 8 anos de estudo	390	34,7%
Ignorada	307	27,3%
Raça ou cor		
Branca	123	10,9%
Preta	33	2,9%
Amarela	1	0,1%
Parda	952	84,7%
Indígena	-	-
Ignorado	15	1,4%

Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

Conforme os dados da tabela 1, grande parte das gestantes apresentaram idade entre 20 e 29 anos (53,5%), sendo notória uma porcentagem importante de gestantes adolescentes (25,4%); quanto à escolaridade, 414 mães tinham até 7 anos de estudo, não havendo grande diferença percentual em relação às mães com 8 anos de estudo ou mais, destacando quantidade significada de notificações com escolaridade ignorada (27,3%); por fim, em relação à raça/cor, a grande maioria declarou-se parda (84,7%), totalizando 952 gestantes, seguida por mulheres brancas (10,9%).

Em relação à idade materna, um estudo realizado no Rio Grande do Norte[20] corrobora com os resultados obtidos na presente pesquisa, podendo isso ser justificado pelo fato de que esta faixa etária representa o ápice da fase reprodutiva da mulher e, portanto, apresenta um número maior de gestantes, sendo relevante intensificar a realização de testes rápidos durante o pré-natal para as gestantes e seus parceiros sexuais, visando a detecção precoce de quaisquer alterações.

A ocorrência de gravidez na adolescência confirma o início da vida sexual cada vez mais precoce, muitas vezes sem o conhecimento dos métodos contraceptivos e dos riscos advindos das infecções sexualmente transmissíveis, destacando-se a relevância da implementação de ações de prevenção e promoção da saúde direcionados a essa população assim como da ampliação da realização de testes rápidos nas gestantes e seus parceiros sexuais em qualquer oportunidade de atendimento, tendo em vista que os adolescentes geralmente não procuram o serviço de saúde com frequência, tornando mais difícil a captação precoce e o acompanhamento pré-natal[21].

Quanto à escolaridade, destaca-se que a maioria das mulheres apresentou até 7 anos de estudo, o que significa até o ensino fundamental incompleto. Este é um fator importante ao passo que está diretamente associado ao acesso aos métodos de prevenção e tratamento, embora tenha sido cada vez menos decisivo para estimar o risco para ISTs[22], tendo em vista a grande quantidade de casos de mulheres com mais de 8 anos de estudo vivendo a mesma realidade.

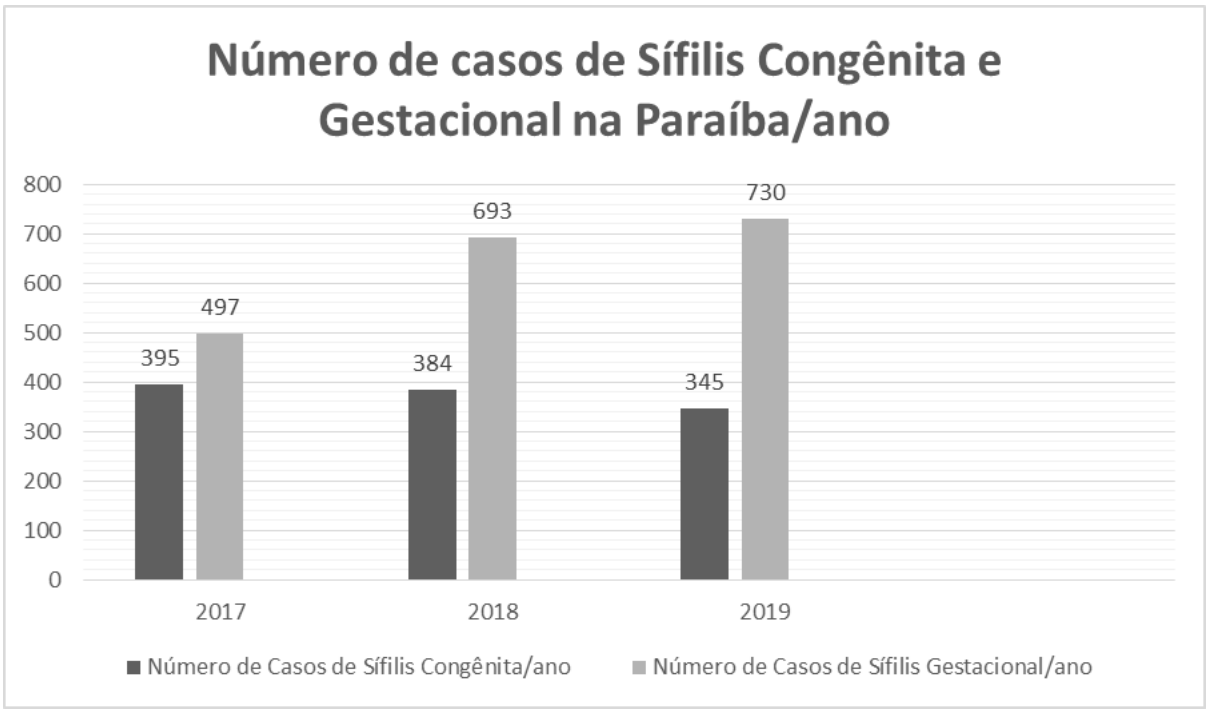
Destaca-se ainda que 307 gestantes foram notificadas com escolaridade ignorada, um dado preocupante que evidencia falhas no preenchimento das fichas de notificação, dificultando traçar o perfil epidemiológico exato das mulheres com sífilis gestacional a fim de direcionar estratégias específicas para cada população atingida de acordo com seu nível de instrução, adequando às suas necessidades. Um estudo realizado por Silva *et. al.*[23] apresentou resultado semelhante, o que sugere provavelmente subnotificação de casos e possíveis erros do profissional quanto à classificação desta variável ou mesmo no preenchimento.

