

## Sífilis congênita no estado de Pernambuco: uma análise de tendência e das respostas governamentais 2008-2017

Laryssa Cristina Alves da Silva <sup>[1]</sup>, Bruno Batista Pereira da Paz <sup>[2]</sup>, Matheus Santos Duarte <sup>[3]</sup>, Carlos Dornels Freire de Souza <sup>[4]</sup>, Túlio Romério Lopes Quirino <sup>[5]</sup>, Michael Ferreira Machado <sup>[6]</sup>

[1] laryssaalves912@gmail.com. [2] bruno.paz@arapiraca.ufal.br. [3] matheus.santos.duarte@gmail.com. [4] carlos.freire@arapiraca.ufal.br. Departamento de Medicina. Universidade Federal de Alagoas/Campus Arapiraca. [5] tulio.quirino@recife.pe.gov.br. Universidade de Pernambuco/Campus Mata Norte. [6] michael.machado@arapiraca.ufal.br. Departamento de Medicina. Universidade Federal de Alagoas/Campus Arapiraca.

### RESUMO

O presente artigo buscou descrever o perfil dos casos de sífilis congênita (SC), em Pernambuco, e avaliar as respostas governamentais de 2008 a 2017. Trata-se de um estudo transversal, com dados obtidos do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/MS. Conduziu-se uma análise de tendência com o programa *Joinpoint* e foram adotadas as seguintes variáveis: faixa etária materna, raça/cor materna, escolaridade materna, momento do diagnóstico da sífilis materna, esquema de tratamento materno, tratamento do parceiro da mãe e realização de pré-natal. De 2008 a 2017, foram registrados 9866 casos de sífilis congênita, no estado de Pernambuco. Os números de casos mostraram uma tendência crescente ao decorrer da linha temporal. Do total, 75% (n = 7.405) das mulheres com desfecho notificado de SC realizaram pré-natal, mas apenas 36,9% (n = 3.642) dos casos de sífilis, na gestação, foram diagnosticados. Quanto ao tratamento realizado, 57% (n = 6.551) foram feitos de forma inadequada. Os dados refletem a necessidade de ajustes no pré-natal, em Pernambuco, bem como o fortalecimento de ações voltadas ao controle desse indicador.

**Palavras-chaves:** Sífilis congênita. Cuidado pré-natal. Assistência à saúde. Saúde materno-infantil.

### ABSTRACT

*This article sought to describe the profile of congenital syphilis (CS) cases in Pernambuco and to evaluate government responses from 2008 to 2017. This is a cross-sectional study, with data obtained from the Department of Chronic Conditions and Sexually Transmitted Infections / MS. A trend analysis was conducted with the Joinpoint program and the following variables were adopted: maternal age group, maternal race / color, maternal education, moment of diagnosis of maternal syphilis, maternal treatment scheme, treatment of the mother's partner and performance of prenatal. From 2008 to 2017, 9866 cases of congenital syphilis were registered in the state of Pernambuco, the numbers of cases showed an increasing trend over the time line. Out of the total, 75% (n = 7405) of women with a notified outcome of CS performed prenatal care. But only 36.9% (n = 3642) of cases of syphilis during pregnancy were diagnosed. As for the treatment performed, 57% (n = 6551) were done inappropriately. The data reflect the need for adjustments in prenatal care in Pernambuco, as well as the strengthening of actions aimed at controlling this indicator.*

**Keywords:** *Syphilis, Congenital; prenatal care; delivery of health care; maternal and child health.*

## 1 Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, a qual tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical (LAFETÁ, 2016; SARACENI, 2017). O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizam que a classificação da sífilis seja feita de acordo com características clínicas, imunológicas e histopatológicas em três fases: primária, secundária e terciária. No que diz respeito ao tratamento, classifica-se em recente (diagnosticada em menos de um ano) e tardia (KALININ, 2016). Quando a infecção ocorre na gestação, é responsável por altos índices de morbimortalidade uterina. Estima-se que, pelo menos, 50% dos casos tenham efeitos perinatais adversos, como baixo peso ao nascer, prematuridade e sífilis congênita (MAGALHÃES, 2011; PADOVANI, 2018).

