

Análise temporal dos aspectos clínicos e sociais relacionados à sífilis congênita na Paraíba entre 2008 e 2017

Matheus Santos Duarte ^[1], Michael Ferreira Machado ^[2], Carlos Dornels Freire de Souza ^[3]

[1] matheus.duarte@arapiraca.ufal.br. [2] michael.machado@arapiraca.ufal.br. [3] carlos.freire@arapiraca.ufal.br. Universidade Federal de Alagoas/Núcleo de Estudos em Medicina Social e Preventiva – NEMSP; Complexo de Ciências Médicas – CCM.

RESUMO

A sífilis congênita é uma doença causada pela transmissão vertical da bactéria *Treponema pallidum*, da mãe infectada para seu filho, podendo resultar em diversas sequelas para o recém-nascido. Este estudo teve por objetivo analisar as características clínicas e sociais das mães cujos filhos foram acometidos por essa doença, na Paraíba, entre 2008 e 2017. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, desenvolvido a partir de dados secundários do Ministério da Saúde. As tendências foram analisadas mediante modelo de regressão segmentada por meio do *software* Joinpoint. Os resultados estatísticos foram comparados com as ações governamentais implementadas no recorte temporal analisado, no âmbito relativo ao enfrentamento da sífilis. Foi observada, uma maior proporção de casos desta doença em mulheres pardas e de baixa escolaridade. Esta proporção foi maior que a média nacional. Foi percebida, também, uma alta porcentagem de realização do tratamento de forma inadequada. Apesar de, ultimamente, essa porcentagem ter diminuído, a proporção daquelas que não realizaram tratamento cresceu. Verificou-se, ainda, que o pré-natal tem sido cada vez mais realizado por essas gestantes. Nesse sentido, pode-se destacar a influência da Rede Cegonha nesse processo, proporcionando maior alcance e qualidade do pré-natal, além de ampliar a capacidade de testagem e de tratamento da gestante com sífilis.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Paraíba. Tendência. Saúde materno-infantil. Saúde.

ABSTRACT

*Congenital syphilis is a disease resulting from vertical transmission of the *Treponema pallidum* bacterium from the infected mother to her child, which can result in several sequelae for the newborn. This study aimed to analyze the clinical and social characteristics of mothers whose children were affected by this disease in Paraíba between 2008 and 2017. It is a descriptive and cross-sectional study developed from secondary data from the Ministry of Health. The trends were analyzed through a segmented regression model using Joinpoint software. The statistical results were compared with the government actions implemented in the analyzed time period, in the scope of the fight against syphilis. A higher proportion of cases of this disease was observed in women with brown skin and low schooling. This proportion was higher than the national average. A high percentage of inadequate treatment was also observed. Although this ratio has decreased lately, the proportion of those who did not undergo treatment has increased. Prenatal care has been increasingly performed by these pregnant women. In this sense, the influence of the Rede Cegonha on this process can be highlighted, providing greater reach and quality of prenatal care, in addition to the expansion of the capacity of testing and treatment of pregnant women with syphilis.*

Keywords: *Syphilis, Congenital. Paraíba. Trend. Maternal and Child Health. Health.*

1 Introdução

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano. É causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* (BRASIL, 2017) e tem como principais vias de contágio: o contato sexual e transmissão vertical, de uma mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, para o feto, durante o período de gestação ou no momento do parto (SÃO PAULO, 2008).

Nos casos de sífilis em gestantes, em que não é feito o tratamento de forma adequada, a infecção do feto ocorre em 40% a 100% dos casos, podendo resultar em um parto prematuro, abortamento ou morte fetal em 40% das gestações. Não ocorrendo intervenções nos recém-nascidos infectados, eles podem evoluir com sífilis congênita (SC) e ter sequelas, tais como: surdez, dificuldade no aprendizado, progressão de danos dentários, oculares e articulares, sendo estes irreversíveis (ANDRADE *et al.*, 2019).

Ao contrário de outras doenças congênitas, a SC insere-se no quadro de causa perinatal evitável, podendo ser controlada se houver diagnóstico precoce e tratamento efetivo na gestação. Assim, seu controle está diretamente relacionado à qualidade da assistência pré-natal. Há, portanto, necessidade de monitoramento e avaliação dessa ação nos diferentes serviços e níveis de complexidade (CARDOSO *et al.*, 2018).