Por fim, no que tange à raça/cor, a maior frequência encontrada foi de mães da população parda, sendo que as outras categorias não registraram um número significativo de notificações, resultado semelhante a outro estudo realizado em

Tocantins[24] e também em cinco dos seis estados brasileiros analisados em um outro estudo, com exceção do Rio Grande de Sul cuja maioria (61,4%) foi de mães brancas[17].

Conforme o período estabelecido para análise (2017-2019), foram notificados 1.124 casos de sífilis congênita no estado da Paraíba.

Gráfico 1: Número de casos de Sífilis Congênita e Gestacional na Paraíba/ano (2017-2019)



Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

De acordo com os dados do gráfico 1, foram registrados um total de 1.124 casos de sífilis congênita na Paraíba no período compreendido entre 2017 e 2019, sendo notável a redução discreta e progressiva de casos ao longo dos últimos três anos, onde o pico ocorreu em 2017, com um total de 395 casos registrados. Em contrapartida, os dados referentes à sífilis gestacional evidenciam um crescente aumento entre 2017 e 2019 e, quando se compara essas informações, nota-se que em 2018 e 2019, o número de casos de sífilis congênita representa mais da metade dos desfechos de gestações de mulheres infectadas por sífilis, constituindo-se ainda um desafio no âmbito da saúde.