A sífilis congênita é resultado da disseminação hematogênica da bactéria por via transplacentária. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, tendo uma probabilidade de ocorrência de 50% a 100% na sífilis primária e secundária, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia (LAFETÁ, 2016; SÃO PAULO, 2008). A contaminação do bebê pode ocorrer também durante o momento do parto, caso o neonato entre em contato com alguma lesão na genitália externa da mãe (KALININ, 2016). A classificação da sífilis em crianças é feita segundo a idade do diagnóstico, dividindo-se em sífilis congênita precoce – quando o diagnóstico é feito até os dois anos de vida – e sífilis congênita tardia – após os dois anos de idade (XIMENES, 2008).

Em 2010, a OMS juntamente às Nações-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita, com o intuito de reduzir a incidência desses casos para  $\leq 0,5$  ocorrências para 1.000 nascidos vivos em 2015 (SOUZA, 2016).

Apesar dos esforços, a taxa de detecção de sífilis congênita, tanto no Brasil quanto no Nordeste, foi de 8,5 casos por mil nascidos vivos. Já em Pernambuco, a taxa para o mesmo ano foi de 13 casos por mil nascidos vivos (DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/MS). A persistência desse quadro mostra que a sífilis congênita é um problema de saúde pública e que se

trata de um desafio na assistência materno infantil em tal estado (FERREIRA, 2017).

Diante disso, o presente artigo buscou analisar a incidência de sífilis congênita no estado de Pernambuco, no período compreendido de 2008 a 2017, bem como mapear as ações governamentais desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde (ações programáticas e estratégicas no âmbito da prevenção e controle) com vista à redução do número de casos.

## 2 Método

Trata-se de um estudo transversal, com amostra constituída de todos os casos notificados de sífilis congênita (SC), no período de 2008 a 2017, no estado de Pernambuco.

Pernambuco é o 7º estado mais populoso do Brasil, com 9.557.071 pessoas, de acordo com o último censo realizado em 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,673, ocupando a 19ª posição entre os demais estados no ano de 2010, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Os dados para o presente estudo foram obtidos do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DCCI). Optou-se por se utilizarem as informações do DCCI pelo fato de estas serem mais atualizadas.

Para a análise da sífilis congênita, utilizaram-se as seguintes variáveis dependentes: faixa etária materna, raça/cor materna, escolaridade materna, momento do diagnóstico da sífilis materna, esquema de tratamento materno, tratamento do parceiro da mãe e realização de pré-natal. Como variável independente, foi selecionado o ano. Ademais, foram extraídas do DCCI as taxas de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de SC. Após a criação do banco de dados, procedeu-se à análise de tendência com auxílio do programa *Joinpoint*, versão 4.6.0.0. Este programa estima a variação anual percentual (APC) de uma regressão segmentada (*joinpoint regression*) e identifica pontos de inflexão. Cada ponto de inflexão (*joinpoint*) reflete alterações no crescimento ou no declínio das taxas analisadas. Neste estudo, foi adotado  $p \leq 0,05$ .

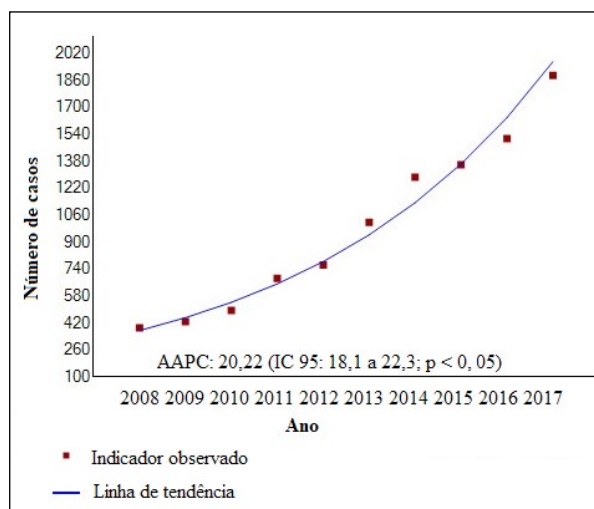
No que tange às ações programáticas e estratégicas desenvolvidas no âmbito da gestão estadual do sistema de saúde, foram catalogados e analisados os seguintes documentos de domínio público: Portaria nº 1459, de