No intuito de conhecer a dimensão do problema e entender os aspectos sociais e clínicos relacionados a essa doença, o Ministério da Saúde, há alguns anos, incluiu a SC e a Sífilis em gestantes (SG) na listagem nacional de doenças de notificação compulsória (CARDOSO *et al.*, 2018). Visando melhorar a detecção, são realizados testes diagnósticos, para essa enfermidade, nas gestantes, duas vezes, durante o pré-natal: um na primeira consulta e outro entre 28-30 semanas de gestação. Também é realizado o rastreamento no momento da internação hospitalar, seja para o parto ou pós-abortamento (UNICAMP, 2017).

O tratamento da mãe é uma importante medida profilática contra a SC (ANDRADE *et al.*, 2019); no entanto, só é considerado adequado quando feito de forma completa, realizado com penicilina de acordo com a fase clínica da sífilis materna; instituído antes dos 30 dias que antecedem o parto e com parceiros sexuais tratados (SÃO PAULO, 2016). O diagnóstico e a intervenção terapêutica dos parceiros sexuais das

gestantes com sífilis têm, como principal objetivo, evitar a reinfecção e conseqüentemente a transmissão vertical (SILVEIRA *et al.*, 2018).

No estado da Paraíba, entre 2008 e 2017, a média das taxas de detecção para a sífilis congênita foi de 3,22 casos por mil nascidos vivos, número seis vezes superior à meta estipulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a qual diz respeito a um número igual ou menor que 0,5 caso para cada 1000 nascidos vivos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015), o que representa portanto, um grave problema de saúde pública neste estado.

Apesar disso, há poucas pesquisas sobre essa doença na Paraíba, principalmente com um enfoque voltado à gestão de saúde em sua interface com a epidemiologia. Este tipo de estudo é importante para as políticas públicas de saúde, pois apoia: a definição de prioridades, objetivos e estratégias; as práticas dos profissionais, de gestão e as prioridades de investigação (DUSSAULT, 1995). Uma pesquisa com esse foco pode contribuir, portanto, na compreensão dos fatores ligados à SC, fomentando uma possível modificação da situação de saúde na Paraíba, no que se refere a essa enfermidade.

Os serviços de saúde necessitam de pesquisas para auxiliar na tomada de decisão. Por isso, há a indicação de que os resultados desta pesquisa sejam sinalizados para gestão estadual em saúde. Infelizmente, em razão de analisarmos dados secundários dos sistemas de informação em saúde, as fragilidades do registro deste agravo dificultam uma análise fidedigna e completa de seus aspectos epidemiológicos.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo analisar os aspectos clínicos e sociais relacionados à Sífilis congênita na Paraíba, entre os anos de 2008 a 2017. Neste ensejo, discute a influência de políticas públicas, medidas estratégicas e ações governamentais em âmbito estadual e nacional, relacionadas ao cuidado e à saúde materno-infantil para controle dessa Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

2 Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, desenvolvido a partir de dados secundários, obtidos no website do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde. Foram selecionadas as informações relacionadas aos casos de sífilis congênita na Paraíba, entre os anos de 2008 a 2017. Foram

notificados e, portanto, estudados 1.893 casos desta doença neste período.

Os dados sociais foram agrupados nas seguintes variáveis: escolaridade materna, raça/cor materna e faixa etária materna. Os dados clínicos, por sua vez, foram categorizados em: esquema de tratamento materno, tratamento dos parceiros da mãe, momento do diagnóstico da sífilis materna e realização de pré-natal.

Foi calculada a porcentagem representativa de cada variável em relação ao total de casos de SC no estado, em cada um dos anos verificados. Em seguida, utilizou-se o software Joinpoint versão 4.5.0.1, desenvolvido pelo *National Cancer Institute* (NCI), para aplicação de um modelo de regressão segmentada.

Para descrição de tendência, foram calculadas a Variação Percentual Anual (APC – *Annual Percent Change*) e a Variação Percentual Anual Média (AAPC – *Average Annual Percent Change*), considerando um intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e significância de 5% (valor de p). As tendências foram classificadas como de crescimento significativo quando APC ou AAPC > 0 e p < 0,05, decréscimo significativo quando APC ou AAPC < 0 e p < 0,05 e tendência temporal estacionária quando APC ou AAPC = 0 e ou p > 0,05.