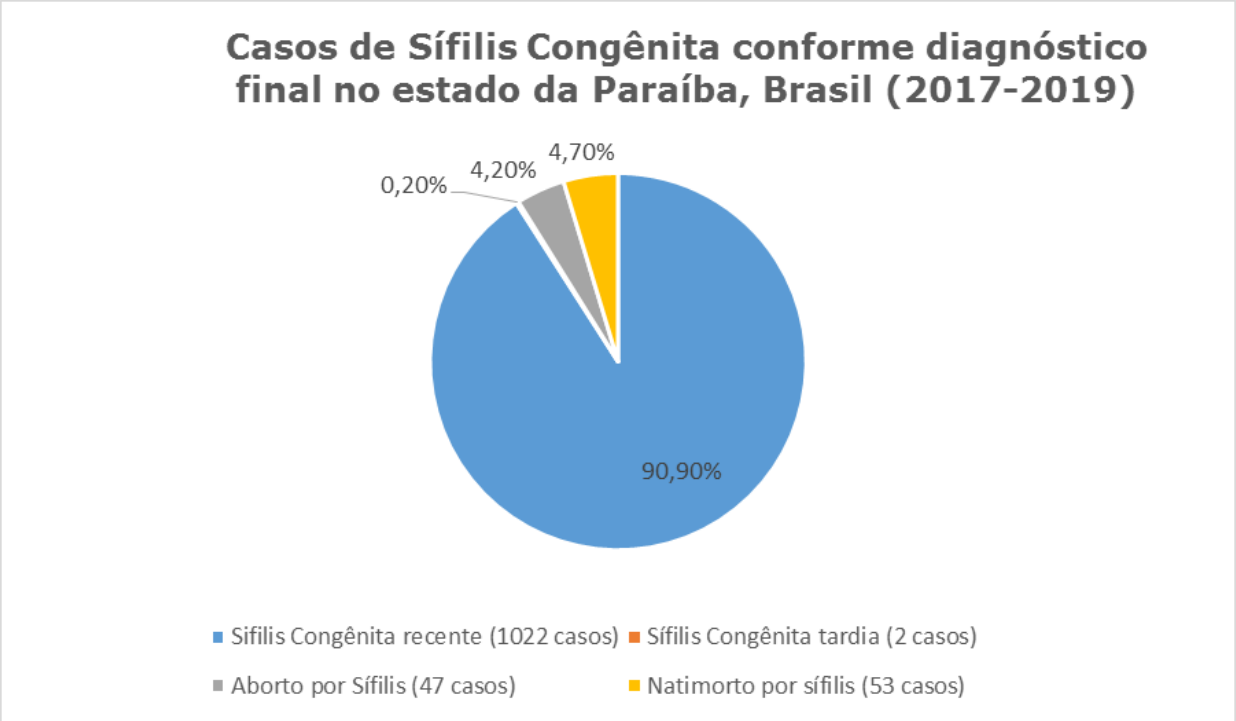
Em um comparativo com os dados referentes aos períodos de 2007 a setembro de 2016, foram notificados 1.237 casos de sífilis congênita no estado da Paraíba, em sua maioria casos residentes da capital João Pessoa, o que confirma o aumento alarmante dos casos nos últimos três anos, sendo o diagnóstico tardio de sífilis materna (no momento do parto), o tratamento inadequado das gestantes e seus parceiros causas importantes da ocorrência de SC nesse período[9].

Conforme o Ministério da Saúde, em 2016, a taxa de incidência de sífilis congênita em João Pessoa foi maior do que a taxa de detecção de sífilis gestacional e maior também do que a taxa nacional de sífilis congênita, colocando o município em estado de alerta para a necessidade de medidas mais eficazes para o controle da SC[10].

O aumento do número de casos identificados no período adotado para a presente pesquisa pode ser explicado, em parte, pela melhoria do sistema de vigilância epidemiológica no que tange à sífilis e pela ampliação da cobertura pré-natal. Entretanto, ressalta-se que a subnotificação de casos no SINAN ainda é alta, podendo este número ser maior do que o registrado e, além disso, a oferta de assistência pré-natal por si só – sem a qualificação profissional necessária para identificação e tratamento da SG e SC em tempo hábil – não garante o manejo correto da sífilis[11].

Dessa forma, apesar do reconhecimento de que a utilização de dados secundários pode constituir-se um fator limitante para os resultados do estudo, o número de casos notificados entre 2017 e 2019 demonstrou-se significativo, justificando a realização do mesmo a fim de aprofundar a investigação da ocorrência de SC no estado da Paraíba.

Gráfico 2: Casos Sífilis Congênita conforme diagnóstico final no estado da Paraíba, Brasil (2017-2019)



Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

Conforme o gráfico 2, a sífilis congênita pode ser classificada quanto ao diagnóstico final em quatro desfechos, sendo o mais frequente a sífilis congênita recente,

totalizando 90,9% dos casos notificados. Também é notável um número considerável de aborto/natimorto por sífilis, diretamente relacionados ao não tratamento ou tratamento inadequado da mãe infectada, resultando em óbito fetal.

Considera-se SC recente quando os sinais e sintomas surgem até o segundo ano de vida, tendo cerca de 60% a 90% dos recém-nascidos (RNs) vivos assintomáticos ao nascimento, apresentando manifestações clínicas geralmente durante os três primeiros meses de vida, que incluem hepatomegalia, linfadenopatia generalizada, corrimento nasal (rinite sifilítica), icterícia, lesões de pele características (Rash cutâneo), anemia severa, alterações musculoesqueléticas (pseudoparalisia de Parrot), entre outras[12].

Já a SC tardia ocorre quando as manifestações clínicas surgem após o segundo ano de vida, comuns em cerca de 40% das crianças nascidas de mulheres que não realizaram tratamento para SG, sendo as principais: formação de gomas sifílicas em diversos tecidos, tíbia em "lâmina de sabre", fronte olímpica, nariz em sela, surdez neurológica, dentes de Hutchinson e comprometimento intelectual[4].