24 de Junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, e o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. O presente estudo dispensa a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de uma pesquisa com dados secundários, em conformidade com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde acerca da pesquisa com seres humanos no Brasil.

### 3 Resultados da pesquisa

De 2008 a 2017, foram registrados 9.866 casos de sífilis congênita no estado de Pernambuco. A taxa de incidência dessa patologia aumentou de maneira significativa nos últimos anos no estado, passando de 2,7, em 2008, para 13, em 2017 (uma taxa 26 vezes maior que a preconizada pela OMS e pela OPAS). Tal ascensão não está apenas relacionada ao número de casos que se multiplicou, mas reflete também a melhora no sistema de notificação, a ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal, em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e das estratégias adotadas pelo próprio estado de Pernambuco (SOUZA, 2016).

**Figura 1** – Tendência dos casos de sífilis congênita. Pernambuco - Brasil, 2008-2017



Fonte: Elaborado pelos autores

Entre as estratégias locais, há o Programa Mãe Coruja Pernambucana, criado em 2007 e vigente atualmente em 105 municípios pernambucanos. Nesta iniciativa, está prevista a ampliação do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais bem como a melhoria nas ações básicas de promoção à saúde

– como o aleitamento materno, a imunização, a ampliação da cobertura da triagem neonatal biológica e a atenção às doenças preveníveis, como a sífilis congênita (PERNAMBUCO, 2016).

Pernambuco também aderiu à Rede Cegonha. Esta foi instituída através da Portaria GM/MS Nº. 1.459 de 24 de junho de 2011 e tem como principais objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2011). Na referida Portaria, ficou estabelecida, como meta, a descentralização dos testes rápidos para sífilis. Também ficaram previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha, tais como os testes rápidos de gravidez e de sífilis (BRASIL, 2011).

No plano Estadual Pernambucano de Saúde 2016-2019, há também objetivos que visam não só prevenir as infecções sexualmente transmissíveis e as que podem ser difundidas por via transplacentária bem como à melhora da vigilância epidemiológica e das notificações (PERNAMBUCO, 2016).

No que concerne ao perfil das mulheres que tiveram desfecho de sífilis congênita no estado, observou-se maior frequência na faixa etária de 20 a 29 anos (52,7%), na raça/cor parda (69,3%) e com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta (31,4%).

Foi verificada tendência estacionária na faixa etária de 20 a 29 anos (AAPC: 0,5; IC 95%: -0,1 a 1,2; p = 0,1), porém um comportamento crescente na faixa etária de 15 a 19 anos (AAPC: 1,7; IC 95%: 0,4 a 3,1; p = 0,05). A raça/cor parda demonstrou um comportamento estacionário (AAPC: 0,8; IC 95%: -0,6 a 2,3 p = 0,3). A escolaridade do grupo entre 5ª e 8ª séries incompletas demonstrou uma tendência crescente (AAPC: 2,8; IC 95%: 0,2 a 5,4; p < 0,05), juntamente com outros grupos de escolaridades mais altas: médio incompleto (AAPC: 3,5; IC 96%: 1,2 a 5,7 ; p < 0,05); médio completo (AAPC: 9,0; IC 95% 7,3 a 10,8; p < 0,05); e superior completo (AAPC: 16,8; IC 95% : 0,7 a 35,5 ; p = 0,05).