As ações programáticas e estratégicas desenvolvidas no âmbito da gestão estadual do sistema de saúde, por meio da catalogação dos documentos de domínio público (planos plurianuais de saúde acerca do intervalo temporal analisado, as programações anuais de saúde e relatórios anuais de gestão), foram analisados, a fim de se realizar comparação com as tendências e dados identificados. Políticas e estratégias nacionais também foram exploradas e relacionadas.

Por se tratar de um estudo que se utiliza de dados secundários dos sistemas de informação em saúde e documentos de domínio público, não há possibilidade de identificação dos sujeitos de pesquisa, não oferecendo riscos à biossegurança. Por isso, dispensou-se a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as resoluções que normatizam as pesquisas com seres humanos no Brasil e no Sistema Único de Saúde.

3 Resultados e discussão

3.1 Aspectos Sociais

Todos os dados que serão apresentados a seguir são as características das mães que tiveram seus

filhos infectados por *Treponema pallidum*. A base para a análise foi a importância percentual de cada classe na variável observada. Foram excluídos os casos ignorados ou em que a classificação “não se aplica”, para o cálculo das porcentagens apontadas nos aspectos sociais.

Verificou-se, em relação ao período de análise, o diagnóstico de 1.893 casos de SC. Em 76,81% deles (n=1.080), a mãe da criança não possuía o nível de escolaridade maior que o ensino médio completo. A raça/cor mais prevalente foi a parda, com representatividade de 85,01% (n=1.537) e a faixa etária mais observada foi a de 20 a 29 anos com 53,25% (n=950).

Tabela 1 – Distribuição das características sociais da mãe com filho acometido por SC entre 2008 e 2017

Variável	Classe	n	%
Faixa etária	10-14 anos	25	1,32
	15-19 anos	427	22,56
	20-29 anos	950	50,18
	30-39 anos	362	19,12
	40 ou mais	20	1,06
	Ignorado	109	5,76
Raça/cor	Branca	174	9,19
	Preta	90	4,75
	Amarela	3	0,16
	Parda	1537	81,20
	Indígena	4	0,21
	Ignorada	85	4,49
Escolaridade	Analfabeto	37	1,95
	1ª a 4ª incompleta	258	13,63
	4ª série completa	112	5,92
	5ª a 8ª incompleta	497	26,25
	8ª completa	176	9,30
	Médio incompleto	120	6,34
	Médio completo	193	10,20
	Superior incompleto	8	0,42
	Superior completo	5	0,26
	Não se aplica	6	0,32
Ignorado	481	25,41	

Fonte: Elaboração própria.

Ao comparar os dados sociais da Paraíba com a média nacional, é possível notar que as mães com menor escolaridade (aquelas que não chegaram a cursar o ensino médio, mesmo que incompletamente) estão mais suscetíveis a gerar um filho com SC que

a média das mães brasileiras com o mesmo grau de instrução. No período analisado, na Paraíba, em 76,81% dos casos de SC as mães se encontravam nesse agrupamento de escolaridade em face da taxa nacional de 65,89%. As mães pardas paraibanas também estão mais suscetíveis, pois representam 85,01% dos casos contra uma média nacional de 61,17%. A faixa etária mais acometida (20 a 29 anos), na Paraíba, é também a mais prevalente em nível nacional, com bastante semelhança entre essas porcentagens – na Paraíba, foram 26,25% das gestantes e, no Brasil, 25,17% (BRASIL, 2019).

3.2 Aspectos clínicos

É preciso ressaltar que os dados clínicos, a seguir apresentados e discutidos, também se referem às características das mães que tiveram seus filhos diagnosticados com SC. A análise que foi feita também tomou como parâmetro as porcentagens de cada classe em sua respectiva variável. Para que o perfil clínico dessas mães seja considerado adequado, é necessário estar próximo ao daquelas em que a infecção adquire caráter inevitável, a saber: (A) realizou pré-natal; (B) foi diagnosticada com a sífilis gestacional durante essas consultas; (C) recebeu um tratamento adequado e seu parceiro foi tratado. Serão consideradas inadequadas as situações em que a infecção do feto poderia ter sido evitada. Isso é evidenciado nas mães: (A) que tiveram diagnóstico feito após a gestação; (B) que não realizaram tratamento de sífilis materna ou o fizeram inadequadamente; (C) que não realizaram pré-natal; (D) cujo parceiro não recebeu tratamento. Assim, pode-se considerar que a SC foi resultado, na quase totalidade desses casos, de uma falha na atenção à saúde.