É importante ressaltar que, conforme dados do SINAN, a grande maioria dos casos de sífilis congênita (99,7%) ocorre em crianças menores de 1 ano, sendo que 97,5% dos casos são representados por crianças com menos de 7 dias de vida, corroborando com a estatística de que quanto maior a idade da criança, menos frequente a detecção da doença.

Tabela 2: Características clínicas referentes à assistência pré-natal das gestantes com desfecho notificado de Sífilis Congênita no estado da Paraíba, Brasil (2017-2019)

Características	N	TOTAL (%)
Realização de Pré-Natal		
Sim	979	87,1%
Não	132	11,7%
Ignorado	13	1,2%
Momento do diagnóstico de sífilis materna		
Durante o pré-natal	573	51,0%
Momento do parto/curetagem	481	42,8%
Após o parto	34	3,0%
Não realizado	4	0,4%
Ignorado	32	2,8%

Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

Conforme os dados da tabela 2, a maior parte das gestantes com sífilis cujo desfecho foi a sífilis congênita realizaram o pré-natal, totalizando 87,1% do total de mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional nesse período.

O rastreio diagnóstico da sífilis na gestação para a prevenção da transmissão vertical deve ocorrer em três momentos, sendo duas vezes durante o pré-natal (na primeiro consulta de pré-natal, idealmente ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre por volta da 28ª semana gestacional) e imediatamente após a internação para o parto ou em caso de abortamento, independente de exames anteriores, sendo importante ressaltar que para a confirmação do diagnóstico de SG podem ser utilizados testes treponêmicos rápidos ou convencionais, além de testes não treponêmicos (sendo o VDRL o mais utilizado para a triagem de casos[2,4].

Nesse cenário, a medida mais eficaz para a prevenção da TV da sífilis consiste no diagnóstico precoce da gestante e sua parceria sexual e no tratamento em tempo hábil. Entretanto, esse diagnóstico oportuno ainda apresenta-se como um desafio para a atenção à saúde do binômio materno-infantil, conforme descreve um relato de caso de uma criança de 34 dias portadora de sífilis congênita, cujo diagnóstico só foi confirmado no hospital após apresentar manifestações clínicas graves da doença, identificando-se falhas em diversos pontos da assistência, como durante a gestação (não realização de sorologia materna para sífilis no último trimestre gestacional), na internação para o parto (não realização de teste treponêmico) e na unidade neonatal (falta de investigação das manifestações clínicas ao nascimento), levando ao atraso nesse diagnóstico[13].

Ademais, um estudo realizado em 2020, que investigou as internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) no Brasil[14], destacou que o aumento de casos de sífilis gestacional associado aos problemas da assistência pré-natal qualificada para essas mães tem ocasionado o aumento da taxa de doenças relacionadas ao pré-natal e parto em crianças no período neonatal (até 27 dias de vida), figurando a sífilis congênita como a mais incidente entre essas doenças e a maior causa de hospitalizações (29,5%) nessa faixa etária.

Esses dados tornam-se alarmantes à medida que a sífilis trata-se de uma doença prevenível cujo diagnóstico é extremamente barato e acessível pelos métodos atualmente disponíveis, indicando a ausência de assistência pré-natal eficaz que, por sua vez, impede que as intervenções necessárias ocorram em tempo adequado, constituindo assim um fator de mal prognóstico obstétrico e neonatal[15].

Quanto ao momento de diagnóstico da sífilis materna, 51,0% dos casos foram diagnosticados durante o pré-natal, o que representa um fator positivo, embora uma quantidade significativa de casos (42,8%) tenham sido diagnosticados somente no momento do parto ou curetagem, o que representa uma nova preocupação quanto à qualidade da assistência pré-natal prestada e sua resolutividade, pois uma parcela