O maior grupo de casos de mulheres notificadas com desfecho de sífilis congênita está entre 20 a 29 anos – isso é justificado pelo fato de, nessa faixa etária, a fase reprodutiva estar no auge. Outrossim, chamou a atenção a tendência crescente de gestantes adolescentes, com bebês com sífilis congênita. Esse fato demonstra que as adolescentes estão, certamente, iniciando sua vida sexual precocemente e de forma desprotegida (XIMENES, 2008).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica e clínica da sífilis congênita. Pernambuco – Brasil, 2008-2017

Variável	n (%)	
Faixa etária materna	10-14 anos	101 (1,0)
	15-19 anos	2323 (23,5)
	20-29 anos	5203 (52,7)
	30-39 anos	1788 (18,1)
	40 ou mais	203 (2,1)
	Ignorado	248 (2,5)
Raça/cor materna	Branca	1066 (10,8)
	Preta	733 (7,4)
	Amarela	44 (0,4)
	Parda	6840 (69,3)
	Indígena	15 (0,2)
	Ignorada	1168 (11,8)
Escolaridade materna	Analfabeto	182 (1,8)
	1ª a 4ª incompleta	1223 (12,4)
	4ª completa	520 (5,3)
	5ª a 8ª incompleta	3102 (31,4)
	8ª completa	566 (5,7)
	Médio incompleto	945 (9,6)
	Médio completo	1141 (11,6)
	Superior incompleto	49 (0,5)
	Superior completo	38 (0,4)
	Não se aplica	33 (0,3)
Ignorado	2067 (21,0)	
Momento do diagnóstico da sífilis materna	Durante o pré-natal	3642 (36,9)
	No momento do parto/curetagem	4601 (46,6)
	Após o parto	992 (10,1)
	Não realizado	56 (0,6)
	Ignorado	575 (5,8)
Esquema de tratamento materno	Adequado	261 (2,6)
	Inadequado	5661 (57,4)
	Não realizado	2439 (24,7)
	Ignorado	1505 (15,3)
Tratamento do parceiro da mãe	Sim	1065 (10,8)
	Não	5360 (54,3)
	Ignorado	3441 (34,9)
Realização de pré-natal	Sim	7405 (75,1)
	Não	1386 (14,0)
	Ignorado	1075 (10,9)

Fonte: Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis -MS.

No presente estudo, foi observado que 50,9% das mulheres não concluíram o Ensino Fundamental. Assim como em outros estudos, foi vista uma correlação entre escolaridade, sífilis na gestação e sífilis congênita,

o que confirma que o perfil obtido é de gestantes com baixas condições socioeconômicas e com menor escolaridade (SOUZA, 2016; DOMINGUES, 2013).

**Tabela 2** – Tendência da sífilis congênita, conforme características sociodemográficas e clínicas. Pernambuco- Brasil, 2008-2017