Durante todo o período analisado, a média, em porcentagem, dos casos de SC em que a mãe realizou um tratamento inadequado foi de 71,48% ($n = 1.353$). Sendo assim, ganham evidência as fragilidades no controle deste agravo na Paraíba no que se refere a esse aspecto, pois essa taxa é muito superior à média nacional – 54,13%, para o mesmo período (BRASIL, 2019). Tal ocorrência é uma problemática relevante porque é perdida uma oportunidade de intervenção terapêutica de alta efetividade e baixo custo. Nesse momento, poderia haver redução da transmissão vertical em 97% dos casos de SC, se houvesse adesão a um tratamento adequado (ANDRADE *et al.*, 2019).

As altas taxas de não tratamento do parceiro podem explicar, em grande parte, esse elevado

número de inadequação da terapia. Campos *et al.* (2010) também chegaram a essa conclusão em sua pesquisa realizada no estado do Ceará.

Isso pode ser evidenciado na proporção de 64,08% observada relativa à não realização do tratamento do parceiro, na Paraíba. Soma-se a isso a possibilidade de esse número ser ainda maior, devido ao grande número de fichas de notificação em que esse dado foi ignorado (16,85%).

A não adesão da terapia, pelo parceiro, implica alto risco de reinfecção da gestante, aumentando, conseqüentemente, a probabilidade de transmissão vertical da doença (LIMA *et al.*, 2013). Não se pode, entretanto, negar a influência de outros aspectos, como tratamento tardio e escolha de outros fármacos para a terapêutica da sífilis em gestantes. Essas proporções não foram calculadas, devido à inexistência dessas informações nas bases de dados do Ministério da Saúde.

A análise estatística demonstrou que a porcentagem de mães que realizaram um tratamento inadequado caiu significativamente a partir de 2011 (APC -6,5; $p < 0,05$). Essa queda não se deve, entretanto, a uma melhoria no tratamento do parceiro, visto que a quantidade dos que realizaram tratamento permaneceu estacionária no período (AAPC 9,9; $p = 0,1$). Surge, pois, como uma possível explicação para a queda da inadequação da terapia, as crescentes taxas da não realização do tratamento materno a partir de 2011 (APC -40,7; $p < 0,05$) e, possivelmente, da, também crescente, porcentagem de fichas em que esse aspecto foi ignorado a partir de 2010 (APC 26,0; $p < 0,05$). À medida que essas proporções cresceram (a partir de 2010-2011), a taxa da inadequação, como resultado, caiu (Figura 1, na página seguinte).

Os motivos de crescimento da taxa de não realização do tratamento, percebida a partir de 2011, possivelmente têm relação com os mesmos problemas encontrados por Soares (2016), em seu estudo feito em João Pessoa – capital e cidade mais populosa da Paraíba. Ele relata problemas na aplicação da penicilina G benzatina, nas Unidades Básicas de Saúde, seja pela indisponibilidade do medicamento ou da recusa em administrar o fármaco com a alegação de falta de equipamentos para intervir em um possível choque anafilático.

Ambos os cenários apresentados por esse autor provavelmente extrapolam os limites do estado paraibano e podem ser entendidos como realidade nacional. A falta do medicamento pode ter tido, como

um dos fatores desencadeantes, o desabastecimento nacional de penicilina que começou a ocorrer em 2014. Cardoso *et al.* (2017) discorrem que pouco foi feito para contornar esse problema, e isso se refletiu

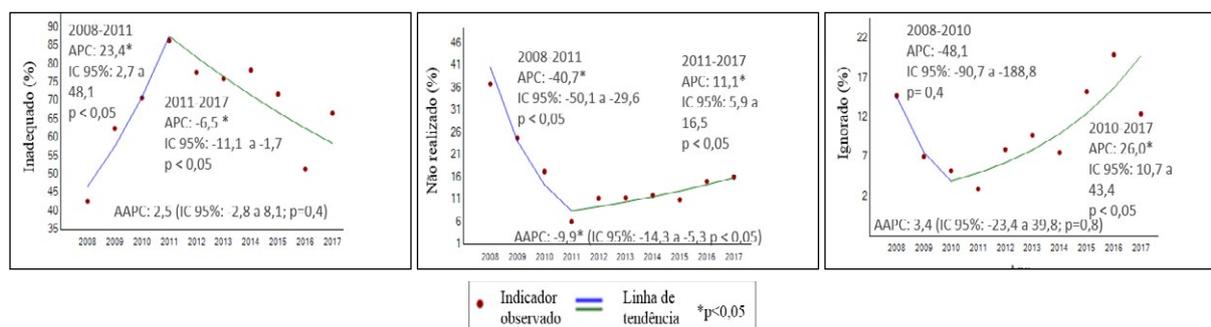
negativamente no controle da epidemia de sífilis, por ser o único medicamento seguro e eficaz no bloqueio da transmissão vertical na gestação.