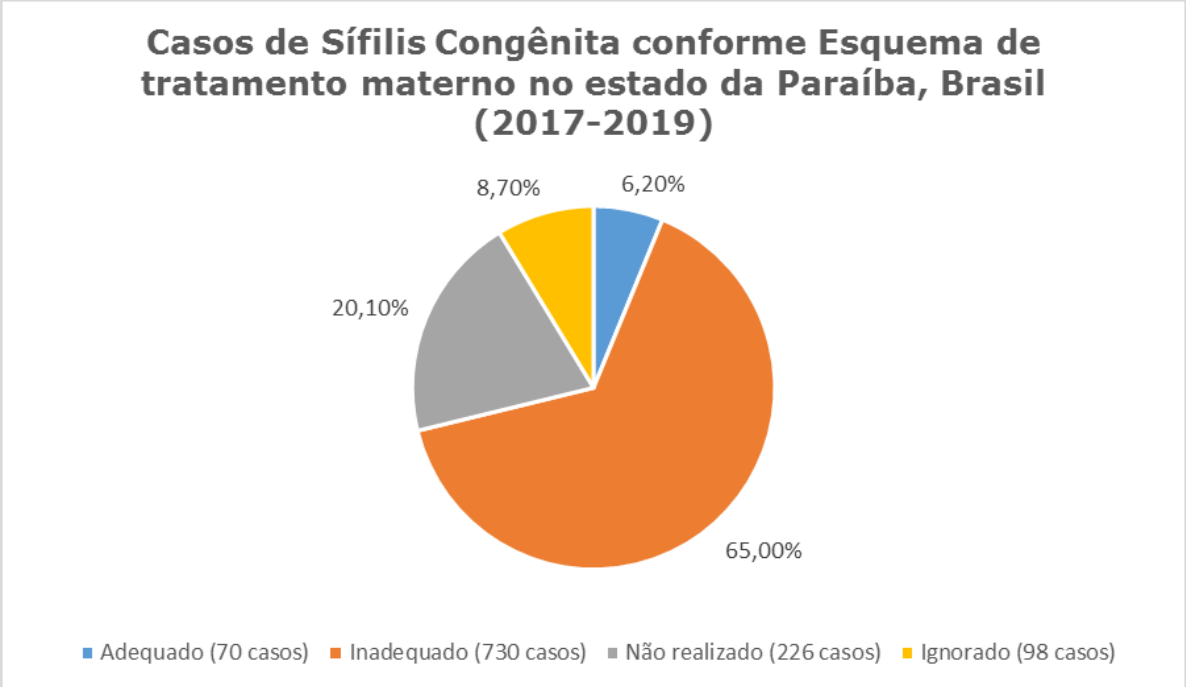
considerável de mulheres que realizaram o pré-natal não foram diagnosticadas durante as suas consultas.

Um estudo realizado em Alagoas indicou que a maioria das mulheres realizou o pré-natal, mas grande parte dos diagnósticos de sífilis materna (49,73%) ocorreram somente no momento do parto/curetagem[16]. Dados semelhantes foram levantados nos estados do Amazonas, Ceará e Rio de Janeiro, indicando que essa falha está ainda muito presente em todas as regiões do país[17].

Dentre as falhas mais comuns relacionadas ao pré-natal, pode-se citar o início tardio, número inadequado de consultas (menor que seis), não solicitação dos exames na primeira consulta e demora na entrega dos resultados, problemas que atingem em especial as populações socialmente vulneráveis[18].

Dessa forma, fica evidente que o controle da sífilis gestacional e a prevenção da transmissão vertical ainda é um desafio para a atenção primária à saúde (APS), onde o acompanhamento pré-natal deveria ser mais eficaz, tendo em vista que a infecção por sífilis têm ocorrido mesmo com a realização do pré-natal na maioria dos casos, questionando-se assim a qualidade da assistência prestada e evidenciando a necessidade de melhorias no serviço ofertado[19].

Gráfico 3: Casos de Sífilis Congênita conforme esquema de tratamento materno no estado da Paraíba, Brasil (2017-2019)



Fonte: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

De acordo com os dados do gráfico 3, o esquema de tratamento materno foi considerado inadequado em 65% dos casos, apresentando também porcentagem

considerável de tratamento não realizado ou ignorado, sendo que o tratamento adequado correspondeu a somente 70 casos, somando 6,2% do total de gestantes com sífilis.

Considera-se tratamento adequado da sífilis gestacional quando é realizada a administração de penicilina benzatina (a droga de escolha) respeitando o intervalo recomendado de doses e o esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da doença, com início de tratamento até 30 dias antes do parto com avaliação quanto ao risco de reinfecção, associado à comprovação da resposta imunológica adequada com queda do VDRL em pelo menos duas diluições dentro de três meses ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento[25].