Indicador	Período	APC (IC95%) p valor	AAPC (IC95%)	p valor	Tendência
Faixa etária materna	10-14 anos	2008 - 2017 8,8 (3,7 a 14,1) p = 0,05	8,8 (3,7 a 14,1)	0,05	Crescente
	15-19 anos	2008 - 2017 1,7 (0,4 a 3,1) p = 0,05	1,7 (0,4 a 3,1)	0,05	Crescente
	20-29 anos	2008 - 2017 0,6 (-0,1 a 1,2) p = 0,1	0,6 (-0,1 a 1,2)	0,1	Estacionária
	30-39 anos	2008 - 2017 - 4,2 (-6,7 a -1,7) p = 0,05	- 4,2 (-6,7 a -1,7)	0,05	Decrescente
	40 ou mais	2008 - 2017 - 3,5 (-9,8 a 3,1) p = 0,2	- 3,5 (-9,8 a 3,1)	0,2	Estacionária
	Ignorado	2008 - 2017 7,1 (0,1 a 14,4) p = 0,05	7,1 (0,1 a 14,4)	0,05	Crescente
Raça/cor materna	Branca	2008 - 2011 10,4 (-3,2 a 25,8) p = 0,1	- 1,5 (-5,2 a 2,4)	0,4	Estacionária
		2011 - 2017 -7,0 (-10,4 a -3,3) p = 0,05			
	Preta	2008 - 2012 15,7 (7,7 a 24,3) p = 0,0	-1,8 (-4,8 a 1,4)	0,3	Estacionária
		2012 - 2018 -13,8 (-17,8 a -9,6) p = 0,05			
	Amarela	2008 - 2017 20,8 (5,5 a 38,4) p = 0,05	20,8 (5,5 a 38,4)	0,05	Crescente
	Parda	2008 - 2011 - 4,3 (-9,0 a 0,5) p = 0,1	0,8 (-0,6 a 2,3)	0,3	Estacionária
		2011 - 2017 3,5 (2,1 a 5,0) p = 0,05			
	Indígena	2008 - 2015 - 11,7 (-24,5 a 3,2) p = 0,1	3,9 (-19,3 a 33,8) p = 0,8	0,8	Estacionária
2015 - 2017 83,5 (-54,2 a 636,2) p = 0,1					
Ignorada	2008 - 2017 -4,3 (-6,4 a -2,2) p = 0,05	-4,3 (-6,4 a -2,2)	0,05	Decrescente	
Escolaridade materna	Analfabeto	2008 - 2014 - 28,2 (-31,7 a -24,5) p = 0,05	- 21,1 (-25,1 a -16,9)	0,05	Decrescente
		2014 - 2017 - 4,8 (-20,6 a 14,1) p = 0,5			
	1ª a 4ª incompleta	2008 - 2013 -0,9 (-9,3 a 8,3) p = 0,8	-6,5 (-11,8 a -0,9)	0,05	Decrescente
		2013 - 2017 -13,1 (-23,8 a -0,9) p = 0,05			
	4ª completa	2008 - 2017 - 10,4 (-15,3 a -5,1) p = 0,05	- 10,4 (-15,3 a -5,1)	0,05	Decrescente
	5ª a 8ª incompleta	2008 - 2017 2,8 (0,2 a 5,4) p = 0,05	2,8 (0,2 a 5,4)	0,05	Crescente
	Fundamental completo	2008 - 2017 - 2,8 (-7,9 a 2,6) p = 0,3	- 2,8 (-7,9 a 2,6)	0,3	Estacionária
	Médio incompleto	2008 - 2017 3,5 (1,2 a 5,7) p = 0,05	3,5 (1,2 a 5,7)	0,05	Crescente

[ continua ]

[ continuação ]