Tabela 2 – Análise de tendência temporal das porcentagens para as características clínicas das mães com filhos acometidos por sífilis congênita entre 2008 e 2017

Variável	Classe	Período	APC (IC95%)	AAPC (IC95%)	Tendência
Momento do diagnóstico da sífilis materna	Durante o pré-natal	2008-2017	7,4 (3,6 a 11,3) p=0,0	7,4 (3,6 a 11,3) p=0,0	Crescente
	No momento do parto/curetagem	2008-2017	-1,7 (-5,9 a 2,7) p=0,4	-1,7 (-5,9 a 2,7) p=0,4	Estacionária
	Após o parto	2008-2017	-15,9 (-19,8 a -11,9) p=0,0	-15,9 (-19,8 a -11,9) p=0,0	Decrescente
	Não realizado	2008-2017	4,0 (-31,5 a 57,9) p=0,8	4,0 (-31,5 a 57,9) p=0,8	Estacionária
	Ignorado	2008-2017	-7,6 (-18,5 a 4,7) p=0,2	-7,6 (-18,5 a 4,7) p=0,2	Estacionária
Esquema de tratamento materno	Adequado	2008-2014	-18,1 (-30,8 a -3,1) p=0,0	2,8 (-14,3 a 23,2) p=0,8	Estacionária
		2014-2017	61,8 (-13,8 a 203,8) p=0,1		
	Inadequado	2008-2011	23,4 (2,7 a 48,1) p=0,0	2,5 (-2,8 a 8,1) p=0,4	Estacionária
		2011-2017	-6,5 (-11,1 a -1,7) p=0,0		
	Ignorado	2008-2010	-48,1 (-90,7 a 188,8) p=0,4	3,4 (-23,4 a 39,8) p=0,8	Estacionária
		2010-2017	26,0 (10,7 a 43,4) p=0,0		
Não realizado	2008-2011	-40,7 (-50,1 a -29,6) p=0,0	-9,9 (-14,3 a -5,3) p=0,0	Decrescente	
	2011-2017	11,1 (5,9 a 16,5) p=0,0			
Tratamento do parceiro	Sim	2008-2017	9,9 (-1,9 a 23,1) p=0,1	9,9 (-1,9 a 23,1) p=0,1	Estacionária
	Não	2008-2017	-1,1 (-8,1 a 6,5) p=0,7	-1,1 (-8,1 a 6,5) p=0,7	Estacionária
	Ignorado	2008-2017	-2,0 (-2,0 a -14,6) p=0,7	-2,0 (-2,0 a -14,6) p=0,7	Estacionária
Realização de pré-natal	Sim	2008-2017	1,0 (0,3 a 1,7) p=0,0	1,0 (0,3 a 1,7) p=0,0	Crescente
	Não	2008-2017	-4,7 (-10,4 a 1,5) p=0,1	-4,7 (-10,4 a 1,5) p=0,1	Estacionária
	Ignorado	2008-2017	-8,4 (-22,8 a 8,7) p=0,3	-8,4 (-22,8 a 8,7) p=0,3	Estacionária

Fonte: Elaboração própria.

Figura 1 – Tendência temporal de três classes da variável: esquema de tratamento materno



Fonte: Elaboração própria.

Com a publicação da Portaria Ministerial nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), foi instituída e reforçada a administração obrigatória da penicilina pelos profissionais da atenção básica, como única opção viável para o tratamento da sífilis em gestantes, contudo certa resistência ainda permaneceu.

A elevação da proporção de fichas em que o aspecto “tratamento” foi ignorado também fez decrescer a porcentagem de tratamento inadequado. Nenhuma das taxas de “não tratamento” do segundo período (2011-2017), entretanto, foi superior às observadas antes da publicação dessa portaria ressaltando, assim, a importância dessa publicação.