Embora o tratamento da parceria sexual não seja mais considerado um critério de avaliação da adequação do tratamento materno, a partir da Nota Informativa Nº 2 – SEI/2017 de 19 de setembro de 2017[26], essa medida é de suma importância para evitar a reinfecção da gestante e a possível transmissão vertical, destacando a relevância da inclusão do homem por meio do pré-natal do parceiro, sabendo-se das barreiras enfrentadas nesse processo devido aos comportamentos machistas e aos tabus que ainda persistem quanto às infecções sexualmente transmissíveis que estão relacionados, em especial, à falta de conhecimento acerca delas.

Quando o tratamento é inadequado ou não realizado, o risco de transmissão vertical aumenta e pode levar a diversas consequências para a criança exposta, até mesmo o óbito. Conforme dados do SINAN, durante o mesmo período, foram registrados 7 óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano, que é a faixa etária mais atingida.

Nesse contexto, o controle da sífilis congênita envolve a capacitação dos profissionais de saúde para o manejo correto da doença desde a sua prevenção, que deve ser priorizada, desenvolvendo a busca ativa e a captação precoce das gestantes e seus parceiros sexuais assim como priorizando as ações educativas, permitindo alcançar as populações socialmente vulneráveis, como os adolescentes, e garantindo a qualidade da assistência pré-natal[27,28,29].

Além disso, é essencial a garantia da acessibilidade aos insumos necessários para o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno[29] associada ao preenchimento correto das fichas de notificação e ao fortalecimento da vigilância epidemiológica no que tange ao monitoramento dos resultados do VDRL das gestantes[27].

Dessa forma, fica evidente que as estratégias que visam a redução da ocorrência de sífilis congênita precisam constituir um conjunto de ações efetivas de promoção e prevenção de saúde, diagnóstico e tratamento, isto é, deve haver uma organização dos fluxos assistenciais a fim de integrar os diferentes níveis de cuidados de acordo com a necessidade de cada paciente, tornando assim a assistência mais dinâmica e eficiente.

4. Conclusões

Nesse estudo, verificou-se que ainda existem falhas em diversos pontos de atenção à saúde no que tange à prevenção da transmissão vertical e ao manejo adequado da sífilis congênita, apesar da redução discreta de casos na Paraíba nos últimos três anos, indicando que a doença persiste como um problema de saúde pública. Sendo a sífilis congênita uma consequência da abordagem incorreta da sífilis gestacional, o enfrentamento perpassa pela garantia de uma assistência à saúde qualificada para as mulheres gestantes diagnosticadas com a doença.

As fragilidades do sistema de saúde podem ser notadas especialmente na atenção primária à saúde, no que diz respeito à assistência pré-natal, que não garante o diagnóstico precoce a todas as gestantes, assim como a falta de investimento em ações educativas que abordem as ISTs, tendo em vista que o conhecimento é uma ferramenta importante para a conscientização da população e, somando-se a isso, a oferta de tratamento que não têm sido adequadas na maioria dos casos. Além disso, as falhas de preenchimento das fichas de notificação comprometem a análise correta do perfil epidemiológico da SC, dificultando o desenvolvimento de ações mais específicas.

Aponta-se a necessidade de novos estudos que abordem de forma aprofundada as medidas que podem ser adotadas para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, nas diversas esferas envolvidas (desde o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba e as unidades de saúde que atendem diretamente essas mulheres, especialmente na APS) a partir do planejamento de estratégias específicas de acordo com as prioridades do estado da Paraíba, reduzindo assim os casos de sífilis congênita.

Referências

1. Pan American Health Organization (PAHO) [site]. A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis, 6 jun 2019 [acesso em: 15 nov 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis&Itemid=812

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília, 2016.

3. Dias APSL, Wanzeller RCM, Vital RSS, Silveira APS. A sífilis no atual cenário brasileiro: uma análise da literatura. Revista Pesquisa em Saúde [Internet]. 2018 [acesso em: 15 nov 2020]; 1(2):1-21. Disponível em: http://dx.doi.org/10.32336/2595-4970/v1n2a1

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2019.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2020. Brasília: número especial, out 2020.