<b>Escolaridade materna</b>	Médio completo	2008 – 2017	9,0 (7,3 a 10,8) p = 0,05	9,0 (7,3 a 10,8)	0,05	Crescente
	Superior incompleto	2008 – 2011	- 28,6 (-55,7 a 14,9) p = 0,1	4,6 (-8,8 a 20,0)	0,5	Estacionária
		2011 – 2017	26,7 (11,6 a 43,7) p = 0,05			
	Superior completo	2008 – 2017	16,8 (0,7 a 35,5) p = 0,05	16,8 (0,7 a 35,5)	0,05	Crescente
	Não se aplica	2008 – 2013	46,7 (10,2 a 95,4) p = 0,05	1,5 (-15,8 a 22,3)	0,05	Crescente
		2013 – 2017	- 36,0 (- 57,9 a -2,6) p = 0,05			
Ignorado	2008 – 2017	0,8 (-3,7 a 5,5) p = 0,7	0,8 (-3,7 a 5,5)	0,7	Estacionária	
<b>Momento do diagnóstico da sífilis materna</b>	Durante o pré-natal	2008 – 2013	-1,9 (-6,2 a 2,6) p = 0,3	1,7 (-1,3 a 4,7) p = 0,3	0,3	Estacionária
		2013 – 2017	6,3 (-0,6 a 13,6) p = 0,1			
	No momento do parto/ curetagem	2008 – 2017	-1,8 (-2,7 a -0,9) p = 0,05	-1,8 (-2,7 a -0,9)	0,05	Decrescente
	Após o parto	2008 – 2017	1,6 (-2,8 a 6,2) p = 0,4	1,6 (-2,8 a 6,2)	0,4	Estacionária
	Não realizado	2008 - 2017	5,9 (-9,6 a 24,2) p = 0,4	5,9 (-9,6 a 24,2)	0,4	Estacionária
	Ignorado	2008 – 2011	35,7 (16,6 a 57,9) p = 0,05	5,8 (1,2 a 10,6)	0,05	Crescente
2011 – 2017		-6,6 (-10,5 a -2,6) p = 0,05				
<b>Esquema de tratamento materno</b>	Adequado	2008 – 2017	-10,8 (-14,8 a -6,7) p = 0,05	-10,8 (-14,8 a -6,7)	0,05	Decrescente
	Inadequado	2008 – 2017	3,1 (-0,6 a 7,0) p = 0,1	3,1 (-0,6 a 7,0)	0,1	Estacionária
	Não realizado	2008 – 2017	-6,3 (-11,5 a -0,7) p = 0,05	-6,3 (-11,5 a -0,7)	0,05	Decrescente
<b>Tratamento do parceiro</b>	Sim	2008 – 2017	1,2 (-6,7 a 9,7) p = 0,8	1,2 (-6,7 a 9,7)	0,8	Estacionária
	Não	2008 – 2017	-3,1 (-4,5 a -1,8) p = 0,05	-3,1 (-4,5 a -1,8)	0,05	Decrescente
	Ignorado	2008 – 2017	5,4 (2,1 a 8,7) p = 0,05	5,4 (2,1 a 8,7)	0,05	Crescente
<b>Realização de pré-natal</b>	Sim	2008 – 2013	-1,0 (-2,8 a 0,8) p = 0,2	0,2 (-1,0 a 1,4)	0,8	Estacionária
		2013 - 2017	1,7 (-1,0 a 4,4) p = 0,2			
	Não	2008 – 2017	- 4,7 (-7,8 a -1,5) p = 0,05	- 4,7 (-7,8 a -1,5)	0,05	Decrescente
	Ignorado	2008 -2017	7,1 (3,3 a 11,0) p = 0,05	7,1 (3,3 a 11,0)	0,05	Crescente

Fonte: Elaborado pelos autores.

Sendo a sífilis congênita um importante indicador da saúde materno-infantil, os dados deste artigo evidenciaram que há uma falha na atenção ao pré-natal, pois, embora 75,1% das mulheres o tenham realizado, apenas 36,9% foram diagnosticadas neste período. Ressalta-se que o acompanhamento pré-natal é uma ferramenta significativa para a redução dos casos de sífilis congênita, consideradas suas diversas oportunidades de intervenção. Entre elas, destacam-se a captação precoce da gestante, o acompanhamento da gestação e a realização do teste VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) na primeira consulta e no terceiro trimestre da gestação. Ademais, esse é o momento ideal para o aconselhamento e tratamento das gestantes e dos parceiros sexuais que também possam estar acometidos pela infecção (CARVALHO, 2014; ROCHA, 2018).

Outro fator que chamou a atenção e que é tratado neste artigo foi o tratamento da doença SF da gestante – os não realizados corresponderam a 24,7%, já os que foram feitos de forma inadequada representaram 57,4% dos casos. Considera-se *tratamento adequado da gestante* aquele realizado à base de penicilina, sendo concluído até 30 dias antes do parto e com o parceiro sexual devidamente tratado (LAFETÁ, 2016).