É importante salientar que, entre 2008 e 2011, houve um aumento do número de casos em que o tratamento foi inadequado (23,4; $p < 0,05$). Isso ocorreu, contudo, porque a proporção de mães que não realizaram tratamento caiu (APC -40,7; $p < 0,05$).

Merecem destaque, também, os dados sobre o pré-natal, medida eficaz na prevenção da SC, pois têm, como componente, o rastreamento da sífilis materna durante essas consultas (ARAUJO *et al.*, 2006). Esse rastreio é ainda mais eficaz quando feito nas primeiras semanas de gestação, pois reduz o risco de lesões da doença congênita provocadas pela resposta imunológica do feto ao treponema (UNICAMP, 2017).

Neste sentido, a taxa de realização do pré-natal pelas gestantes paraibanas foi de 83,41%, número maior que a média nacional de 75,94% para o mesmo período (BRASIL, 2019). Além disso, sua realização tornou-se cada vez mais frequente (AAPC 1,0; $p < 0,05$), entre essas mães, de 2008^a 2017. Esse crescimento se deu de forma constante desde o primeiro ano. Chegou, inclusive, a ser feito em 92,50% dos casos no ano de 2016. Isso denota uma melhor adequação dos serviços para a identificação e captação dessas gestantes para a realização das consultas de acompanhamento.

Pode-se apontar, como um dos responsáveis por essa melhora, a reorganização da assistência materno-infantil no país, resultante da implantação da Rede Cegonha a partir da portaria nº 2.351 de 05/10/2011 cuja adesão foi feita pela maioria dos municípios paraibanos. Esta foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

O pré-natal realizado na Unidade Básica de Saúde é um dos componentes dessa rede, constituindo-se como uma de suas diretrizes a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (BRASIL, 2013). Dessa forma, tal programa, assim como demonstrado no estudo de Silva (2016), parece ter contribuído na melhoria quantitativa e qualitativa da assistência pré-natal.

Essa melhora do pré-natal também pode ser visibilizada no crescimento da proporção de mães que receberam o diagnóstico de sífilis materna durante essas consultas (AAPC 7,40; $p < 0,05$). Isso ocorreu ao passo em que essa doença passou a ser diagnosticada, cada vez menos, na mãe, “após o parto” (AAPC -15,92; $p < 0,05$).

Esse acontecimento não se deve somente a ampliação quantitativa do pré-natal no estado. Outros fatores, como a melhoria da testagem para sífilis, também foram importantes. O avanço na realização desses testes pode ser notado nos dados de João Pessoa, levantados pela própria Rede Cegonha e citada por Navarro (2019) que identificou a realização de 12.809 testes para sífilis em 2014 e um crescimento de cerca de 60% em 2017, sendo feitos 20.796 testes nesse ano.

A ampliação da testagem rápida, nas unidades de Atenção Básica, também contribuiu para a melhoria do diagnóstico precoce de sífilis gestacional. A determinação para que isso fosse feito decorreu da publicação da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, e também como resultado da atuação da Rede Cegonha. Isso é muito importante, pois a agilidade no diagnóstico facilita o tratamento, que já pode ser iniciado, se positivo, após um teste rápido, cujo resultado pode ser obtido em apenas 30 minutos (BRASIL, 2012).

Essa estratégia rápida visa facilitar o diagnóstico e o tratamento precoce das mulheres que possuíam sorologia positiva, para sífilis, e garantir o tratamento adequado (MACIEL *et al.*, 2019). Assim, essa ação impactou não somente no diagnóstico precoce da sífilis gestacional como também no tratamento adequado da gestante.

A média da proporção de mães diagnosticadas com sífilis materna, durante o pré-natal, foi, contudo, de 42,42% ($n=803$). Essa porcentagem é menor que a observada nacionalmente – de 46,51% – nos mesmos anos (BRASIL, 2019). Por isso, o cenário paraibano ainda carece de melhorias no estadiamento da mãe com sífilis.

4 Conclusão/Considerações

A sífilis congênita ainda é um grave problema, não só na Paraíba como em todo o país. A mulher paraibana preta, com ensino fundamental incompleto, com idade entre 20 a 29 anos é o perfil mais encontrado entre as que têm filhos acometidos por essa doença.