6. Campos CO. Abordagem diagnóstica e terapêutica da sífilis gestacional e congênita: revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2020. [acesso em: 16 nov 2020]; Sup(2): e3786. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e3786.2020

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2020 [internet]. [Acesso em: 15 nov 2020]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2020/POP2020_20201030.pdf

8. Brasil. TabnetDasus [internet]. [Acesso em: 15 nov 2020]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02

9. Alcântara TT, Alcântara IT, Guerreiro JV, Nascimento Neto GM. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Paraíba, 2007 a 2016. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research [Internet]. 2017. [acesso em: 18 nov 2020]; 18(3):21-26. Disponível em:https://pdfs.semanticscholar.org/ac7a/8e02666acf9122beac4d8dbba3e0f68a489.pdf

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017. Brasília: 48(36), 2017.

11. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo *Nascer no Brasil*. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em: 16 nov 2020]; 32(6):e00082415. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2020.

13. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: Uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. Rev Paul Pediatr. [Internet]. 2018 [acesso em: 18 nov 2020];36(3):376-381. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;3;00011

14. Pinto Junior EP, Aquino R, Dourado I, Costa LQ, Silva MGC. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [acesso em 20 nov 2020]; 25(7):2883-2890. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018

15. Silva WB, Klein VC, Oliveira JDD. Epidemiologia da sífilis gestacional no Tocantins, Brasil: fatores envolvidos na detecção diagnóstica desse agravo. Revista de Patologia do Tocantins [Internet]. 2019 [acesso em: 21 nov 2020]; 6(4): 20-26. Disponível em: file:///C:/Users/WINDOWS/Documents/Artigos%20para%20me%20basear/8405-Texto%20do%20artigo-38012-1-10-20200207.pdf

16. Oliveira TF, Felix ICG, Souza CDF, Machado MF. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em Alagoas (2008-2017). Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar [Internet]. 2019 [acesso em 23 nov 2020]; 8: 237-247. Disponível em: https://doi.org/10.24302/sma.v8i0.2259

17. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [acesso em: 20 nov 2020];41:e44. Disponível em: 10.26633/RPSP.2017.44

18. 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 [acesso em: 21 nov 2020]; 28(4):518-528. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395

19. Feitosa JAS, Rocha CHR, Costa FS. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. Rev Med Saúde Brasília [Internet]. 2016 [acesso em: 20 nov 2020]; 5(2): 286-97. Disponível em: https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6

20. Ferreira AG, Gomes LA, Medeiros RCT, Leonidas RAM, Medeiros JP. Perfil dos Casos de Sífilis Congênita no Município de Natal / RN no Período de 2007 a 2015. Revista Saúde em Foco [Internet]. 2018 [acesso em: 22 nov 2020]; 5(1):3-27. Disponível em: http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2018.5.1.1

21. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [acesso em: 23 nov 2020]; 23(2):563-574. Disponível em: 10.1590/1413-81232018232.01772016

22. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSS, Amaral CMCA, Barbosa LG. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. Arq Med Hosp. Fac. Cienc. Med Santa Casa São Paulo [Internet]. 2019 [acesso em: 24 nov 2020]; 64(2):69-75. Disponível em: https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.2.069

23. Silva IMD, Leal EMM, Pacheco HF, Souza Júnior JG, Silva FS. Perfil epidemiológico da sífilis congênita. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2019 [acesso em: 25 nov 2020]; 13(3):604-13. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236252p604-613-2019

24. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Rev Epidemiol. Serv. Saúde, [Internet]. 2017 [acesso em: 26 nov 2020]; 26(2):255-264. Disponível em: 10.5123/S1679-49742017000200003

25. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Protocolos Assistenciais de Obstetrícia da Maternidade Climério de Oliveira – Universidade Federal da Bahia. Capítulo 11: sífilis na gestação. Ago 2018.

26. Brasil. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS – Altera os Critérios de definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Brasília, 2017.

27. Favero MLDC, Ribas KAW, Dalla Costa MC, Bonafé SM. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. Arch. Health. Sci. [Internet]. 2019 [acesso em: 02 dez 2020]; 26(1):2-8. Disponível em: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137

28. Soares KKS, Prado TN, Zandonade E, Silva SFM, Miranda AE. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. Rev Epidemiol. Serv. Saúde, [Internet]. 2020 [acesso em: 03 dez 2020]; 29(1): e2018193. Disponível em: 10.5123/S1679-49742019000300005

29. Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [acesso em: 03 dez 2020];44:e8. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8