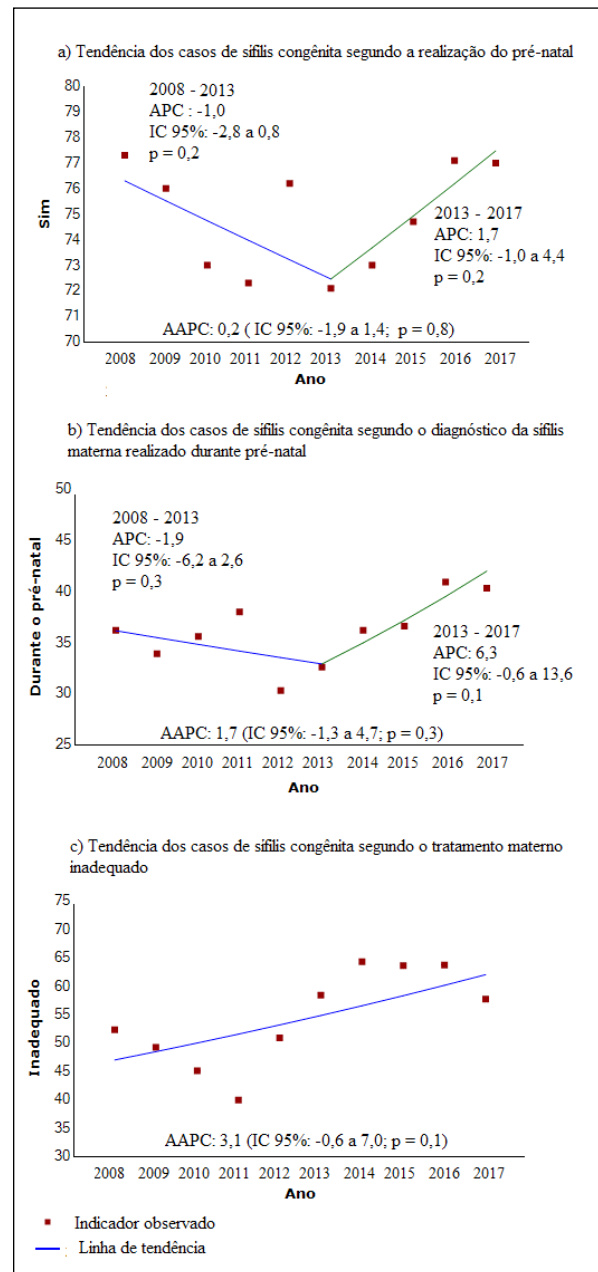
No modelo de regressão da Figura 2, foram adotadas como variáveis dependentes: a realização do pré-natal, o momento do diagnóstico da sífilis materna e o tratamento materno. Como variável independente foi selecionado o ano. A linha de tendência demonstra a evolução dos casos de sífilis congênita no estado de Pernambuco.

No que se refere à tendência de casos de sífilis congênita, segundo a realização de pré-natal, houve uma inflexão no ano de 2013 e se verificaram os seguintes comportamentos temporais: de 2008 a 2013, a tendência foi estacionária (APC= -1,9; IC 95%: -2,8 a 0,8; p = 0,2); no segundo período, de 2013 a 2017, também foi observado um comportamento estacionário (APC: 1,7; IC 95%: -1,0 a 4,4; p = 0,2).

A tendência dos casos de sífilis congênita, segundo o diagnóstico da sífilis materna realizado durante o pré-natal, também demonstrou uma inflexão ao longo do período. De 2008 a 2013, foi vista uma tendência estacionária (APC: -1,9 IC 95%: -6,2 a 2,6; p = 0,3); de 2013 a 2017, a tendência novamente foi estacionária (APC: 6,3 IC 95%: -0,6 a 13,6; p = 0,1). Concernente aos casos de sífilis, segundo esquema de tratamento materno realizado de forma inadequada, não foi verificada inflexão, e o comportamento

temporal foi estacionário. Apesar do comportamento estacionário nos três indicadores analisados, os gráficos (a) e (b) da Figura 2 demonstraram uma inflexão no ano de 2013. Essas inflexões podem estar diretamente relacionadas à implantação da Rede Cegonha no ano de 2011, a qual refletiu em alterações nos anos posteriores.