Nos últimos anos, grandes avanços foram alcançados por meio de ações que visaram descentralizar e facilitar o atendimento à gestante nas Unidades Básicas de Saúde. Não se pode negar a influência da Rede Cegonha nesse processo que fomentou maior alcance na eficiência no pré-natal, testagem e tratamento da sífilis materna

Ajustes ainda precisam, entretanto, ser feitos na atenção materno-infantil, para que a assistência alcance os níveis ideais. Neste sentido, o tratamento do parceiro é um dos desafios que a rede de saúde estadual precisa enfrentar. Além disso, o acesso à penicilina e seu uso precisam ser otimizados nas Unidades Básicas de Saúde paraibanas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Heuler Souza *et al.* Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. **Ciência & Saúde**, Divinópolis, v. 12, n. 1, e32124, jan-mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2019.1.32124>. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32124/17807>. Acesso em: 12 abr. 2019.

ARAUJO, Eliete da Cunha *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0101-59072006000100008. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Folder. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 9 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. **Diário Oficial da União**: seção ?, Brasília, DF, ano 139, n. 10, p. 43, 12 jan. 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MMS, de 24 de

junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção?, Brasília, DF, ano 139, n. 193, p. 58, 6 out. 2011aBRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção ?, Brasília, DF, ano 139, n. 10, p. 54, 27 dez. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis**: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília, 4 jul. 2017. Disponível em: [https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis#:~:text=A%20s%C3%ADfilis%20%C3%A9%20uma%20Infec%C3%A7%C3%A3o,secund%C3%A1ria%2C%20latente%20e%20terci%C3%A1ria\)..](https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis#:~:text=A%20s%C3%ADfilis%20%C3%A9%20uma%20Infec%C3%A7%C3%A3o,secund%C3%A1ria%2C%20latente%20e%20terci%C3%A1ria)..) Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://indicadorestifilis.aids.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=en. Acesso em: 28 jul. 2019.

CARDOSO, Amanda dos Santos Teles *et al.* Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população. **Observatório de Análise Política em Saúde**, Salvador, 16 maio 2017. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/8d4373c163b7217b193ffdc7c29135b3/1/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CARDOSO, Ana Rita Paulo *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [online], v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0563.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

DUSSAULT, Gilles. La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. **Boletín Epidemiológico – Organización Panamericana de la Salud**, Washington, USA, v. 16, n. 2, p.

1-5, jul. 1995. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/32135/22371.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 jul. 2019.

LIMA, Marina Guimarães *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, [online], v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200021>. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013000500021&script=sci_abstract. Acesso em: 28 jul. 2019.

MACIEL, J. M. M. P. *et al.* Incidência da sífilis congênita na Paraíba e sua relação com o cuidado pré-natal. *In*: COSTA, E. M. (org.). **Bases conceituais da saúde 5**. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.3671915029>.

NAVARRO, Ana Maria Ayres. **Estratégia para Implantação dos Testes Rápidos na Atenção Básica**. Avanços e dificuldades em João Pessoa - PB. Apresentação em 14 de maio de 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/estrategia-para-implantacao-dos-testes-rapidos-na-atencao-basica-avancos-e-dificuldades-em>. Acesso em: 10 ago. 2019.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400026>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026. Acesso em: 20 jul. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.

SILVA, Angela Maria e. **Atenção ao pré-natal, parto e pós-parto na perspectiva de mulheres atendidas na rede cegonha**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908726>. Acesso em: 9 ago. 2019.

SILVEIRA, Kauani Amarante da *et al.* Assistência à Gestante com Sífilis e Parceiros Sexuais: Revisão Integrativa. *In*: CUBA SALUD 2018, Havana, Cuba. **Trabajos Publicados**. Havana: Ministerio de Salud Pública, 2018. Disponível em: <http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/view/1291/495>. Acesso em: 20 jul. 2019.

SOARES, Ricardo de Sousa. Pré-natal. *In*: SOARES, Ricardo de Sousa. **Qualidade dos serviços da rede cegonha em João Pessoa: avaliação da satisfação utilizando modelagem de equações estruturais**. 2016. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão em Saúde) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. 55-56. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9064>. Acesso em: 10 ago. 2019.

UNICAMP – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Pré-natal e puerpério: manual de consulta rápida para os profissionais de saúde**. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_de_consulta_rapida.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.