**Figura 2 – Tendência dos casos de sífilis congênita segundo aspectos clínicos**



Fonte: Elaborado pelos autores.

No tocante ao tratamento do parceiro da mãe, 54,3% (n = 5.360) não realizaram o tratamento, e 34,9% (n = 3.441) foram ignorados. Constatou-se uma tendência decrescente da não realização (AAPC: -3,1; IC 95%: -4,5 a -1,8; p < 0,05), ao passo que a quantidade de ignorados mostrou comportamento crescente no período analisado (AAPC: 5,4; IC 95% 2,1 a 8,7; p < 0,05).

Um dos maiores empecilhos para que a gestante seja considerada adequadamente tratada é o não tratamento do parceiro. Por isso, é preciso reforçar o aconselhamento em casos de gestantes com sífilis, para que, assim, seja proporcionada à pessoa uma avaliação das condições de risco. Dessa forma, aumentam-se as possibilidades de o parceiro comparecer ao serviço de saúde, para realizar a testagem e o tratamento (CAMPOS, 2012).

## 4 Conclusão

Observou-se um aumento no número de casos de sífilis congênita, em Pernambuco, de 2008 a 2017. O agravo atingiu todas as faixas reprodutivas femininas, destacando-se as mulheres adultas de 20 a 29 anos, com baixa escolaridade e de cor parda.

Foi demonstrado que os valores para o tratamento inadequado da gestante e para o não tratamento do parceiro são elevados, o que dificulta a interrupção do ciclo de transmissão da doença e aumenta o risco de casos de sífilis congênita.

Este estudo revelou que há pontos frágeis na assistência pré-natal e que se faz imperativo um reforço das ações governamentais já existentes para o controle da sífilis congênita. Deve-se, portanto, intensificar as notificações bem como fortalecer as estratégias de diagnóstico e tratamento adequado das gestantes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459, de 24 de JUNHO de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 28 jun. 2019.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; ANDRADE, R. F. V.; GONÇALVES, M. L. C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**, v. 34, n. 9, p. 397 – 402, 2012.

CARVALHO, I. S.; BRITO R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007- 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.

DOMINGUES R. M. S. M.; SARACENI, V.; HARTZ Z. M. A.; LEAL M. C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n.1, p. 147-57, 2013.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Sífilis congênita**. Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://indicadorestilissilids.aids.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

FERREIRA, V. E. S.; SILVA, M. A. M.; JÚNIOR, D. G. A.; MESQUITA, A. L. M.; TOMAZ, A. L. Avaliação de indicadores da assistência pré-natal com ênfase na prevenção e controle da sífilis congênita. **Sanare - Rev Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, p. 68–73, 2017.

KALININ, Y.; NETO, A. P.; PASSARELI, D. H. C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, v. 23, n. 45–46, p. 65–76, 2016.

LAFETÁ, K.; JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M.; PARANAÍBA, L.; Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev Bras Epidemiol**, v. 1, n. 1, p. 63–74., 2016.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade. **Com. Ciências Saúde**. v. 22, n. 1, p. 43–54, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2016. Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016/2019. Recife, PE, 2016. Disponível em: <http://www.ces.saude.pe.gov.br/cespe-divulga-pes-2016-2019/> . Acesso em: 08 jul. 2019.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3019, 2018.

ROCHA, R P.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Tendência histórico – Epidemiologia da sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período de 2007 – 2016. **Catarin. Med**, v. 47, n. 4, p. 39-52, 2018.



SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde.  
 Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008.

SOUZA, W. N.; BENITO, L. A. O. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Brasil no período de 2008 a 2014. **Univ Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 97–104, 2016.

SARACENI, V.; PEREIRA, G. F. M.; SILVEIRA, M. F.; ARAUJO M.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 41, p. 01-08, 2017.

XIMENES, I. P. E.; MOURA, E. R. F.; FREITAS, G. L.; OLIVEIRA N. C. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Rev Rene Fortaleza**, v. 9, n. 3, p. 74–80, 2008.